

6

СЕМЕЙНО ЗДРАВЕ

ВЪВЕДЕНИЕ

Структурата на семейството представлява важна основа за физическото и емоционалното здраве на индивида и на обществото. Семейният статус и взаимоотношенията между членовете на семейството оказват влияние върху здравето на всеки човек и благополучието на обществото и нацията. Това е в контекста на културните, икономическите и социалните норми, уникални за всяко общество, което зачита ролята на семейството за здравето на индивидите. Обаче, всеки човек е уникален индивид, който преминава през различните стадии на живота с променящи се здравни нужди, подкрепян не само от семейството си, но и от различни групи и обществото като цяло.

Въпросите на семейното здраве се отнасят до различни периоди, включващи плодовитост, кърмаческа възраст, детство, юношество, зрелост и старост, а така също и взаимоотношенията между членовете на семейството. Всяка възраст има специфични здравни проблеми, при които превенцията и другите здравни услуги играят важна роля. Тази глава разглежда здравните нужди на членовете на семейството през различните периоди на живота. Нито една група от населението не е изолирана от останалите. Несполучливият изход от една бременност засяга майката, детето, семейството и обществото. Семейството на човек, който е хронично болен, ранен или умрял по време на работа или катастрофа страда икономически, емоционално и социално. Системите на общественото здравеопазване и медицинските грижи трябва да откликват на специалните нужди на семейството, като осигуряват подходяща здравна промоция, профилактика, медицински грижи и осигурителни програми за всеки член на семейството и обществото като цяло.

Новото обществено здравеопазване включва традиционни елементи на общественото здравеопазване като майчино и детско здраве, но в по-широкия контекст на общите нужди на семейството. В САЩ бременността на самотна непълнолетна жена поражда множество семейни и социални проблеми. В общества, където правата на жените са ограничени, здравето на жените и децата значително страда. Следователно, ролята на общественото здравеопазване е да осигурява директни отговори на здравните нужди, генерирани от специфичните социални модели. Това става независимо от високата заболяемост на жени и деца, дължаща се например на липса на първични здравни грижи или проблемът е в липсата на здравна осигуровка за децата.

СЕМЕЙСТВОТО КАТО ЕДИНИЦА

Семейството е основната социално поддържана единица в практически всички човешки общества, която осигурява база за раждането и отглеждането на деца. То играе важна роля за стабилността на основните физиологични и психологични нужди,

а така също и като икономическа основа за членовете на тази единица. Семейството осигурява ключовата среда за задоволяване на емоционалните нужди, социализацията, взаимната помощ и развитието, необходими както на възрастните, така и на децата.

Обикновено семейството представлява група от два или повече индивида, свързани чрез женитба, взаимно съгласие, раждане или осиновяване, които живеят заедно в общо домакинство и могат да бъдат представители на една, две или повече генерации. Семейната единица включва хора, живеещи заедно, свързани в сексуални взаимоотношения, които създават и отглеждат деца - през различните стадии на развитието им, докато достигнат независима зрялост. То включва и грижи за възрастни родители и роднини, както и поддържането на близки контакти с братя, сестри и деца.

Обикновено ядрото на семейството се състои от двойка мъж и жена, свързани чрез женитба или живеещи заедно по взаимно съгласие, с или без деца. Все повече стават семействата, които се състоят от самотни или разведени майки или бащи, живеещи сами с деца или с родител или друг човек, свързани или несвързани чрез женитба. Дефиницията се разширява за да включи и двойки от един и същи пол, с или без деца от предишни бисексуални връзки, изкуствено оплождане или осиновяване.

Разширеното семейство включва няколко генерации и се състои от ядрото на семейството и роднини на двете страни, които живеят или не в географска близост. Разширеното семейство осигурява по-широка база за взаимна подкрепа. То все още съществува в западните общества, но често в по-различна форма. Понастоящем, във връзка с високия брой на разводите, увеличени брой на самотните родители и увеличената продължителност на живота, особено при жените, все повече се срещат семейства от много генерации, състоящи се от самотни, разведени или овдовяли жени с деца.

В развиващите се страни семействата често включват голям брой деца, родени от слабо образовани родители, живеещи в нищета. Бащата и по-рядко майката могат да отсъстват дълго време докато работят на по-отдалечено място. Това може да създаде сериозни заплахи за здравето на всички членове на семейството. В общества, в които смъртта на зрели хора е причинена от граждански войни, глад или инфекциозни заболявания, като СПИН, отглеждането на деца от самотни родители, съседи или други роднини е често срещано. В подобни ситуации често се среща и изоставянето на деца.

Отглеждането на деца от разведени или самотни родители често се свързва с относителната бедност, която създава допълнителни стресове във функционирането на семейната единица. Отсъствието на един родител, обикновено мъжа, също дестабилизира семейството. Малтретирането, включително психическият и сексуален тормоз и друго подобно поведение е тежко бреме за децата в периода на израстването им, когато те са беззащитни. Подобно поведение може да доведе до дълготрайни психични нарушения.

В САЩ се наблюдава намаляване на процента деца, отглеждани в домакинства от двама родители. През 1980 г. 86 % от домакинствата на бялото население се определят като семейства с двама родители, а през 1997г. този процент е намалял до 81%. Семействата с двама родители между афро-американското население от 56% през 1980г. намаляват на 46% през 1997г., докато домакинствата, управлявани от жени се увеличават от 40% на 47%. За групата семейства с деца до 18 годишна възраст процентът на семействата с един родител през 1997г. е 64% сред черното население, 26% сред бялото население и 36% сред испано-говорещото население. Това показва, че относителният дял на чернокожите семейства и децата с висок риск на бедност, несигурност и недостатъчна здравна осигуровка е много голям. Това означава още, че на 25% от американ-

ските деца под 6 годишна възраст не е осигурен достъп до фамилни лекари и регулярни грижи, на тях не се правят необходимите ваксинации и те са чести пациенти на отделенията за спешна помощ. В Канада семействата с един родител са 13% от всички семейства, но всички те са включени в универсалните здравни грижи. Във Великобритания само около една четвърт от ражданията са от неомъжени майки, включително тези, които живеят съвместно с другия родител, но всички те имат достъп до Националната здравна служба. Така обществото гарантира достъпа на децата до здравни грижи, независимо от статуса на семейството им.

Промените в структурата на семейството оказват влияние върху здравното състояние както на възрастните, така и на децата. Увеличаването на продължителността на живота, която е по-висока при жените, отколкото при мъжете, заедно с високия относителен дял на разводите, води до появата на повече възрастни жени в относително добро здраве. Възможността на жените да се адаптират към това се повлиява положително от силните социално-поддържащи системи в индустриалните страни. Там здравното осигуряване, националните пенсии, пенсиите за предишна работа на съпрузите и юридическата защита на икономическите права при развод са създали относително добре защитена група от възрастното население.

Заболяванията на сърдечно - съдовата система и други дегенеративни състояния поразяват мъжете на възраст с около 10 години по-млади от жените. Раковите заболявания са втората водеща причина за смърт. Епидемиологичните и демографски промени оказват влияние на семейството по много начини. Със застаряването на населението, грижите за възрастните стават все по-голям фактор в семейния живот, не само за осигуряването на здравни грижи, но и по отношение икономиката на семейството. Сериозна финансова тежест пада върху децата на средна възраст, ако възрастните им родители се нуждаят от дългосрочни грижи, а здравната икономика не може напълно да ги покрива. Със застаряването на населението не са редки случаите, когато деца на средна или по-висока възраст трябва да се грижат за много възрастни родители. Там, където обществото поема разходите, превенцията и контролът на хроничните заболявания стават изключително важни за предпазването на здравната система от финансов срив.

МАЙЧИНО ЗДРАВЕ

Въпросите за здравето на жените са свързани с многото роли, които те изпълняват: като индивиди, работнички, съпруги, майки и дъщери. Те изискват непрекъснато повишаване на знанията, грижи за себе си, ръководене на семейството и въпросите за здравето на семейството като хранене, хигиена, образование, физическа култура, сигурност, плодовитост, грижи за децата и грижи за възрастните. Промените в социалните роли на жените създават допълнителни изисквания и рискове за здравето.

ПЛОДОВИТОСТ

Раждането и грижите за кърмачетата и децата са традиционни въпроси на общественото здравеопазване, тъй като са свързани с уязвимостта и исторически доказаната загуба на живот в широк мащаб. Доброто хранене и условия на живот, както и подходящите грижи по време на бременност и раждане в развитите страни са довели

до намаляването на майчината смъртност до рядко срещано събитие. В най-слабо развитите страни обаче, майчината смъртност може да достига до стойности от 1 800 на 100 000 живородени, а в индустриалните държави тя е под 15 на 100 000. Разликата между тези популации може да се търси в социално-икономическите условия и общия здравен статус на жените, включително образование, фертилна възраст, брой предишни раждания, времето и периода между бременностите и общите грижи, осигурявани от здравната система.

Правилното хранене, контролът на заразните болести и образованието са предпоставка жените да достигат фертилна възраст, физически и интелектуално подготвени за раждането и отглеждането на деца. Грамотността при жените е предпоставка за по-висок коефициент на преживяемост на децата. Образованата майка, вместо да зависи изцяло от традициите на общността, може да разчита на просветни материали и може по-добре да се справя със сложността на здравната система. По-доброто образование води и до повишаване на шансовете на жената да си намери работа и така да подобри доходите на семейството.

Здравните въпроси, свързани с плодовитостта, включват подготовка и планиране на времето за зачеване и професионални здравни грижи по време и след бременността. Като използва здравната просвета и службите за превенция, общественото здравеопазване осигурява необходимите ресурси, чрез които тези въпроси могат да се решават. Прекратяването на тютюнопушенето, употребата на алкохол, наркотици и други рискови поведения, поне за периода на бременността, са важна част от предпазването на зародиша от увреждане.

Моделите на фертилност зависят от социалните, културните, религиозните и други фактори, включително технологиите за контрол на раждаемостта. При наличието на безопасни и ефективни мерки за контрол на раждаемостта, при повишаване на образованието и възможностите за намиране на работа, моделите на фертилност в индустриалните страни са се променили. Етническите различия могат да бъдат значителни в рамките на една държава. В САЩ общият коефициент на раждаемост за жените от афро-американски произход намалява от 21,9 на 1 000 през 1991 г. до 17,8 през 1996 г. в сравнение със съответно 15,4 и 14,1 на 1 000 за белите жени.

В много от развитите страни коефициентът на плодовитост е намалял значително след т.н. "бум на бебета", който е непосредствено в годините след Втората световна война. Това създава впечатление, че коефициентът на раждаемост в тези страни е по-нисък от необходимия за поддържане нивото на броя на населението. Развиващите се страни имат обратния проблем: високите коефициенти на раждаемост и намаляващата заболяемост създават тежки икономически, социални и медицински проблеми на обществото, като някои културни и религиозни особености слабо подкрепят семейното планиране.

Обобщавайки, независимо от намаляващите коефициенти на раждаемост, населението на света нараства от 1 милиард жители през 1804 г. до 2 милиарда през 1927 г., 3 милиарда през 1960 г. и 6 милиарда през 1999 г. Очаква се то да нарасне до 7 милиарда през 2013 г. и 8 милиарда през 2028 г. (Отдел Население при ООН, 1999).

Семейното планиране и честота на бременностите е важен въпрос в развиващите се страни, където честите бременности водят до повишаване на коефициентите на майчина и детска смъртност. Традиционните средства за ограничаване на плодовитостта в тези страни се основават на продължителното кърмене, което намалява с появата на новите готови бебешки храни. Очаква се, че подобряването на социално-

икономическите условия, включително образованието на жените, оцеляването на кърмачетата и децата, и засилване ролята на институциите за семейно планиране, ще осигурят необходимия стимул за увеличаване употребата на контрацептивни средства и намаляване на плодовитостта в развиващите се страни.

ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И ПЛОДОВИТОСТ

Осигуряването на контрол на раждаемостта, съвместно с осигуряването на пренатални грижи и вниманието след бременността са между основните задачи на всяка здравна служба. Високите нива на майчина смъртност от миналото в индустриалните държави все още съществуват в развиващите се страни. Традиционно високите коефициенти на раждаемост, безконтролните раждания, опасните практики на традиционните помощници при раждане (ТПР) и увреждането на женските гениталии допринасят за лошия здравен статус на жените в развиващите се страни.

Надеждните и сигурни пренатални грижи и родилни практики, по-доброто хранене и по-добрият общ здравен статус на жените намаляват драстично майчината заболяемост и смъртност през XX-ти век, но в областта на здравеопазването огромната пропаст между индустриалните и развиващите се страни остава. С повишаването на индивидуалните нива на образование, след като икономическата идея за повече деца в селскостопанските райони е заменена от такава за по-малко деца, урбанизацията и търсенето на по-добри стандарти за здраве и условия на живот, коефициентите на плодовитост намаляват в повечето страни по света (табл. 6.1).

ТАБЛИЦА 6.1

Общ коефициент на плодовитост¹ по световни демографски райони за избрани години от периода 1960-1997г.

Регион/група	1960	1970	1980	1990	1997
Централна и Южна Африка	6,6	Na	6,7	6,3	5,9
Индия	5,9	5,6	4,9	3,7	3,1
Китай	5,7	5,3	2,8	2,2	1,8
Южна Азия	6,1	Na	5,2	4,0	3,4
Латинска Америка и Карибите	6,0	5,1	4,1	3,1	2,7
Среден Изток и Северна Африка	7,1	6,2	5,9	5,1	4,4
Страните от бившия СССР и Централна и Източна Европа	3,0	2,2	2,2	2,3	1,8
Индустриални държави	2,8	2,5	1,9	1,7	1,7
Общо за света:	5,0	Na	Na	3,2	2,8

Източник: World Development Report, 1993; UNICEF, 1999

¹ - Общ коефициент на плодовитост (виж глава 3)

Na - няма данни

С широкото разпространение на технологиите за контрол на раждаемостта, по-образованите жени имат възможност да контролират собствената си плодовитост. Наблюдава се окуражаваща тенденция за намаляване на плодовитостта в целия свят, включително в Централна и Южна Африка, която е имала много висок коефициент на

плодовитост до 80-те год. на XX-ти век. Общественото здравеопазване подкрепя планирането на интервалите между бременностите с оглед подобряването на здравния изход както за майката и за нейното новородено, така и за цялото семейство.

В много общества безплодието е проблем, свързан със сериозно лично страдание и срам пред обществото. Болестите, предавани по полов път (ППБ) са основната причина за безплодие, така че предпазването и лечението на ППБ са важни аспекти на мениджмънта на безплодието. Лечението на безплодието е свързано с големи разходи, не само финансови, но и емоционални. Съвременните методи за лечение на безплодие, включващи стимулиране на овулацията, оплождане *in vitro* и използване на чужда семенна течност повдигат много етични и финансови въпроси. Въпреки проблемите на многократните бременности и високия дял на нискотегловни новородени с последващите от това перинатални и други проблеми на развитието, лечението на безплодието е сериозна част от съвременната здравна система.

СЕМЕЙНО ПЛАНИРАНЕ

Семейното планиране позволява на жените да определят времето, интервалите и честотата на забременяване, а така също и осиновяването на деца. То включва редица методи за предпазване или отлагане на забременяване при запазване на нормален полов живот. Технологиите за контрол на интервалите между ражданията е революционизирана, така че в момента съществуват ефективни контрацептивни методи, широко разпространени и предлагани на разумни цени в индустриалните и развиващите се държави (табл. 6.2). Контролът на раждаемостта е въпрос и отговорност на общественото здравеопазване. Липсата на знания или достъп до контрол на раждаемостта води до висока раждаемост или прибягване до аборти с цел контрол на раждаемостта, което от своя страна може да причини усложнения при последващи бременности. Честите раждания или бременности в напреднала възраст представляват допълнителна опасност както за майката, така и за новороденото и могат да причинят проблеми за цялото семейство.

Методите за контрол на майчината смъртност включват фармакологично и химическо предпазване от забременяване (хормонални таблетки, импланти, спермициди) и физически методи (мъжки и женски кондоми и вътрематочни устройства). Традиционните методи за предпазване, като кърмене, цикличност и прекъснат акт, са по-малко надеждни от съвременните методи, преди всичко от таблетките, кондомите и вътрематочните устройства.

ТАБЛИЦА 6.2

Процент на омъжени жени, използващи контрацептиви по световни региони за периода 1960-1965 г. до 1990-1998 г.

Регион	1960-1965	1990-1998
Централна и Южна Африка	5	16
Среден Изток и Северна Африка	2	50
Южна Азия	15	39
Латинска Америка и Карибите	11	65
Източна Азия и Тихи океан	17	75

Контролирането на интервалите между ражданията със съвременните методи за контрол на раждаемостта е фундаментално право на жените. В много области по света

контролът на раждаемостта остава религиозен и политически въпрос, а така също и жестока борба между половете. Римокатолическата църква е силно против контрола на раждаемостта. Такива са и много политически режими по различни причини. Независимо от това, в много католически страни раждаемостта намалява и в някои от тях е под нивото, необходимо за възстановяване на популацията. Използването на средства за контрол на раждаемостта се е увеличило драстично през последните десетилетия в Латинска Америка и Източна Азия. Семейното планиране не е добре разбрано или не се използва в бившите Съветски републики. Там липсват съвременни контрацептивни средства и вместо това често се разчита на аборти.

Независимо от широкото разпространение на контрацептивни средства в САЩ, делът на ражданията от непълнолетни е сравнително голям. Това е сериозен проблем на общественото здравеопазване, проявяващ се по-често в нисшите социално-икономически групи с последващите от това проблеми на самотните майки без собствени средства за издръжка и лошо здраве. Бременността на неомъжени, непълнолетни жени представлява комплекс от социални, образователни и трудови проблеми, които са трудни за овладяване. Това е нарастващ проблем и в индустриалните държави. В развиващите се страни женитбата на непълнолетни и даже деца е предпоставка за възникването на различни проблеми, свързани с майчиното здраве на физически и икономически незрели майки, ангажирани в доживотна роля, без шанс да се образуват или започнат работа.

МАЙЧИНА СМЪРТНОСТ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТ

СЗО дефинира майчината смъртност като смърт на жена по време на бременност или 42 дни след приключване на бременността по причина, свързана или предизвикана от бременността или нейното управление, или случайна причина. Майчината смъртност може да се раздели на две групи:

1. Пряка смърт на родилка, в резултат на усложнения, породени от бременността;
2. Непряка смърт на родилка, в резултат на предишни заболявания или състояния, непряко свързани с раждането.

В миналите векове раждането е било заплаха за живота на родилката. През 1664 г. в доклад на болницата *Hotel Dieu* в Париж е посочена майчина смъртност при 33 % от всички родилки в болницата. Установено е, че в периода 1660-1680 г. в Англия една на 44 жени е починала при раждане. През 50-те год. на XIX век във Виена *Semmelweis* докладва, че 2 % от жените умират по време или след раждане, а 10 % умират в медицински отделения поради недостатъчните мерки срещу разпространението на родилна треска, дължаща се на ниската хигиена на тези отделения и медицинския персонал. Това негово проучване е в основата на контрола на стрептококовите инфекции, основна причина за майчината смъртност (глава 1).

В САЩ майчината смъртност намалява от 670 на 100 000 живородени през 1930 г. (ниво, подобно на това в най-слабо развитите страни през 80-те - 90-те год. на XX-ти век), до по-малко от 80 през 1950 г. и 6 през 1996 г. Независимо от това, майчината смъртност при чернокожото население остава три пъти по-висока от тази при бялото население. Това значително намаляване на майчината смъртност, характеризиращо тенденцията в най-високо развитите страни, се дължи на много фактори, включващи по-добър стандарт на живот и хранене, по-добри медицински грижи, постиженията

на науката в областта на акушерството и адекватно обучение в тази област. Преместването на ражданията в родилните отделения на многопрофилните болници допринася за повишаването на сигурността на майчинството. През този период раждаемостта намалява, тъй като контролът на раждаемостта става обществено достъпен, позволяващ контролиране на интервалите на бременност и забременяване по избор, важен фактор, допринасящ за по-ниската майчина смъртност и заболяемост. Ниската майчина смъртност означава също по-добра възможност за достъп до медицински грижи. Повишава се качеството на грижите, тъй като повечето американци имат медицинска осигуровка или могат сами да си платят медицинските грижи.

Независимо от постиженията, разликата между майчината смъртност при бялото и чернокожото население на САЩ остава голяма. Въпреки че майчината смъртност както при чернокожите, така и при белите е намаляла с повече от 75 %, относителният риск остава 4 към 1 и не е променен от 1960 г. Остава и голямата разлика, свързана с възрастта и подготовката за бременност, както и адекватността на грижите. Това продължава да бъде сериозен проблем на общественото здравеопазване, особено за бедните чернокожи непълнолетни бременни жени (табл. 6.3).

Изчислено е, че в международен мащаб през 1997 г. 585 000 жени са починали от усложнения при бременност и раждане, като 99 % от тях са в развиващите се страни. В периода 1990-1997 г. коефициентът на майчина смъртност варира от над 1000 на 100 000 (т.е. 1 % от всички раждания) в най-слабо развитите страни, до 100-500 в средно развитите страни, 50 на 100 000 в страните от бившия Съветски Съюз и по-малко от 10 на 100 000 в индустриалните страни, в някои от които той е 5 на 100 000 (Израел, Швеция и Швейцария).

ТАБЛИЦА 6.3

Коефициент на майчина смъртност¹ по избрани групи от населението и години, САЩ, 1930-1996г.

Група	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990 ²	1996
Бели	Na	Na	53.1	22.4	14.4	6.7	5.1	4.1
Чернокожи	Na	Na	Na	92.0	56.5	24.9	21.7	19.9
Общо:	670	380	73,7	32,1	21,5	9,4	7,6	6,4

Източник: Health, United States, 1991, 1998

¹ - Стойности за 100 000 живородени

² - Целта за 1990 г. е не повече от 5 на 100 000 общо и за всички етнически групи

Na - няма данни

По изчисления на Световната банка, ако пренаталните, родилните и следродилните грижи обхванат 80 % от населението на света, болестите, свързани с раждането ще намалят с 40 %. Тя предлага подходяща интервенционна програма, която да включва информация, просвета, комуникации, транспорт, местни акушерски и областни болнични услуги. Високата майчина смъртност е свързана с високата раждаемост и раждане без съдействието на обучен персонал (табл. 6.4).

Изследването и документирането на смъртността при майките е общоприет метод за изследване на майчината смъртност, чрез който се установяват преобладаващите причини. Тези изследвания могат да помогнат да се идентифицират факторите,

водещи до майчина смъртност и да се направят нужните изводи за медицинския, акушерския и общинския медицински персонал. Извършването на подобни изследвания е задължително изискване за акредитиране на болниците в Канада и САЩ (виж глава 13 и глава 16).

ТАБЛИЦА 6.4

Здравни индикатори на жените според нивото на развитие на страната

Равнище на развитие на страната	Общ коефициент на раждаемост		% раждания със съдействие на обучен персонал 1990-1997	Коефициент на майчина смъртност 1990
	1970	1997		
Най-слабо развити	48	39	28	1 100
Развиващи се	38	25	55	470
Бивши Съветски републики и страните от Източна Европа	20	14	93	85
Индустриални	17	12	99	13

Източник: UNICEF, State of the World's Children, 1999

ГРИЖИ ЗА БРЕМЕННИТЕ

Целта на пренаталните, родилните, неонаталните и грижите за кърмачето е да осигурят на майката и детето оптимални условия и наблюдение с оглед възможно най-благоприятен изход от бременността, запазвайки здравето и благополучието на майката и осигурявайки на новороденото най-голям шанс за преживяване и оптимално развитие. Тъй като бременността се свързва с потенциални проблеми за майката и плода, необходими са както професионални пренатални грижи, така и адекватни грижи от страна на бременната жена. Бременността и пренаталните грижи трябва да бъдат навременни и цялостни, както за майката, така и за детето.

Програмите на общественото здравеопазване имат за цел осигуряването на пренатални грижи за цялото население или чрез директно оказване на грижи или чрез акушерски услуги в рамките на управляваните грижи или частните практики. Често бременността е планирано събитие, така че подготовката за това е желателна. Подготовката за бременност включва общ медицински преглед, изследване за възможни генетични проблеми, тестове за венерически болести и СПИН. Прави се оценка на статуса на хранене и консултации за правилно хранене, изследване нивата на фолиева киселина и желязо, прекратяване употребата на цигари, алкохол и наркотици и друго лечение, ако е нужно. Родителите трябва да получат материали за бременността и родителските грижи. Добрите пренатални грижи предполагат основна програма за посещения при лекар с допълнителни грижи за жените в риск.

Пренаталните грижи включват ранно откриване на бременността, оценка на рисковете и направление към специалист, както и непрекъснати грижи по време на цялата бременност. Ранното диагностициране на бременността е важно, тъй като то позволява на жената да получи пренатални грижи възможно най-рано, по възможност още от първото тримесечие на бременността. Ранното започване на пренаталните грижи дава възможност да се оцени здравето на майката, тя да започне да се храни подходящо и да

полага необходимите грижи за себе си. Освен това, то установява подходящи взаимоотношения между майката и изпълнителя на здравни грижи. Както майката, така и бащата трябва да бъдат ангажирани в пренаталната подготовка, включваща пренатални курсове и упражнения. Ранното откриване на потенциални усложнения предполага по-добри резултати и своевременно идентифициране на генетични нарушения.

Според предложенията на Американския Колеж на акушер-гинеколозите (*ACOG*) и *Delphi Group Panel* към американския Департамент по здравни и човешки услуги в края на 80-те год. на XX-ти век, пренаталните грижи трябва да се организират около три принципа:

1. Ранна и непрекъсната оценка на рисковете;
2. Здравна промоция;
3. Медицинска и психологична интервенция при необходимост.

ACOG препоръчва допълнителни консултации за бременни за обсъждане на бременността и въпросите по отглеждане на новороденото. *ACOG* предлага пренаталните грижи за нормална бременност да включват общо 13 - 15 посещения при лекар, пренатални курсове за физически грижи и подготовка за раждане, кърмене и грижи за новороденото. Рутинните консултации на майката трябва да включват проследяване на храненето, наддаването на тегло, кръвното налягане и потенциалните усложнения. Честотата на визитите и съдържанието на нормалните пренатални грижи за здрава жена са различни в отделните страни и понякога се считат за "излишни". Независимо от това, добрите грижи не са напразни. Постигането на ниска майчина смъртност и заболяемост, както и намаляването на риска от раждане на нискотегловно новородено и свързаните с това проблеми в развитието му, са важни основания за проследяването на цялата бременност.

В някои страни, като Израел и Франция, пренаталните грижи са отделени от регулярните първични здравни грижи и се предлагат в центрове за майчино и детско здраве или в женски клиники. В други страни, като Холандия и Великобритания, фамилните лекари осигуряват пренатални и акушерски грижи. В трети страни, като САЩ и Канада, пренаталните и акушерски грижи се извършват както от специалисти-акушери, така и от общопрактикуващите лекари. В Израел сестрите от общественото здравеопазване са основните изпълнители на пренатални грижи и по-голямата част от ражданията в болниците се извършват от акушерки. Независимо от това, дали пренаталните грижи са част от първичната здравна помощ или са отделна част от общественото здравеопазване, целта им е да обхващат цялата бременност от самото ѝ начало, да осигуряват оценка на рисковете и необходимите направления към специалисти и достъп до специализирани грижи. Здравната просвета, осигурявана от пренаталните курсове за бременни жени и партньорите им предлага допълнителни съвети и подкрепа.

За да се намали високата майчина и пренатална смъртност в развиващите се страни е необходимо да се подобри достъпът до пренатални грижи и да се увеличи използването на среден медицински персонал в специализирани "baby friendly" родилни центрове. Необходимо е да се организира обучението на традиционните помощнички при раждане, контролът на периодите между ражданията, оценката на риска и направлението към специализирана здравна помощ.

Бременната жена трябва да има пълно медицинско досие за пренаталните грижи по време на планираните визити, така че когато тя отиде в родилното отделение, лека-

рят да има адекватна информация. Дори и ако този лекар не е виждал пациентката, медицинският запис служи като мярка за непрекъснатост на грижите, което е в полза както на родилката, така и на лекаря. Пациентката знае, че записът на предишните грижи, полагани за нея е наличен, а лекарят може да използва цялата предишна документация за пациентката. Системата на общественото здравеопазване трябва да осигури адекватна система за медицински записи на майчините грижи, с цел да се намалят ненужните усложнения и смъртността по време на раждане.

ВИСОКО-РИСКОВА БРЕМЕННОСТ

Ниско-рискова е бременността на здрава жена на възраст между 18 и 34 години, която е посетила акушер-гинеколог поне веднъж през първите три месеца на бременността, която не е имала повече от три предишни живородени деца, не е имала мъртвородени деца или други родилни усложнения, като диабет по време на бременността или прееклампсия (токсикоза на бременността), няма история за злоупотреба с наркотици или алкохол и няма сериозни заболявания като хипертония или бъбречни заболявания. Такива жени следва да се проследяват съгласно рутинна пренатална програма.

Високо-рисковата бременност (ВРБ) трябва да бъде идентифицирана възможно най-рано, така че пациентките да могат своевременно да получат специални грижи за благополучието на плода. Идентифицирането и мениджмънтът на високо-рисковата бременност първоначално и по време на цялата бременност подобрява изхода от бременността както за майката, така и за детето. Някои индикатори за ВРБ: са възраст, предишни родилни проблеми, недोхранване, нищета, голям брой предишни бременности, ранна или късна възраст на майката, жени, които посещават клиники за ППБ и жени, които пушат, пият алкохол или вземат наркотици. Рисковите фактори могат да бъдат социални и икономически като лоши домашни условия, финанси и условия на труд.

Медицинската и акушерската история осигуряват сведения за предишни рискове като чести аборти, усложнения на бременността или медицински състояния, които могат да окажат влияние върху майката по време на бременността или по време на раждането; бременност под 16 или 17 годишна възраст или над 35 годишна възраст автоматично се дефинира като бременност с по-голям от нормалния риск. Повече от пет предишни бременности или първа бременност (*primagravida*) също трябва да се считат за допълнителен риск за майката и още повече за детето.

Точкова система осигурява пакет стандарти или насоки за оценка на риска. На базата на пакет от обективни критерии за високо-рискови фактори, тя помага на лекаря от първичната здравна помощ да установи своевременно риска и да даде подходящото направление към специалист. За внедряването на този вид стандарти за високо-рискова бременност, както и за проследяването им и осигуряването на добри пренатални грижи са необходими подробни указания. Формата и указанията трябва да са съобразени с локалните рискови фактори, като висока степен на кръвно родство в някои общности или хронично недохранване сред населението. Точковите системи дават оценка на кумулативния риск, като събират тези фактори, които сами по себе си не винаги предполагат висок риск за бременност, но взети заедно са индикатор за сериозни проблеми. Действителните основни точки - възраст, брой предишни раждания и ниво на образованието могат да бъдат съобразени с условията във всяка страна, но съгласно националните стандарти.

ТАБЛИЦА 6.5

Форма за оценка на високо-рискова бременност и направление към специалист

I. Лични данни Име Идентификационен номер Дата на раждане Адрес Град/село Клиника Дата на последната менструация Дата на първата визита	II. Социални/Лични Възраст (<17, >35) Образование (< 6 години) Семейно положение Икономическо състояние Кръвно родство Тютюнопушене Алкохол Използване на наркотици Домашни условия Обобщение: A B C	III. Акушерска история Бременност (1 или >5) Предидни раждания (0 или > 5) Аборти (>2) Помятания (1+) Мъртъв плод (1) Кървене в ТЗ Мъртвородени (1) Предидни цезарови сечения (1) Преждевременни раждания Тегло на новородените Починали кърмачета Токсемия (1) Малформации при раждане (1) Обобщение:....., A B C
IV. Медицинска история Диабет Хипертония Бъбречни заболявания Сърдечно-съдови заболявания Хронични белодробни заболявания Болести на кръвта Ендокринни заболявания Флебит Други Обобщение: A B C	V. Настояща бременност Поредност на бременността Време на първата визита T1 T2 T3 Тегло преди забременяването <50 кг Височина <145 см Кървене Прееклампсия Rh Аномално представяне Обобщение: A B C	VI. Обобщение на рисковите фактори I. Лични A B C II. Социални A B C III. Акушерска история A B C IV. Медицинска история A B C V. Настояща бременност A B C VI. Обобщение A B C
Обобщение на причините за направление към специалист: Дата:..... Подпис: Длъжност: Доклад от клиниката за рискова бременност: Дата:..... Подпис: Длъжност:		

Форма за оценка на ВРБ и направление към специалист са показани в табл. 6.5. Тя е разработена и се използва в първичната здравна помощ на селските райони. Приета е чрез правителствената здравна система в развиваща се област, в случая Западния бряг, Газа. В този случай А = нисък риск, В = среден риск и С = висок риск. Необходими са ясни дефиниции и инструкции за персонала, който я използва. В някои случаи едно С изисква направление към специалист (например хипертония) или няколко С-та или

В-та означават задължително направление към специалист. Формата и системата за отчитане могат да са различни, като например оценяване на всеки въпрос с 1 до 10 със системна компилация на сбора. Направлението към клиника за ВРБ изисква не само ясно идентифициране на причините за направлението, но също така подробна оценка от специалистите и обратна връзка към изпращащия лекар. Клиниката за ВРБ трябва да изпрати пациента обратно към този, който е издал направлението с доклад за находките и ясни препоръки относно плана за по-нататъшни действия. В зависимост от рисковите фактори, клиниката за ВРБ може да продължи да следи пациента, но издалият първоначалното направление трябва да има тази информация и да участва и помага за използването ѝ.

Добре развитата система за оценка на ВРБ направление-проследяване допринася за по-добрия изход от бременността както за майката, така и за новороденото, предпазвайки от скъпо струващи и продължителни неблагоприятни последици от майчина и детска заболяемост и смъртност. Нейната задача да предпазва от усложнения по време на и непосредствено след раждането е добре обусловена от гледна точка на медицината, общественото здравеопазване и икономиката.

Тези въпроси могат да бъдат различни в развиващите се и развитите страни, но принципите са подобни. В САЩ съществуват значителни групи от населението, включително и такива, които са в най-висок риск, които не могат да получат пренатални грижи по финансови или бюрократични причини. В Русия подходът към ВРБ би бил много важен, ако страната пристъпи към намаляването на високата майчина смъртност. Както беше по-рано отбелязано, страните с универсален достъп и добре развити акушерски грижи и оценка на риска имат нисък коефициент на майчина смъртност (Австралия, Белгия, Дания, Израел, Норвегия). Както се вижда от бързото намаляване на майчината смъртност в периода след 70-те год. на XX-ти век в Италия и Португалия, майчината смъртност съответства на добрия достъп до медицински грижи, осигурен от въведените тогава национални здравни служби.

РАЖДАНЕ

Раждането е много личен въпрос, но има важен обществено здравен аспект. Гаранцията за успешно раждане оказва влияние както на майката, така и на новороденото. През последния век мястото на раждане се е сменило от частния дом до родилни домове, болници или родилни отделения в многопрофилни болници, специализирани родилни центрове за майки и деца към болнични заведения. Раждането в родилни отделения в болници в развитите страни води до намаляване на майчината и неонатална смъртност и трябва да се счита за основна цел на програмите за обществено здравеопазване и първични здравни грижи.

В много страни раждането в болница се насърчава, като националната здравна или социална осигурителна система отпуска средства, покриващи разходите за раждане в болнично заведение, с цел да се увеличи максимално броят на жените, раждащи в болница. По този начин са постъпвали във Франция и Израел преди въвеждането на национално здравно осигуряване. Във Франция тази традиция продължава, като допълнителни помощи се отпускат на жени, които регистрират бременността си своевременно и редовно посещават лекар или консултация за бременни. В развиващите се страни мястото на раждане трябва да се съобразява със съществуващите ресурси, като

се следва основната цел - да се намали сегашната висока майчина заболяемост и смъртност.

Във всеки момент от раждането могат да възникнат опасни ситуации, за които трябва да се приложи цезарово сечение, преливане на кръв, обща анестезия, реанимация на новороденото или лечение на синдром на задушаване. Ето защо раждането в родилно отделение на многопрофилна болница е по-сигурно, отколкото в дома или в самостоятелно родилно отделение. Електронното мониториране на плода по време на раждане не намалява вътремозъчните увреждания, умственото изоставане и церебралната парализа на новороденото, в сравнение с клиничната аускултация на плода, но дава някаква сигурност на майката и помага на персонала във винаги натовареното родилно отделение.

Грижите по време на раждане трябва да бъдат такива, че родилката да се чувства като у дома си. За целта е добре при нея да бъде съпругът ѝ или друг човек, когото тя желае да вижда до себе си. Грижите по време на раждането изискват наличието на предварителна информация за пренаталния период. Това означава, че жената, постъпваща в родилно отделение трябва да носи със себе си медицинския запис, съдържащ всичката информация за проследяване на цялата бременност. Този запис съдържа данни за медицинските, акушерските и пренаталните грижи, положени за нея през периода на бременността, особено такива данни като тези за многоплодна бременност, дата на последната менструация, рискови фактори и находки от пренаталните прегледи. Препоръчително е това да е документация, носена от самата родилка, тъй като достъпът до клиничните записи от клиниките за пренатални грижи може да бъде ограничен или тези записи да не съдържат записи за грижите, полагани от други лекари, като например лекари в спешни отделения или частни кабинети.

Както бе посочено по-горе, в някои страни, включително тези с много ниска майчина смъртност, рутинните раждания се извършват от квалифицирани акушерки, докато лекарите-акушери контролират раждането и обикновено участват в по-сложните раждания. В САЩ, където не достигат лекари-акушери, с цел задоволяване на нуждата от акушерски услуги, могат да работят квалифицирани акушерки, но след получаването на лиценз за квалификацията си. Квалификацията за акушерка изисква една допълнителна година обучение над нивото, необходимо за обучението на медицински сестри (глава 15).

Мониторирането на плода по време на раждане посредством преслушване на тоновете на сърцето е стандартна практика, въведена от *Evory Kennedy* в Дъблин през 30-те год. на XX-ти век. В края на 50-те год. на XX-ти век е въведено електронно мониториране на плода, което успокоява родителите и помага на вечно заетия персонал в отделението. Болничните родилни отделения трябва да бъдат "приятелски настроени" към майката, семейството и бебето, предлагайки както домашна атмосфера, така и акушерски и медицински грижи.

Присъствието на обучени анестезиолози и педиатри е желателно при рутинните раждания, но задължително при високо-рисковите случаи. Присъствието на педиатър или практикуваща детска сестра по време на раждането дава на родителите по-голяма гаранция за подходящите грижи, които ще се положат за новороденото им дете. Това е особено важно в случаите на ниско тегло, затруднения в дишането или други усложнения при раждането. В страни с ниска обща детска смъртност, ранната неонатална смъртност заема основно място. По-нататъшното намаляване на детската смъртност

изисква по-голямо внимание към този рисков период, в който навременното използване на реанимационни и други животоспасяващи процедури е от изключителна важност.

През последните години в САЩ се наблюдава слаба тенденция на връщане към ражданията в дома в присъствието на високо-квалифицирани акушерки и гарантирана допълнителна помощ. Във Великобритания с разкриването на специализирани родилни отделения в многопрофилните болници, ражданията в дома намаляват. Раждането в дома може да бъде подходяща алтернатива пред раждането в болница, но само за ниско-рисковите бременности и при условие, че се извършва от професионални акушерки и е осигурен спешен медицински екип, който в рамките на няколко минути може да пристигне и да се справи с евентуалните усложнения, възникнали по време на раждането. Това е тенденция, чийто страничен ефект може да доведе до увеличаване на майчината и детската смъртност. Раждането в майчин дом или в самостоятелни родилни домове (центрове) е алтернатива на раждането в родилни отделения в многопрофилните болници, но дори и в развитите страни то не е много подходящо. Този вид домове и центрове нямат всичката апаратура, необходима в случаите на усложнения, непредвидени преди започването на раждането. Мястото и методите на раждане могат да са различни, но всички те трябва да имат предвид не само желанията на бременната жена, но така също сигурността на майката и новороденото. Високо-рисковите майки, включително първескините, трябва да раждат в болнична обстановка.

ИНИЦИАТИВИ ЗА БЕЗОПАСНО МАЙЧИНСТВО

Безопасно майчинство е инициатива на ООН, започната през 1987 г. Целта ѝ е да се даде възможност на жените да прекарат безопасно бременността и раждането и да родят здраво дете. Всяка година стотици хиляди жени умират или страдат от сериозни усложнения вследствие на бременност и раждане. Безопасното майчинство започва преди зачеването с подходящо хранене и здравословен начин на живот. То продължава с планирана бременност, подходящи пренатални грижи, предпазване от евентуални усложнения и ефективно лечение на усложненията, в случай че има такива. Следва раждането в границите на определения термин, подсигурено с адекватни грижи, но без излишни интервенции, осигуряването на здравословна следродилна обстановка, която да поддържа физическите и емоционалните потребности на жената, детето и семейството. Всичко това изисква подкрепата на много и различни сектори от нацията, семейството, преподаватели, работодатели, осигурители на здравни грижи, обществени групи и др. Това е инвестиция във физическото, емоционалното, социално и икономическо благоденствие на жените, техните деца и техните семейства и в по-широк смисъл нацията.

Раждането в дома е все още често срещано явление в развиващите се страни. Обикновено такова раждане протича без квалифицирана помощ или с помощта на традиционните помощнички при раждане (ТПР). Това може да бъде единственият избор, който майката има и в такъв случай задача на общественото здравеопазване е да обучи тези помощнички и да следи за действията им. Специално внимание трябва да се обърне на хигиената, предпазването от тетанус и идентифицирането на жени в риск и насочването им към специалист. СЗО е издала насоки за интегрирането на такива ТПР в здравната система в развиващите се страни. Установяването на стандарти и надзора над ТПР е жизнено важно за намаляване на текущата висока загуба на майки и новородени в развиващите се страни. Първескините трябва да се насочват за раждане в

болница, както и другите рискови категории, включващи многоплодна бременност, жени на възраст над 35 години, късно регистрирани бременни, такива, които са имали усложнения при предишни раждания, недохранени или с хронични заболявания и жени, които имат починало дете в кърмаческа възраст.

Агенциите на общественото здравеопазване трябва да осигурят във всички случаи, когато това е възможно, раждането да става в болнични условия и в присъствието на обучен персонал, а всички бременни жени трябва да са получили навременни и пълни пренатални грижи. Районните болници трябва да бъдат снабдени със съоръжения за оказване на спешна помощ както на родилки, така и на новородени, включително кръвна банка, апаратура и персонал за хирургическа, анестезиологична и реанимационна помощ за нормални и цезарови раждания. Всички грижи, полагани в областните и районните центрове от ТПР трябва да бъдат документирани по подходящ начин в системата, разработена от здравните власти.

Районните и общинските акушерски центрове трябва да са така организирани, че да осигуряват оценка на пренаталния риск и пренатални грижи, да работят съвместно с ТПР, като взаимно се подкрепят и контролират. Общинските родилни заведения трябва да бъдат оборудвани с такава техника и персонал, че да могат да извършват нормални раждания и безопасни аборти и да могат да овладяват спешни случаи като преeklampсия, кръвоизливи и ръчно изваждане на плацентата. ТПР трябва да са обучени така, че да могат да организират транспортирането на майки и новородени в риск до районните болници. Работата и обучението на ТПР трябва да се контролира от професионални акушерки или медицински сестри. ТПР, които извършват раждане на високо-рискови пациентки, освен в абсолютно спешни или непредотвратими ситуации, трябва да бъдат глобявани от здравните власти.

Контролът на ТПР представлява процес на направляване, обучаване и стремеж за повишаване на стандарта в практиката. Здравните власти имат право да лицензират и контролират всички изпълнители на здравни грижи и да санкционират онези, които практикуват без лиценз или не покриват установените стандарти на практиката. Като стимул за участието на ТПР в програми за обучение може да послужи предоставянето им на необходима апаратура и материали. ТПР трябва да регистрират ражданията, като основните детайли и изводи от всяко раждане трябва да се записват в официална книга, която регулярно се проверява. Ако са неграмотни, те трябва да имат грамотен помощник, който да записва тези данни. Обучението трябва да включва опасни пренатални и родови симптоми, хигиена по време на раждането, неонатална реанимация, грижи за новороденото и високо рискови ситуации. В програмите за обучение на ТПР могат да се включат още въпроси относно болести, предавани по полов път, СПИН, анемия, йодна недостатъчност и акушерски или медицински рискове.

ГРИЖИ ЗА НОВОРОДЕНОТО

Новороденото е напълно зависимо и уязвимо от много фактори, които могат да засегнат оптималния му растеж и развитие. Тази зависимост започва още преди зачеването му и продължава по време на пренаталния период, раждането и до края на първата година от живота му. Трябва да се положат грижи, за да му се осигурят топлина и почистване на устата и носа, за да се намали вероятността от аспириране и да се гарантира дишането му непосредствено след раждането. Много от рисковите ситуа-

ции могат да се избегнат и драстичното намаляване на детската смъртност през последния век е доказателство за това.

Шансът за преживяване на новородените намалява с намаляването на теглото на новороденото. Новородени с тегло под 2 500 грама (5 фунта и 8 унции) се считат за нискотегловни. Нормалното тегло за новородено е от 2 500 до 4 000 грама (5 фунта и 8 унции до 8 фунта и 13 унции). В развитите страни коефициентът на нискотегловни новородени е обикновено под 7 %, а в развиващите се страни той е над 10 %. Бебета, родени с тегло под 1 500 грама (3 фунта и 5 унции, много ниско тегло) и под 1 000 грама (2 фунта и 3 унции, свръх ниско тегло) имат по-нисък шанс за преживяване и често остават с някакъв постоянен недъг. Основна задача на добрите пренатални грижи е да осигурят непрекъснатост на бременността до 36 седмица и възможно най-близо до термина на раждане, за да се постигне пълно развитие на зародиша *in utero*, а от тук и по-голям шанс за преживяване на новороденото. За да се намали факторът многоплодие, терминът нискотегловно новородено понякога се използва само за едноплодни раждания.

Новородените имат нужда от възможно най-добрите грижи. Това означава незабавна оценка и отговор на необходимостта от реанимационни или други интервенции. Скалата на *Apgar*, разработена от *Virginia Apgar* в началото на 50-те год. на XX-ти век е важен стандартен метод за оценка на новороденото и неговите потребности за изследване и интензивни грижи (табл. 6.6). Оценка под 6 при раждането може да означава необходимост от реанимационни и специализирани грижи, а ниска оценка след 2-та минута означава, че детето е в риск.

Когато раждането се извършва в дома, част от подготовката за него е да се осигури транспорт за новороденото до неонатален център в случай на необходимост. Ранното установяване и интервенция намаляват ненужната заболеваемост и смърт на новороденото.

Всички новородени трябва да получават професионални грижи, включващи реанимация (ако е необходима) и рутинен преглед на очите, за да се избегне офталмологична инфекция с гонококи. За да се предпазят от хеморагична болест на новороденото (*HDN*), рутинно се дава витамин К (инжекционно или орално). Около 20 % от новородените имат ниско ниво на протромбин (фактор на съсирването на кръвта) и по тази причина са потенциално заплашени от сериозно и даже фатално кървене, което се предотвратява чрез приемането на витамин К.

ТАБЛИЦА 6.6

Скала на *Apgar*

Признак	Скала		
	0	1	2+
Пулс (удара/минута)	Липсва	Слаб (<100)	100+
Дишане/хипервентилация	Липсва	Слаб плач	Силен плач
Мускулен тонус /движение	Отпуснат	Някакъв рефлекс	Активен
Рефлекс при дразнене	Не отговаря	Гримаса	Кашлица или кихане
Цвят на тялото	Син или бял	Тяло розово, крайници сини	Цялото розово

Източник: Kendig, 1992

Във високо рискови райони е много важно да се направи скрининг на новороденото за СПИН, ако статусът на майката за СПИН е неизвестен и да се прегледа за признаци, предизвикани от приемането на наркотици или алкохол от страна на майката. Дали тези тестове ще бъдат включени в клиничната практика зависи от действията на органите на общественото здравеопазване по отношение на установяването на норми и обучение, необходими за налагането на висок стандарт на грижите.

ПАНЕЛ 6.1

ПРЕПОРЪЧВАНИ СТАНДАРТИ ЗА РУТИННИ ГРИЖИ ЗА НОВОРОДЕНОТО: АМЕРИКАНСКА АКАДЕМИЯ ПО ПЕДИАТРИЯ

1. При всички раждания на високо-рискови бременни трябва да бъде осигурена реанимация от обучен персонал; при необходимост транспортиране до неонатолог;
2. Изчистване на устата и носа, и установяване приток на въздух;
3. Почистване, затопляне и покриване на новороденото; даване на майката;
4. Стимулиране на новороденото, като се разтрива гърба или ходилата;
5. Подаване на кислород посредством *Ambu bag* с маска за лице (ако е необходимо); преглед на гръдния кош за адекватно вентилиране;
6. Оценка по скалата на *Apgar* 1 и 2 минути след раждането;
7. Оценка по скалата на *Apgar* 5 минути след раждането;
8. Ако е необходима продължителна реанимация, следва да се отчитат и записват следващи оценки по скалата на *Apgar*;
9. Установяване на връзка с майката и кърмене, като се дава новороденото на майката възможно най-бързо;
10. Витамин К се дава рутинно, за да се предотврати хеморагична болест на новороденото;
11. Очите се намазват с антибиотична паста, за да се избегне инфекция с хламиди или гонококи;
12. Взема се кръвна проба от пъпната връв за серологично изследване;
13. Пъпната връв се отрязва и връзва, като се използва антисептик или антибиотик;
14. Прави се ваксина срещу хепатит В (първата от три дози);
15. Новороденото се завива хлабаво, не стегнато;
16. Препоръчително е новороденото да стои при майката ("в стаята на майката");
17. Трябва да се насърчават посещенията и грижите на бащата;
18. Препоръчва се кърмене;
19. Пълен преглед от педиатър или общо практикуващ лекар;
20. Желателни са посещения на семейството и роднините.

Източник: Kendig, 1992; и American Academy of Pediatrics/American College of Obstetrics and Gynecology, 1992. Guidelines for Perinatal Care. Third Edition. Washington, DC.: ACOG, and Elk Grove Village, IL.AAP

Извършването на пълен преглед от педиатър спомага за откриването на вродени дефекти и нормално развитие и е в основата на непрекъснатите грижи от самото раждане. Измерват се дължината на новороденото, обиколката на главата и теглото, прави се гестационната оценка и се изследва за жълтеница. Всички резултати се записват. Прегледът включва още оценка на сърдечносъдовата и нервната системи. Прави се скрининг за вродени заболявания или аномални състояния като вродени болести на сърцето, синдром на Даун, вродена дислокация на тазобедрената става, деформирани стъпала, неразвити тестиси, фенилкетонурия и хипотиреоидизъм, кръвни анемии (таласемия и сърповидно-клетъчна анемия), галактоземична олигофрения и други вродени дефекти на метаболизма, които биха се проявили през този период, като при подозрителни или положителни находки съответните изследвания се повтарят. Ранната диагностика на аномални състояния позволява детето да получи своевременно и успешно лечение.

Кърменето е жизнено важно събитие както за майката, така и за новороденото и трябва да се насърчава от здравния персонал. Това е важно за установяването на връзка между майка и дете и за оптималното развитие на детето. То трябва да продължи поне през първата половин година от живота на детето, а след това да се допълва с подходящи твърди храни. Кърменето е разгледано в Глава 8 (Хранене) и в Глава 16 (Глобализация на здравето).

ГРИЖИ В СЛЕДРОДОВИЯ ПЕРИОД

Следродов период е периодът от 6 до 8 седмици след раждането до възстановяването на нормалната овулация. При кърмещите майки този период може да е по-дълъг поради ефекта на лактацията върху хормоналния баланс. Това е важен период за новата майка и новороденото, през който те се възстановяват от раждането и трябва да се настроят физиологично и психически към новата ситуация. Адекватното проследяване на майката и бебето след раждането помага за предпазване от усложнения и предполага оптимално здраве и за двамата.

Незабавните грижи след раждането трябва да се насочат към пълното изваждане на плацентата, контракциите на матката, спиране на кървенето и недопускане на флебит. Основният преглед с цел предпазване на здравето на новата майка включва преглед на гърдите, определяне на наличието на разкъсване или инфекция на шийката на матката или перинеума и изследване на хемоглобина. Управлението на останалите проблеми трябва да бъде част от процеса на здравните грижи. На майката се дава информация за различни проблеми, включително кърмене, хранене, интервал до следваща бременност и контрол на раждаемостта. Добре е да ѝ се предостави и информация за това, къде може да се обърне за съвет и консултации в случай на следродилна депресия, която от своя страна може да прерасне в сериозен проблем.

Възстановяването на майката след бременността и раждането трябва да бъде насочено към възстановяване на нейните сили и връщането ѝ към нормален семеен живот. Следродилната депресия е често срещана и понякога изисква намесата на специалист. Желанието за бързо намаляване на теглото може да бъде в противовес на необходимостта от адекватно хранене, каквото е нужно по време на кърменето. Приемането на желязо трябва да продължи и в периода след раждане и по време на кърмене с цел, да се възстанови загубата на желязо от периода на бременността, раждането и кърменето. При необходимост, за да се предотврати имунна реакция между кръвта на

майката и детето при следваща бременност, трябва да се постави *Rh* имуноглобулин. Също така, при нужда, в периода след раждането, на майката трябва да се направи имунизация против рубеола, с което да се предотвратят бъдещи синдроми на вродена рубеола (глава 4).

Грижите в периода след раждането трябва да включват посещението на медицинска сестра, която да оцени и помогне за адаптирането на майката и детето в дома. Медицинският преглед в края на следродовия период е важен елемент от грижите за бременните, тъй като това е първата възможност за пълна оценка на новороденото след изписването му от болницата. Основните грижи за напълно безпомощното новородено в този период са кърменето и установяването на връзка между майката и детето, хигиената и чистотата, наддаването на тегло, добавянето на витамини, началото на имунизациите и възприемането на новороденото от цялото семейство. Първите имунизации против хепатит В, БЦЖ (където се използва) и полиомиелит започват възможно най-скоро след раждането и съгласно рутинната имунизационна програма (виж глава 4). При раждане в дома, последващите домашни визити трябва да отчитат теглото на новороденото, приемането на витамин К, започване на програмата за ваксиниране и рутинни скринингови тестове, а така също и съвети относно кърменето и грижите за бебето.

Съветите от медицинско лице са много важни за новата майка, независимо дали това е първата ѝ бременност или една от многото. Като част от вниманието и обучаващата роля на медицинските специалисти е обсъждането с майката на периода между две последователни бременности, един от основните аспекти на семейното планиране. С цел да се намали безпокойството на майката и запознаването ѝ с многобройните въпроси на майчиното и детското здраве, в този период тя има нужда от адекватна подкрепа и съвети. Наред с професионалните умения за раждане и незабавни неонатални грижи, обучението на изпълнителите на здравни грижи, заети с раждане и грижи за новородените трябва да подчертава тази тяхна роля.

ГЕНЕТИЧНИ ДЕФЕКТИ И УВРЕЖДЕНИЯ ПРИ РАЖДАНЕТО

Изчислено е, че годишно 8 000 деца умират, а се раждат около 150 000 деца с увреждания, чието лечение струва 8 милиарда долара. Следователно, предпазването и управлението на вродените дефекти и генетични увреждания са основен въпрос на общественото здравеопазване, не само поради високата им честота в много специфични групи от населението, но също така поради финансовите и социални разходи за семейството и обществото. Все повече генетични нарушения са лечими и предотвратими. С развитието на генната терапия, скринингът, просветата и индивидуалните консултации по генетични проблеми ще стават все по-важни.

Превенцията на вродени дефекти изисква скрининг за генетични заболявания, вродени заболявания и *Rh* несъвместимост, адекватно знание, допълнително приемане на фолиева киселина преди и по време на бременността, по-слабо излагане на тератогенни химикали в дома, на работното място или в обществото и предпазване от някои инфекции по време на бременността. Превенцията на *Rh* несъвместимостта зависи от скрининга на бременните жени и намесата в случаите, когато може да се развие такава несъвместимост между кръвта на майката и плода. При съмнения за вродени заболявания, като фенилкетонурия и хипотиреоидизъм, трябва да се прави непрекъснато скрининг и при потвърждаване да се предприемат съответните мерки. Други вродени де-

фекти, като вродена луксация на тазобедрената става, която може да се появи при около 50 раждания на 1 000, както и вродените катаракти,⁷ се изследват при клиничния преглед на новороденото и се повтарят след три месеца. Находките от тези прегледи трябва да се докладват за по-нататъшно проследяване на случаите от педиатър.

Диапазонът на вродените дефекти е широк и включва хромозомни и аномалии на развитието, както и метаболитни, хематологични, мускулно-скелетни, сърдечно-съдови и неврологични нарушения. Генетичните нарушения се предават от аномални хромозоми от единия или от двамата родители. Доминантни са гените, които предизвикват генетичното нарушение в хетерозигота, т.е. човек, който има едно копие на аномален и едно копие на нормален ген. Ако само единият родител е засегнат, съществува 50 % вероятност детето да бъде също засегнато. В рецесивни или хомозиготни състояния и двамата родители са носители на аномалния ген. Всяко дете има 25 % шанс да бъде засегнато, 50 % шанс да бъде носител и 25 % шанс да не бъде засегнато. Ако само единият родител е носител на хомозиготен ген, нарушението не се предава, въпреки че детето може да бъде носител на такъв ген.

ПАНЕЛ 6.2

ПРЕДПАЗВАНЕ ОТ ВРОДЕНИ ДЕФЕКТИ

1. Обществени мерки:

- Йодиране на солта с цел да се предотврати увреждане на мозъка от недостиг на йод;
- Обработка на брашното с фолиева киселина с цел да се избегнат дефекти на нервните (мозъчни) тръби;
- Имунизация против рубеола преди бременност с цел да се избегне наследствен синдром на рубеола;
- Лечение на болести, предавани по полов път, за да се предотвратят вроден сифилис, гонококова, *CMV* и СПИН инфекции;
- Имунизации против хепатит В, за да се предотврати предаването му от майката на плода.

2. Пренатални мерки:

- Спиране на тютюнопушенето, употребата на алкохол и наркотици, за да се предотврати увреждането на плода;
- Консултации за правилно хранене преди и по време на бременността за да се осигури оптимално развитие на плода;
- Генетични консултации за родители в риск (например родители с кръвно родство);
- Избягване на излишното приемане на лекарства;
- Допълнително приемане на желязо, фолиева киселина и мултивитами (и йод, ако солта не е йодирана);
- Оценка на риска и включване в програми за родители в риск;
- Протокол за пренаталните грижи, започващ още през първите три месеца на бременността;
- Изследване на кръвната захар за гестационен диабет;

- Адекватно управление на хроничните заболявания (например диабет и заболявания на сърцето) преди и по време на бременността;
- Предпазване от излагане на тератогенни агенти преди и по време на бременността (например обезболяващи средства);
- Предпазване от приемане на вещества, съдържащи олово и живак);
- Изследване на хемоглобин, *Rh*-фактор, *Coombs* тест, изследване на урина;
- Наддаване на тегло (11-14 кг.);
- Ехография за многоплодна бременност, структурни или други аномалии на плацентата;
- Наблюдение на плода по отношение на размер, разположение и сърдечна дейност;
- Успешно раждане с минимално приемане на успокоителни и своевременна реанимация, за да се избегне увреждане на мозъка на новороденото при раждането.

Източник: U.S. Preventive Services Task Force, 1996

Хемолитична (Rhesus Hemolytic) болест на новороденото. Хемолитичната болест на новороденото е сериозно състояние на разпадане на червените кръвни клетки на новороденото, дължаща се на несъвместимост между кръвта на майката и плода. Тя се появява, когато майката е с отрицателен резус фактор на кръвта, а плодът е с положителен (наследен от бащата). Червените кръвни клетки на плода могат да се смесят с кръвта на майката по време на раждането, в резултат на което майката изгражда антитела към кръвта на плода. Това може да окаже влияние при следващи бременности, причинявайки хемолиза на кръвта на плода, която води до анемия, жълтеница, увреждане на мозъка или смърт. Това е и причината за раждане на мъртво дете или умиране на плода още преди раждането. Броят на подобни случаи намалява с внедряването на метода на обменно преливане на кръв на новородените. През 70-те год. на XX-ти век е изобретен анти *D*-имуноглобулин. Той се дава на жени с отрицателен резус фактор, които са родили дете с положителен резус фактор на кръвта, с цел да се предотврати развиването на антитела, които могат да окажат влияние при следваща бременност. Лечението с анти-*D* имуноглобулин трябва да елиминира тази болест и представлява огромна победа на превенцията.

Увреждания на невралната тръба. Уврежданията на невралната тръба (УНТ) представляват дефекти на невралната тръба, прекурсора на главния мозък и гръбначния мозък. Тази група включва редица увреждания от аненцефалия - изключително дефектно развитие на мозъка, което обикновено завършва със смърт на новороденото до няколко часа след раждането, до *spina bifida* - дефектно затваряне на прешлените на гръбначния стълб. УНТ са с различна степен на тежест, като повечето изискват изключителни хирургични или медицински грижи. УНТ се появяват при 2 на 1 000 раждания в Северна Америка, но в резултат на коректното проследяване на бременността и навременната профилактика с фолиева киселина още от първите ѝ месеци, тези

увреждания намаляват. Скринингът за увреждане на невралната тръба става възможен в началото на 70-те год. на XX-ти век с въвеждането на амниоцентезата (пункция на околоплодния мехур) и изследването на околоплодната течност, а по-късно с изследването на кръвта за алфа-фетопротеини (*AFP*). УНТ могат да се регистрират и с ултразвук.

През 80-те год. на XX-ти век британски изследователи показват как фолиевата киселина, давана преди бременност, намалява шанса за развиването на такива увреждания. Грижите преди бременност не са често явление и приемането на фолиева киселина преди бременност е при по-малко от 30 % от бъдещите майки. Ето защо, добавянето на фолиева киселина в хляба е мярка, въведена от Американската администрация за храни и лекарства (*FDA*) през 1996 г. и най-вероятно ще бъде въведена в Канада, Великобритания и другаде за първична профилактика на тези увреждания. През април 1998 г. Американската администрация за храни и лекарства и Центърът за контрол на заболяванията препоръчват на тези, които планират бременност и на бременните допълнително приемане на фолиева киселина по 400 микрограма на ден, увеличаване на фолиевата киселина в хляба, за да се осигури 100 % приемане на *RDA* (виж глава 8). Центърът за контрол на заболяванията очаква, че подсилването на хляба с фолиева киселина и допълнителното ѝ приемане от жените във фертилна възраст, ще намали значително броя на децата с увреждания на невралната тръба, които се раждат всяка година в САЩ (понастоящем около 3 000 годишно).

Церебрална парализа. Церебралната парализа (ЦП) е група неврологични заболявания, появяващи се около 1 път на 400 раждания и причиняващи нарушения на движенията. Тя може да се придружава от забавяне на умственото развитие, епилептични пристъпи, спазми на двигателния апарат или сензорни проблеми. ЦП се причинява от нискотегловност (тегло на новороденото <2 500 грама и още по-често, ако теглото на новороденото е под 1 500 грама), а така също и от вътремозъчен кръвоизлив, *Rh* несъвместимост, вътреутробни травми или травми по време на раждането, експозиция на майката на тежки метали като живак и други неидентифицирани фактори. Около 20 % от случаите на ЦП се дължат на вътреутробно задушаване на плода (хипоксия). Профилактичните мерки включват намаляване на нискотегловните раждания чрез подобряване на храненето на майката, прекратяване на пушенето по време на бременността, подобряване на пренаталните грижи и грижите по време на раждане, даване на витамин К при раждането и намаляване на детските травми. Използването на професионално обучени акушерки намалява риска от ЦП. Профилактиката се затруднява от факта, че много от причинителите на ЦП все още не са идентифицирани.

Изоставащо умствено развитие. Тежко умствено изоставане (коефициент на интелигентност или *IQ* под 50) се наблюдава при 3 до 5 новородени на 1 000. Изоставането може да се дължи на пренатални фактори и често се свързва с ЦП и епилептични пристъпи. Повече от една трета от случаите се дължат на хромозомни аномалии. Пренаталната диагностика, широкото използване на амниоцентеза при бременните над 35 годишна възраст и прекратяването на засегнатите бременности допринасят за намаляване на случаите на раждане на деца със забавено умствено развитие. Фенилкетонурията, вродената рубеола, вроденият хипотиреоидизъм и заразяването на майката с токсоплазмоза и цитомегаловируси могат да предизвикат тежко умствено изоставане. Усложненията при бременност, като токсемия, инфекции на пикочните пътища и

анемия повишават риска от умствено изоставане на плода. Средно умствено изоставане (*IQ* между 50 и 70) може да бъде причинено както от перинатални, така и от постнатални фактори, включващи ниско тегло при раждане, задушаване по време на раждането. Профилактиката изисква добре организирани пренатални, перинатални и постнатални грижи.

Синдром на Даун. Синдромът на Даун е сравнително често срещано генетично увреждане, което се среща в 1 на 650 живородени деца в САЩ. Рискът от такова увреждане се увеличава с увеличаването на възрастта на майката; при майки на възраст над 40 години то се среща при 1 на 40 раждания. Въпреки че такова увреждане се среща по-често при по-възрастни майки, болшинството от случаите са при по-младите жени. Това е най-често срещаната причина за умствено изоставане в индустриалните страни. В рисковите случаи, пренаталният скрининг се извършва чрез амниоцентеза, изследване на хорионните вѐси, изследване на кръвта на плода, така че да се даде възможност на родителите да изберат прекъсване на бременността в случай на хромозомни аномалии. Изследването на хорионните вѐси може да се направи през първото тримесечие на бременността, а амниоцентезата през второто. По последни данни изследването на хорионните вѐси се свързва с по-незначителни вродени дефекти и понастоящем провеждането му се ревизира. Бременните жени над 35 годишна възраст трябва да бъдат преглеждани и аналогично тествани възможно най-рано след началото на бременността им. Биохимичните маркери ще помогнат да се увеличи скринирането с по-малко инвазивни процедури. В САЩ общата заболяемост на новородени със синдром на Даун е намаляла с 50 % в периода между 1960 и 1978 г. Това вероятно се дължи на намалената плодовитост на по-възрастните жени, широко разпространените мерки за контрол на раждаемостта и пренаталния скрининг.

Бebetата със синдром на Даун са умствено изостанали, често с вродени заболявания на сърцето и стомашно-чревни нарушения. Понастоящем такива пациенти живеят около 30 години, а половината от тях и до около 50 години. Изчислено е, че институционалните грижи за такъв пациент за времето на целия му живот струват около 300 000 долара. Напоследък се забелязва тенденция към отглеждането на подобни пациенти в обществото. В последните години се набляга на обучението на деца със синдром на Даун. Чрез обучението им на професионални умения, много от тях могат да живеят независимо или в групи в обществото, а не в специализирани институции. Тези, които са интегрирани в обществото, често живеят по-дълго и имат по-добро качество на живота в сравнение с тези, които се отглеждат в институции.

Кистозна фиброза. Кистозната фиброза (КФ) е най-често срещаното генетично увреждане с летален изход сред бялото население в САЩ, появяващо се в 1 на 3 500 новородени северно-американци със северно-европейски произход, в 1:14 000 новородени чернокожи и 1:11 500 новородени с испански произход. Това заболяване е рецесивно генетично нарушение. Генът присъства в 5 % от бялото население и в 2 % от чернокожото население в САЩ. Дефектът в хомозиготите причинява производство на аномално плътна слюз в белите дробове, червата и други жлези.

Клиничните нарушения се изразяват в хронична обструктивна болест на белите дробове, повтарящи се инфекции и разрушаване на белодробната тъкан. Това води до чести хоспитализации и смърт, даже и при полагане на възможно най-добри грижи. Преживяемостта се е увеличила драстично от 20 години през 1970 г. на 30 години през

1994 г. Пренаталният скрининг може да включва изследване на хорионните вѐси или амниоцентеза. Скринингът на бременност с предишно раждане на дете с кистозна фиброза може да предотврати раждането на второ дете с такова сериозно увреждане. За съжаление този скрининг все още не се прилага масово. Ранното диагностициране и обучението на родителите може значително да подобри продължителността и качеството на живота на засегнатия индивид. Лечението е комплексно и скъпо, включващо мултидисциплинарен подход. Очаква се, че управлението на подобни случаи ще се подобри с бъдещото развитие на техниките на генната терапия.

Сърповидно-клетъчна анемия. Сърповидно-клетъчната анемия е аминокиселинно увреждане на червените кръвни клетки, което засяга 1 на всеки 400 от чернокожите новородени в САЩ и се среща още по-често в Африка, където вероятно има протективен ефект спрямо маларийните паразити. Болестта се причинява от рецесивен ген, засягащ структурата на хемоглобина, обикновено с доброкачествено протичане при носителите, но се характеризира с епизодична болка, дължаща се на запушването на малките кръвоносни съдове в хомозиготно състояние. Клиничните симптоми се появяват през втората половина на първата година от живота. Пациентът развива умерено тежка анемия с увеличаваща се чувствителност към тежки бактериални инфекции (менингит, пневмония, сепсис) и намаляване на теглото. През 1972 г. в САЩ се препоръчва скрининг на новородените. На практика са били изследвани 57 % от чернокожите деца в 20 щата. Целта на САЩ е до 2000 г. да бъдат изследвани 95 % от децата. Идентифицирането на случаите и носителите е важно за да се осигурят подходящи грижи за засегнатите, за профилактично прилагане на лечение с пеницилин, който намалява инфекциите и за да се осигури ваксиниране против грип и пневмококови инфекции. Препоръчва се и генетична консултация за носителите, които трябва да бъдат предупредени за евентуалните рискове.

Таласемия. Бета таласемията е рецесивно генетично увреждане на структурата на хемоглобина. Бета таласемия минор протича обикновено без клинична значимост. Бета таласемия майор или хомозиготното състояние, се характеризира с хемолитична анемия (т.е. ранно разпадане на червените кръвни телца). Бета таласемия майор, също известна като анемия на Кулей или средиземноморска анемия, е широко разпространена в Средния Изток, Южна Европа, Южна Индия и Югоизточна Азия. Тя е фатална за засегнатите, но със съвременните стандарти на лечение, включващи кръвопреливане и хелатни съединения (т.е. вещества, които се свързват с желязото за по-лесното му изхвърляне), които намаляват желязото и хемохроматозата, пациентите могат да преживеят до около 30 години.

Според данни на СЗО, през 1995 г. са починали 240 000 души, 290 000 са новите случаи и са регистрирани общо 2.32 милиона случаи на таласемия и сърповидно-клетъчна анемия. Нарушенията в хемоглобина са често срещано заболяване, първоначално регистрирано в средиземноморските области, разпространяващо се към Югоизточна Азия (таласемия) и Средна и Южна Африка (сърповидно-клетъчна анемия). Поради миграцията, тези болести понастоящем са разпространени по целия свят, като рисковото население в САЩ е 10 %.

Профилактиката на таласемията е пример за успех на генетиката в общественото здравеопазване. В резултат на профилактичните мерки по отношение на това заболяване, започнали през 70-те год. на XX-ти век, драстично са намалели броят на засегна-

тите и новите случаи на таласемия майор в Сардиния, Кипър, Гърция, Великобритания, Канада и други страни, където това заболяване е ендемично сред населението със средиземноморски произход. Предбрачните изследвания, здравната просвета в училищата и достъпът до пренатален скрининг са част от програмата за намаляване на новите случаи на тази болест. СЗО признава значимостта на това заболяване и препоръчва приемането на доказали успеха си превантивни подходи от засегнатите страни.

ПАНЕЛ 6.3

УНИЩОЖАВАНЕ НА ТАЛАСЕМИЯ МАЙОР В КИПЪР И САРДИНИЯ

В бившите ендемични области е постигнато виртуално унищожаване на таласемия майор. В Кипър, 14 % от населението са били носители на бета таласемия и 1 % от населението на Кипър (1 на 158 раждания) са развивали болестта. Благодарение на интервенционна програма, започнала през 70-те год. на XX-ти век, понастоящем случаите на бета таласемия майор в Кипър и други средиземноморски области като Сардиния и Гърция са само единични. Това е постигнато с дългосрочна програма, състояща се от обществено обучение, скрининг за носители и консултации. Браковете между носители са намалени чрез обществените просветни програми, а в случай на такива бракове, се провежда внимателен скрининг на всички бременности и се прибягва до прекратяването им в случай на неблагоприятни резултати от скрининга. Това намалява броя на новородените с таласемия. Успехът на Кипър представлява модел на контрола на генетичните увреждания чрез комбинация от здравна просвета, скрининг и усилията на обществото.

Източник: Angastiniotis et.al. 1986. How thalassemis was controlled in Cyprus. World Health Forum, 7:291-297.

Скринингът за вродени анемии трябва да се извърши при раждането и преди детето да постъпи в училище, тъй като клиничните симптоми понякога се проявяват няколко години след раждането. Носителите на увредени гени трябва в подходяща за тях възраст да се запознаят и да разберат ограниченията, които това им състояние налага. При всяка бременност, когато и двамата родители са носители, трябва да се извърши изследване на хорионните вѐси и амниоцентеза с цел да се разбере дали плодът е засегнат. Понастоящем, ако плодът е засегнат от таласемия майор, се препоръчва прекъсване на бременността. При лечението на новите случаи вече успешно се прилага трансплантация на костен мозък. Успехът на първичната профилактика в намаляването на новите случаи от таласемия може да се използва като модел, който да се прилага и при увреждания, засягащи други групи от населението, като например тези със сърповидно-клетъчна анемия.

Фенилкетонурия. Фенилкетонурията (ФКУ) е вродено нарушение на метаболизма, предавано чрез рецесивен ген. Тя се среща средно при 1 на 12 000 раждания в Северна Америка, като варира от 1 на 5 000 при децата от шотландско-ирландски произход и 1 на 300 000 при чернокожите. Представлява мутация на ДНК, която предизвиква неадекватно произвеждане на ензим, необходим за метаболизма на аминокис-

селината фенилаланин. Липсата на този ензим в новороденото води до натрупването на фенилаланин в кръвта, в следствие на което се получават сериозни неврологични увреждания и умствено изоставане. Ако се открие навреме, ФКУ може да се овладее със специална нискофенилаланинова диета и да се избегне сериозното умствено изоставане.

В развитите страни се извършва скрининг на всички новородени. По този начин се намалява броят на случаите, нуждаещи се от продължително лечение в специализирани институции. Там, където подобен скрининг не се извършва, бременните жени с предишни деца с ФКУ трябва да се изследват по време на бременността, а новородените да се изследват още при раждането им.

Вроден хипотиреоидизъм. Вроденият хипотиреоидизъм (ВХ) е относително често срещано увреждане (1 на 3 500-4 000 живородени в кавказкото население), което при различни групи от населението може да достигне 1-20 на 10 000 живородени, в зависимост от генетичното съдържание и степента на кръвно родство. Това генетично увреждане предизвиква недостатъчно развитие на щитовидната жлеза и може да се сбърка с уврежданията, причинени от недостиг на йод в области, където има по-малко йод във водата и в почвата. Терапията с тиреоидни заместители, в случаите на ВХ, предпазва от тежко интелектуално изоставане, до което се стига без такова лечение. Скрининг, извършен до 48 часа след раждането, открива случаите за дългосрочно проследяване и управление.

Алкохолен синдром на плода. Алкохолен синдром на плода се причинява от токсичното въздействие на алкохол върху плода през плацентата. Консумирането на алкохол преди и по време на бременност увеличава риска от поведенчески и вродени увреждания. Консумирането на алкохол от майката, особено в големи количества (т.е. повече от пет питиета наведнъж), може да причини забавяне на развитието на плода и аномалии на централната нервна система. Алкохолният синдром на плода е предотвратим, тъй като се появява само ако майката пие алкохол по време на бременността.

Болест на Тей-Сакс (ранен детски амавротичен идиотизъм). Болестта на Тей-Сакс е вродено нарушаване на метаболизма, свързано с прогресивна умствена деградация и загуба на зрението 4 - 8 месеца след раждането и смърт след 3 - 4 години. Среща се при 1 на 2 500 раждания между евреите с източно-европейски произход. Болестта на Тей-Сакс може да се избегне чрез скрининг на тези високо рискови групи преди женитба, по време на брака или в ранните месеци на бременност. Пренатален скрининг чрез амниоцентеза или изследване на хорионните вѐси ще потвърди дали плодът е засегнат. В такъв случай се препоръчва прекъсване на бременността. Подобни скринингови програми намаляват появата на нови случаи.

G6PD. Глюкозо-6-фосфат дехидрогеназна недостатъчност е генетично увреждане, характерно за средиземноморското население, включително евреите от северо-африкански и средно-източен произход (сефардски евреи), гърците, населението от Южна Италия, Югоизточна Азия и Южен Китай. Характеризира се с епизоди на хемолитична анемия, дължаща се на различни агенти: инфекция, реакция към определени храни (например бакла) или реакция на оксидантни лекарства, като сулфонамиди, антипиретици и антималярийни лекарства. Степента на хемолиза зависи от агента и степента на недостига на ензима. Идентифицирането на състоянието помага на

пациента да избягва агентите, причиняващи хемолиза и да започне правилно лечение на кризите.

Наследствена средиземноморска треска. Наследствената средиземноморска треска е рецесивно наследствено състояние, което се среща между араби, арменци и сефардски евреи. Проявява се като периодична треска с болки в гръдния кош, корема и ставите. Контролът е чрез генетичните консултации.

КЪРМАЧЕСКО И ДЕТСКО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Отдавна общественото здравеопазване играе водеща роля в подобряването на здравето на децата, като осигурява грижи и регулиране на мероприятия за предпазване от болести, осигурява ранни и адекватни грижи за болните и промоция на здравето. Педиатрията се развива като клинична специалност под ръководството на *Abraham Jacobi*, който отваря първата педиатрична клиника в Ню Йорк през 1860 г. по германски модел. Първата детска болница в САЩ е отворена през 1865 г. във Филаделфия и продължава да работи и до днес.

През 1879 г. Американската медицинска асоциация, признавайки, че жените и децата имат здравни потребности, различни от тези на общото население, създава сектор, който да се занимава с тези потребности, а през 1888 г. е създадено Американското педиатрично дружество. Педиатрията възниква като отделна специалност от общата медицина и е насочена към лечението на детски болести и вродени увреждания, профилактика на инфекциозни болести и хранене на децата. Добри детски грижи се въвеждат за пръв път в САЩ на базата на млечни станции (подобни на френските "*Gouttes de Lait*") в бедните емигрантски квартали в Ню Йорк. По-късно се развиват сестринските служби по обществено здравеопазване и домашните посещения.

Първият учебник по педиатрия е написан през 1869 г. от *J. L. Smith*, професор по детски болести в Медицинския колеж на болницата Белвю в Ню Йорк. След това, през 1896 г. е издадена и книгата на *Holt* "Болести на кърмачетата и децата". Понастоящем върви деветнадесетото издание на тази книга и сегашната ѝ версия е известна като Педиатрията на Рудолф. През 1913 г. Федералното американско правителство създава Детско бюро, което да събира данни за майчината и детска смъртност. По-късно то става Бюро по майчино и детско здраве, което в последствие получава федералното право да отпуска помощи/субсидии на различните щати за майчино и детско здравеопазване. Американската педиатрична академия (*AAP*) заедно с Американския колеж по акушерство и гинекология играят водеща роля в подобряване стандартите на детското здраве, разработване на клинични насоки и промоция на професионални стандарти, в широк кръг въпроси на детското здравеопазване от кърменето до скрининг за кистозна фиброза.

В по-широкия контекст на здравето в международен мащаб, майчиното и детско здравеопазване са между основните приоритети, специално фокусирани към първичната здравна помощ. Първичната здравна помощ, на която се обръща специално внимание след конференцията в Алма-Ата, поставя ударението на детските имунизации, контрол на диарията, кърменето и храненето и предпазването от пороци на развитието. СЗО, УНИЦЕФ и много неправителствени организации са помагали за развитието на общественото здравеопазване в развиващите се страни. Това връщане към основите на

здравеопазването е полезно и за индустриалния свят, тъй като през 70-те и 80-те год. на XX-ти век цените на здравните грижи започват да се повишават. В САЩ общественото здравеопазване трябва допълнително да се съобразява с липсата на здравно осигуряване за значителна част от населението. Дори и в края на двадесети век, федералните здравни инициативи са насочени към осигуряването на здравни грижи за около 15 % от населението, което няма здравна осигуровка, от общо 75 милиона детско население в САЩ.

ВЪТРЕУТРОБНА И КЪРМАЧЕСКА СМЪРТНОСТ

СЗО и Американският национален статистически център дефинират раждането на живо дете като пълно изтласкване или изваждане от майката на продукт на зачеване, независимо от продължителността на бременността, който след отделянето диша или показва други признаци на живот, като сърдечен ритъм, пулсиране на пъпната връв или изразено съкращение на волеви мускули, независимо дали пъпната връв е отрязана или плацентата е прикрепена. Всеки продукт на такова раждане се счита за живороден. Раждането може да се опише като спонтанно вагинално, форцепс, екстракция с вакуум, цезарово сечение или вагинално раждане след предишно цезарово.

Смърт на зародиша или мъртво раждане е смърт преди да е завършило пълното изтласкване или изваждане от майката на продукта на зачеване, независимо от продължителността на бременността. Смъртта се определя от факта, че след такова отделяне, плодът не диша или не показва други признаци на живот, като сърдечна дейност, пулсиране на пъпната връв или изразено съкращение на волеви мускули. За статистически цели са показани таблици за вътреутробна смъртност с посочена или предполагаема бременност (гестация) от 20 или повече седмици и 28 и повече седмици; последната е известна като късна вътреутробна смъртност. Други коефициенти на кърмаческа смъртност са дадени в Панел 6.4.

Обикновено коефициентът на кърмаческа смъртност (*IMR*) се приема като индикатор на здравния статус на населението за вътрешно регионално и международно сравняване, тъй като той представя кумулативния ефект от много социоекономически фактори, фактори на околната среда и фактори на здравеопазването. Индустриалните страни имат *IMR* под 9 на 1 000 живородени, а много от тях 5 и даже 4 на 1 000 (табл. 6.7). В тези страни повечето смъртни случаи при кърмачетата са в резултат на вродени аномалии и перинатални състояния, свързани с преждевременното раждане и неонаталния период, които се проявяват по време на първата седмица след раждането (ранна неонатална смъртност).

По-голямата част от детската смъртност в развиващите се страни се дължи на остри респираторни инфекции, стомашно-чревни заболявания и преждевременно раждане (нискотегловни новородени), като морбили и тетанус са основните причини за детска смъртност. По принцип развиващите се страни имат коефициент на детска смъртност над 30 на 1 000, като делът на неонаталната и постнеонаталната смъртност е много висок. Превантивните здравни мерки като имунизации, кърмене, приемане на добавки към основните храни, добро управление на остри респираторни инфекции и използването на рехидратиращи средства за случаите на стомашно-чревни заболявания са ефективни преди всичко през постнеонаталния период. Коефициентите на неонатална смъртност могат да се намалят, като се намали броят на нискотегловните новородени чрез осигуряването на добро хранене и пренатални грижи на майката, мини-

мизирането на уврежданията при раждане и осигуряването на добри грижи непосредствено след раждането. Всичко това представлява пакет услуги необходими за оцеляването на детето, едно от основните постижения на общественото здравеопазване.

ПАНЕЛ 6.4

КОЕФИЦИЕНТИ НА ДЕТСКА СМЪРТНОСТ

1. Коефициент на мъртвородени = $\frac{\text{брой мъртвородени}}{\text{Общ брой живородени + мъртвородени (за година)}} \times 1000$
2. Коефициент на перинатална смъртност = $\frac{\text{Брой мъртвородени + Брой починали през първата седмица след раждането}}{\text{Общ брой живородени (за година)}} \times 1000$
3. Коефициент на ранна неонатална смъртност = $\frac{\text{Брой на умрелите през първата седмица след раждането}}{\text{Общ брой живородени (за година)}} \times 1000$
4. Коефициент на късна неонатална смъртност = $\frac{\text{Брой на умрелите между 7 и 28 ден след раждането}}{\text{Общ брой живородени (за година)}} \times 1000$
5. Коефициент на неонатална смъртност = $\frac{\text{Брой на умрелите през първите 28 дни след раждането}}{\text{Общ брой живородени (за година)}} \times 1000$
6. Коефициент на постнеонатална смъртност = $\frac{\text{Брой на умрелите между 28 и 364 ден след раждането}}{\text{Общ брой живородени (за година)}} \times 1000$
7. Коефициент на детска смъртност = $\frac{\text{Брой на умрелите до 364 ден след раждане}}{\text{Общ брой живородени (за година)}} \times 1000$

В САЩ се обръща специално внимание на програмите на общественото здравеопазване, които са насочени към осигуряването на грижи за хора без достъп до предплатени медицински грижи. Основна цел на федералните здравни власти е намаляването на коефициента на детска смъртност в страната чрез разширяването на достъпа до пренатални грижи и грижи за кърмачетата. Детската смъртност в САЩ е намаляла от 29,2 на 1 000 живородени деца през 1950 г. на 7,6 на 1 000 през 1995 г., т.е. със 79 %. Основната цел на здравеопазването в САЩ, поставена през 1979 г. е към 1990 г. детската смъртност, която тогава е била 15 на 1000 да се намали на не повече от 9 на 1 000 живородени. Тази цел е постигната. Трябва да се отбележи обаче, че разликата между коефициентите на детска смъртност при белите и чернокожите е огромна. Независимо, че детската смъртност е намаляла за всички етнически групи, коефициентът на детска смъртност при чернокожите деца е два пъти по-висок от този за белите. Това е отражение на социално-икономическите различия и по-малкия достъп на чернокожото население до медицински грижи (табл. 6.7).

Синдромът на внезапната детска смърт (*SIDS*) се появява в края на първата и началото на втората година от живота на детето. Във Великобритания той е причина за

45 % от постнеонаталната смъртност през 1990 г. Синдромът на внезапна детска смърт може да се дължи на редица причини. Един от рисковите фактори е тютюнопушене на майката по време на бременността. Този синдром се среща по-често в бедните домакинства и тези в неблагоприятно състояние.

ТАБЛИЦА 6.7

Коефициент на детска смъртност¹ по раса в САЩ и % на промяна за периода 1950-1995 г.

Група	1950	1960	1970	1980	1990	1995	% на промяна 1950-1995
Неонатална бели	19,4	17,2	13,8	7,5	4,8	4,1	-79
Неонатална чернокожи	27,8	27,8	22,8	14,6	11,6	9,6	-65
Постнеонатална бели	7,4	5,7	4,0	3,5	2,8	2,2	-70
Постнеонатална чернокожи	16,1	16,5	9,9	7,3	6,4	5,0	-69
Общо детска смъртност:	29,2	26,0	20,0	12,6	9,2	7,6	-74

Източник: Health, United States, 1998

¹ - Стойностите са за 1 000 живородени

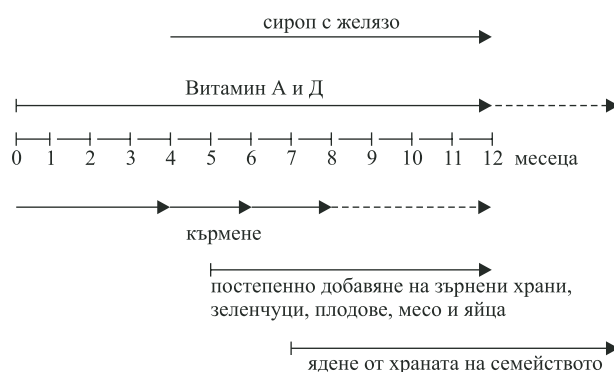
ГРИЖИ И ХРАНЕНЕ НА КЪРМАЧЕТО

Новороденото е зависимо от здравословното състояние на майката и подкрепата на семейството и медицинските специалисти. Физическата и емоционална топлина, чистотата и връзката с майката са важни за грижите и храненето (виж глава 8). Здравословното хранене в най-ранната детска възраст е жизнено важен въпрос на грижите за кърмачето, а така също и на първичната медицинска помощ. То е толкова важно за оцеляването на детето и неговото благополучие, колкото са важни контролът на инфекциозните болести и имунизациите. Ето защо, то заема важно място в обучението на майките и действията на здравните специалисти.

Поради идеалния състав на кърмата както по отношение на хранителните й качества, така и по отношение на имунологичната защита, която осигурява, кърменето трябва да започне веднага след раждането и да бъде основен източник на храна за детето през първите 4-6 месеца. В идеалния случай кърменето трябва да продължи една година (може и повече). След втората седмица от раждането, ежедневно трябва да се дават витамини А и D. Независимо дали кърмачето е на естествено или изкуствено хранене, тези витамини го предпазват от клинични и субклинични болестни състояния.

Профилактиката на желязодефицитната анемия (IDA) е важна, тъй като има огромно значение за развитието на детето между 6 и 24 месец, когато бързото нарастване на мозъка и психомоторното му развитие са най-силни. Желязо трябва да се дава на всички деца (от 4 до 12 месеца за родените с нормално тегло и от 2 месеца на нискотегловните бебета) под формата на желязо-подсилени, обогатени с желязо и/или богати на желязо храни. Ако детето не получава обогатени с желязо бебешки храни, то трябва ежедневно от 4-тия до 12-тия месец да приема 7-15 mg/ден железен сироп, за предпочитане с витамин С. Вторичната профилактика е чрез скрининг на всички кърмачета на възраст от 9 до 12 месеца, с цел да се провери дали нивото на хемоглобина им е в нормата и при нужда да се направят допълнителни изследвания.

ПАНЕЛ 6.6

ПРЕПОРЪЧИТЕЛНО ХРАНЕНЕ И ДОПЪЛНИТЕЛНИ ДОБАВКИ КЪМ ХРАНЕНЕТО НА КЪРМАЧЕТО

След прекратяване на кърменето, до навършване на 1 година, на детето трябва да се дават съставки/бебешки храни, обогатени с желязо. Пълномаслено краве мляко не трябва да се дава на детето до навършване на 1 година. Зърнените храни, обогатени с желязо и витамини, плодовете, зеленчуците и яйцата са много важни за правилното хранене на детето и за оптималното му развитие и растеж, а така също и за снабдяването му с достатъчно витамини и минерали. Към края на първата година детето трябва да яде от храната на семейството.

Физическата и емоционалната любов на майката, бащата и цялото семейство допринасят за сигурността и подкрепата, от която детето се нуждае за да се развива физически, интелектуално и емоционално. Стимулирането чрез игра и говорене с детето помагат за нормалното му развитие.

Имунизациите са разгледани в Глава 4, където е показан и график на имунизациите, използван понастоящем от американските педиатри. Независимо от различните графици за извършване на ваксинациите и различните мнения по този въпрос, изключително важно е те да се извършват по график и да се спазва здравната програма на детето, включваща както първите години на живота му, така и училищните години.

ПРЕДВАРИТЕЛНИ КОНСУЛТАЦИИ

Важен елемент от ролята на педиатъра, семейния лекар или друг здравен специалист е консултирането на родителите относно какво трябва да очакват през различните стадии от развитието на детето. Това включва предупреждения за трудностите, които могат да се очакват и как да се справят с тези трудности. Американската академия на педиатрите публикува подробни насочващи въпроси за практикуващите, занимаващи се с проблемите на децата от най-ранна кърмаческа възраст до юношеските години (виж <http://www.aap.org/>)

ДОКУМЕНТИ, ЗАПИСИ И МОНИТОРИНГ

Стандартизираните, лесно използваеми детски здравни записи (досиета, медицински картони) за първична помощ помагат за въвеждането на стандарти за детски грижи, особено за целите на профилактиката (табл. 6.8). Те помагат на винаги заетите лекари да следят, спазват и изпълняват професионалните стандарти. Във всяка здравна система, включително и в частната медицинска практика, трябва да се обръща внимание на проектирането на записите и обучението на персонала да ги използва.

ТАБЛИЦА 6.8

Елементи на детския здравен запис (кърмаческа, детска, предучилищна и училищна възраст)

I. Лични данни Майка: име, възраст, семейно положение, образование, занятие Баща: име, възраст, семейно положение, образование, занятие Адрес, телефон Номер на социалната осигуровка Домашни условия: родители, други	II. Бременност / раждане Бременност Място на раждане Дата на раждане Тегло при раждане Роден от Състояние при раждане и 1 и 5 минути след раждане: (по Apgar)	III. Рискови фактори Нискотегловен Предидшни грижи Поредност на раждане Семейно състояние: един родител Социално положение Домашни условия Семейна медицинска история Обща оценка на рисковете
IV. Растеж. Графика на растежа Тегло за възрастта Височина за възрастта Тегло за височината Обиколка на главата	V. Имунизации: доза, дата, реакция БЦЖ Хепатит В ДТК Полиомиелитна Морбили, заушка и рубеола Хемофилус инфлуенце В Варицела, рота-вирус	VI. Хранене, възраст на включване Кърмене: продължителност Бебешки храни Витамини А и D Желязо Добавяне на: твърди храни, зърнени храни, плодове, зеленчуци, яйца, месо
VII. Боледувал от: Стомашно-чревни заболявания (диария): възраст, продължителност Респираторни: възраст, продължителност Хоспитализации Хирургически операции Други	VIII. Развитие Слух Зрение Възприемчивост (реактивност) Разпознава семейството Хващане, усмивка, улавяне Обръщане Сядане, пълзене Говорене: думи, изречения Други основни действия	IX. Медицински прегледи Раждаме 6 седмици 3 месеца 6 месеца 12 месеца 24 месеца 36 месеца 48 месеца Предучилищна възраст Училищна възраст
X. Обобщение на рисковите фактори Социални Генетични Медицински Други	XI. Лабораторни изследвания РКУ Хипотиреоидизъм Хемоглобин Други	XII. Допълнителни бележки Документи за развитието, рутинни прегледи, болести и положени грижи

Добре конструираните детски здравни записи определят стандарт на грижите, очаквани от здравните специалисти. Те поддържат непрекъснатостта на грижите, когато контактът със здравната система е епизодичен или когато за детето се грижат различни специалисти. Те дават на изпълнителя на здравни грижи важни тенденции във времето, които могат да имат клинично или епидемиологично значение. Някои детски записи са проектирани да продължат до навършването на пълнолетие, а други само до училищна възраст, след което следва различен запис.

Медицинските записи (картони), съхранявани и предоставяни при нужда на майката, ѝ дават възможност да се запознае с всички необходими за грижите на детето данни, от времето на ранните му детски години до навършване на пълнолетие. Всичката информация може да се съхранява в папка, за предпочитане с пластмасова опаковка или покритие. Възможни са много модели, но тенденциите във времето (проследяването) и лесният формат улесняват използването им. Съхраняването на детските здравни карти от майката е важно за успешното им използване.

Физическото развитие по отношение на тегло и височина за възраст и индикаторите за психологическото развитие трябва да бъдат ясно документираны през ранната детска възраст, а така също и датите на прегледите за имунизация. Тенденциите на растежа са добри маркери на здравето. Кривите на растежа, препоръчвани от СЗО са разработени от Американския център за здравна статистика (*NCHS*) на базата на данни за здрави бели американски граждани от средната класа. Това осигурява оптимален или "златен стандарт", който може да се използва от всички останали страни, за разлика от местните стандарти, които могат да представляват по-ниско от оптималното здраве и развитие на детето. *NCHS* разработва ревизиран пакет от стандартни криви на растежа, които са на базата на по-широка извадка от населението. Най-важното е, че това ще бъде външен стандарт за сравняване на промените във времето на локално ниво.

Докато използването на международен или местен стандарт е спорно (разглежда се в глава 8), съществува пълно единомислие за необходимостта от проследяване на растежа и навременна интервенция в случаите, когато дете или група деца показват признаци на грешка в растежа или "неспособност за растеж". Нарушението на растежа може да се дължи не само на недохранване, но така също и да бъде в резултат на заболявания, които биха били още по-тежки, ако се прави компромис с храненето, като например връзката между високата смъртност от морбили и други инфекции при недостиг на витамин А. Неспособността на детето да расте е спешно медицинско състояние, което изисква пълна и своевременна оценка и интервенции.

ПРЕДУЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ (ОТ 1 ДО 5 ГОДИНИ)

Характерно за децата в предучилищна възраст е бързото израстване и развитие. Американската академия по педиатрия препоръчва пълен медицински преглед на 12, 15 и 18 месеца, а след това през 2, 3, 4 и 5-та година (Комитет за психо-социални аспекти на детското и семейно здраве, 1985-1988 г., Американска академия по педиатрия, 1988 г.). Прегледът включва оценка на статуса на развитието, физически преглед, а така също оценка на родителските грижи и умения. Трябва да се провери слухът, зрението и да се извърши общ медицински преглед. Прегледът включва оценка на поведението, базираща се на интервю и наблюдение. Лекарят трябва да използва посещенията за да направи оценка и на родителските грижи и да получи информация за здравните

потребности на детето. В случай на откриване на аномалии във физическото или цялостното развитие на детето, трябва да се даде направление за институция, където да се извърши клинична или обща оценка на развитието му. В периода между 18-я месец и 5 годишна възраст трябва поне веднъж да се изследват хемоглобин (или хематокрит) и урина.

Консултации относно общите детски проблеми (напр. нощен плач), въпросите на сигурността и стимулирането на детето трябва да се дават на родителя при всяко от посещенията. Опасностите от инциденти са сериозен проблем за тази възраст. Предпазването от инцидентно падане, отравяне, задавяне с храна, бъркане в електрически контакт, изгаряне и опарване изисква вземането на подходящи мерки за безопасност в дома. Родителите трябва да се научат как да обясняват на децата си да избягват опасностите, но същевременно трябва да вземат и всички мерки, за да направят дома си безопасен (заклучалки на шкафове и врати, водещи към стълби, капачки на контактите, безопасно съхраняване на химически и вредни за здравето вещества, премахване на отровни стайни растения). Следи от малтретиране или занемаряване на деца, особено наранявания без адекватно обяснение, трябва да се докладват на полицията или социалните служби. Оценката и консултациите относно проблемите на апетита, личния тоалет, страха да остане само, настоятелното или твърдоглаво поведение, връзката с родителите и другите братя и сестри, храненето и психомоторното развитие са част от добрите грижи за детето.

Физическото и емоционалното благополучие на детето до училищна възраст е ключова детерминанта за неговото здраве и възможности в по-нататъшния му живот. Изключително важни за този период са: завършването на имунизациите, адекватното хранене, допълнено с основни витамини и минерали и правилното и навременно лечение на повтарящи се инфекции. Топлината и отзивчивостта, включително говорене, обучаване и четене на детето с цел да се привлича интереса му към книги, картинки и музика са част от необходимите стимулации и игри. Даже и най-нежните и внимателни родители се нуждаят от съвет и помощ от здравните специалисти по въпросите на оптималното развитие на тяхното дете.

Обществото и националните институции играят съществена роля в промоцията на сигурността и здравето на малките деца. Задължителните мерки за сигурност могат да спасят живота на много деца и да намалят детската заболеваемост. Те включват такива фактори като: използване на детско столче за кола, програми за използване на защитени капачки на флаконите за лекарства или други отровни материали, нормативи за детските облекла, забраняващи използването на лесно запалителни материали, стандарти за безопасност на детските играчки, надзор над детските ясли и градини и подходяща квалификация на учителите.

Насилието и малтретирането на деца все повече се признава като опасно за всички възрасти деца и всички социално-икономически групи. Предпазните мерки включват обществено осъзнаване на проблема чрез подходящо обучение и понастоящем задължително докладване от страна на учителите, социалните работници и лекарите на всички признаци на насилие. Все по-често се налагат наказания, включително затвор и задължително лечение, на малтретиращи родители или настойници, но за съжаление скритият физически, умствен и сексуален тормоз е все още по-често срещано явление. Освен сигурността на дома, училището и площадката за игра се включват и редица обществени дейности - от задължителното използване на каски при каране на велосипеди и други спортове, правилното използване на седалките за деца и коланите

в моторните превозни средства - до мерки, намаляващи достъпа на деца до огнестрелно оръжие.

В повечето индустриални общества по-голяма част от жените работят извън домовете си, така че грижите за детето включват предучилищни центрове, в които факторите на здравето могат да бъдат както позитивни, така и негативни. Възможността за разпространяването на инфекциозни болести между децата в детски център е голяма, а често се срещат и хранителни отравяния. В САЩ децата в лицензираните дневни центрове имат 3-4 пъти повече стомашно чревни заболявания, отколкото децата, които не се отглеждат в такива центрове. Едно финландско проучване (1984-1989 г.) показва, че между 41 и 85 % от простудните заболявания, възпаленията на средното ухо и пневмонията при 1-годишни деца се дължат на посещенията на децата в дневни детски центрове. От друга страна, децата, посещаващи добре уредени дневни центрове, имат полза от общуването с учителите и другите деца, като развиват социални умения и получават пълноценна храна и професионално внимание и грижи. Предучилищните дневни центрове трябва да осигуряват обучение по лична хигиена, хранене и здравни услуги, включително имунизации и оценка на здравния статус и статуса на развитие на децата. Подобни услуги могат да помогнат на родителите в оценката и решаването на емоционалните и здравните потребности на техните деца.

Стойността на предучилищното обучение, особено за деца в социо-икономически онеправдано състояние, е демонстрирана от продължително проучване на деца, които са били в американската програма *Headstart* т.н. "Война на бедността" през 60-те год. на XX-ти век. Оказва се, че децата в неравностойно положение, участващи в тази програма се справят по-добре в училище и са с по-малък шанс да имат криминални досиета или да разчитат на социални помощи, отколкото тези, които не са участвали в програмата. На практика това означава по-ниски разходи за специално обучение и обществена помощ.

Предучилищният преглед и скрининг за проблеми на развитието, наследствени и поведенчески проблеми може да помогне на родителите и учителите. Съществуват и се използват много и различни скрининг тестове, но може да се спори за тяхната валидност и предсказваща стойност. Те могат да бъдат специфични за различните култури и използването им във всички общества може да става само след допълнително адаптиране. Подкрепата, стимулирането и ръководството могат да бъдат специфични за културата, но са необходими на подрастващото дете.

ЗДРАВЕ НА УЧЕНИЦИТЕ И ЮНОШИТЕ

Опасностите, с които се сблъскват децата в училище включват много аспекти на общественото здравеопазване. Основната цел на общественото здравеопазване по отношение на тази част от младото население е обучение на младежите в умение да живеят здравословно през целия си живот и да избягват рисково поведение. Усилията на общественото здравеопазване да намали броя на преждевременно умрелите юноши (табл. 6.9) трябва да се съвместят с тези на просветните, социалните и полицейските власти. В посланията към тези рискови групи трябва да се включват известни личности от спорта и съвременната популярна музика, които могат да окажат положително въздействие върху настройката и прехода на юношите към съзряване. Разработването на образователни подходи за високо-рисковите юноши трябва да се извършва на базата на научни изследвания.

Училищната здравна програма трябва да осигурява безопасна и здравословна околна среда за децата, включително добри санитарно-хигиенни условия, защита срещу насилие, контрол на температурата и физически средства за обучение и отдих. За своето здравословно развитие децата в училищна възраст имат нужда от физическа активност и тя трябва да бъде важна част от цялостната училищна здравно-образователна програма. Службите за училищно хранене допринасят за правилното хранене, обучение и поведение на децата и юношите.

ТАБЛИЦА 6.9

Коефициенти на обща смъртност на деца и младежи¹, САЩ и % на промяна за периода 1950-1996 г.

Възрастова група	1950	1960	1970	1980	1990	1996	% на промяна 1950-1996
1-4	139	109	85	64	47	38	-73
5-14	60	47	41	31	24	22	-63
15-24	128	106	128	115	99	90	-30

Източник: Health, United States, 1998

¹ - Стойностите са за 100 000 души население във всяка възрастова група (закръглени)

Мониторингът на здравето включва осигуряването на пълния пакет имунизации при влизане в училище и поддържането на адекватността им чрез подходящи допълнителни дози в началното и основното училище, в гимназията и по време на следгимназиалното обучение. Проследяването на ръст, зрение, слух, изкривявания на гръбначния стълб и кожно Манту за туберкулоза са сред елементите на училищните здравни програми.

Възможностите за здравна просвета в училищата трябва да се използват от системата на общественото здравеопазване. Тя трябва да окуражава училищните власти да включат в редовния план на обучението и дисциплина, занимаваща се с въпросите на здравето и да подготви учителите как и какво да преподават по тази дисциплина. В началното училище това могат да бъдат въпросите на безопасността и сигурността (пожар и движение по пътищата), здраве на устата (флуор, измиване на зъбите с четка за зъби, използване на конец за почистване на зъбите), навици за здравословно хранене, хигиена, функциониране на тялото и здравословен начин на живот (сън и физически упражнения). Темите за непрекъснато обучение на учителите включват оценка за насилието над деца, тенденции за самоубийство и насилие, статус на храненето и злоупотреба с вещества. Предпазването от насилие е основна тема в образователните системи на началното и основното училище.

Здравните програми в гимназиалния курс включват въпроси на личното поведение, включително лични и семейни комуникации, сексуални връзки, правото на отказ (от употреба на алкохол и наркотици до сексуална връзка), родителски отговорности, контрол на раждаемостта, предпазване от венерически болести и СПИН. Предпазването от инциденти е също жизнено важно за тази група от населението, включително сигурността при спортуване, използването на моторни превозни средства, работата и сигурността като навик в живота.

Деца в предюношеска и юношеска възраст са предмет на социален натиск, който предполага ранна сексуална активност, тютюнопушене, злоупотреба с вещества, нарушаване на режима на хранене, инциденти, самоубийства и насилие. Училището е важна част от техния живот и има възможност да играе социална и образователна роля за формирането на мислене и навици, които могат да останат до края на живота им. Активисткият подход към промоцията на училищното здравеопазване трябва да бъде интегриран в училищната програма. Училищните здравни дружества на ученици, учители и родители могат да се използват за промоция на осведомеността и разработване на здравни програми с участието на обществото.

ПАНЕЛ 6.7

СЪДЪРЖАНИЕ НА УЧИЛИЩНА ЗДРАВНА ПРОГРАМА

1. Здравословна, чиста и безопасна училищна околна среда.
2. Здравето като тема в училищната учебна програма.
3. Спешна или неотложна здравна помощ в училището.
4. Физически упражнения/фитнес.
5. Обучение за деца-инвалиди по редовната училищна програма.
6. Обучение и надзор на учителския състав за здравното съдържание на учебната програма.
7. Обучение за правилно хранене и предпазване от хранителни отравяния и откриване на такива случаи.
8. Програми за училищен обяд и закуски.
9. Семеен живот и обучение за секс, родителски грижи, контрол на раждаемостта.
10. Предпазване от болести, предавани по полов път, СПИН и обучение.
11. Предпазване от насилие и сексуален тормоз и докладване на такива случаи.
12. Ориентация към безопасност и предпазване от огън, травми като пешеходци, водачи на лека кола, мотоциклет, велосипед или пътници, инциденти в дома, плуване и предпазване от удавяне.
13. Разбиране на опасностите от злоупотреба с вещества, включително тютюнопушене.
14. Лична хигиена и добър външен вид.
15. Физическо възпитание и фитнес.
16. Обучение по даване на първа помощ и сърдечно-белодробна реанимация.
17. Контрол на заразните болести.
18. Умствено и емоционално здраве, предпазване от самоубийство и насилие.
19. Познаване здравето на обществото.
20. Познаване на здравето в семейството (т.е. грижи за възрастните).
21. Познаване на околната среда и здравето.
22. Промоция на доброволен труд в здравната сфера.

Източник: Комитет за училищно здраве, Американска академия по педиатрия

<http://www.aap.org> и www.schoolhealth.org/cshcap.htm

<http://www.ashaweb.org/>

Част от регулярните задължения на училището е да идентифицира специалните потребности на учениците с физически или умствени увреждания. Учителският състав трябва да бъде обучен и да се създадат технически условия, които да позволяват на децата със специални проблеми да посещават училището, да се разпознава физическото и социално лошото здраве в различните области - от храненето до насилието над деца.

В повечето страни здравето на децата в училищна възраст, юношите и младежите се е подобрило благодарение на подобряването на санитарно-хигиенните условия, ваксинирането и правилното хранене. Като цяло, коефициентът на смъртност за тези възрастови групи е намалял, като това намаление е най-характерно за децата в предучилищна възраст и основното училище (табл. 6.9). Здравето на юношите и младежите също се е подобрило, но проблемът за травмите в различните им форми остава твърде актуален и причинява загубата на млади хора.

Юношеството е труден и опасен период на преход от детство към съзряване. Юношата се чувства несигурен, като в същото време настоява за своята независимост и отговорност за собственото си благополучие. Това предизвиква бурен личен и семеен преход, с важни заплахи за физическото и умственото здраве. Насилието, инцидентите и самоубийството са сериозни причини за смърт в тази възрастова група, особено за момчетата. Сексуалната активност води до опасност от забременяване, заразяване с венерически болести и СПИН, особено ако е свързано и с употребата на наркотици. От всеки индивид от тази възрастова група се изисква развиването на индивидуална отговорност с подкрепата на семейството, образователната система и системата на общественото здравеопазване. В Таблица 6.10 е показано намаляването на смъртността на юношите и младежите (15-24 годишна възраст) в САЩ. Въпреки че коефициентът на смъртност намалява както за белите, така и за чернокожите индивиди от тази възрастова група, в края на 80-те год. на XX-ти век се забелязва рязко покачване на смъртността от самоубийства, особено сред чернокожите младежи. Провалът за постигане на американската национална здравна цел за коефициент на смъртност при младежите < 85 на 100 000 към 1990г. се дължи на насилието. Коефициентът на смъртност от катастрофи, убийства и самоубийства през 90-те год. на XX-ти век е намалял, но тези фактори все още са сериозен здравен проблем, свързан с рисковото поведение на момчетата - юноши и младежи (виж глава 5).

ТАБЛИЦА 6.10

Смъртност от самоубийства, убийства и катастрофи¹ при младежите между 15 и 24 годишна възраст в САЩ за периода 1980-1996 г.

Група	1950	1960	1970	1980	1985	1990	1993	1996
Бели младежи								
Катастрофи	58	63	75	74	57	53	44	42
Убийства	4	4	8	16	11	15	17	14
Самоубийства	7	9	14	21	22	23	23	21
Чернокожи младежи								
Катастрофи	42	46	58	35	32	36	34	35
Убийства	59	46	103	84	66	138	167	123
Самоубийства	5	4	11	12	13	15	20	17

¹ - Стойностите са на 100 000 души население. Убийствата включват "правна намеса"

Здравните цели на САЩ за 2000 г. включват намаляване на смъртността от убийства до 11 на 100 000 души във възрастовата група 15-24 години. Това трябва да стане чрез здравна промоция и просвета, но също така и чрез обществената политика и по-стриктните програми за неизползване на оръжия в училищата. Самоубийството е седмата водеща причина за смърт между младежите в Канада, а смъртността е почти равна на смъртността от катастрофи и е по-висока от смъртността от диабет. Младежите са в най-рисковата група за самоубийство в Северна Америка и Европа, като в някои страни като Унгария, Финландия и Швеция, стойностите са изключително високи.

Пушенето, алкохолът и наркотиците са между най-честите фактори за боледуване и ранна смърт в съвременните общества. Този личен начин на поведение или "фактори на начина на живот", които причиняват увреждане на личното здраве и ранна смърт, представляват огромен товар за обществото. Обикновено те започват в последните години на детството, юношеството или в ранните младежки години, като ефектът им върху здравето продължава и в по-късните години на живота. Според данните от периодичните проучвания на Центъра за контрол на заболяванията (1996 г.), рисковото поведение на младежите и девойките е важен аспект на проследяването на здравния статус на населението.

Пушене. Пушенето има сериозен дял за сърдечно-съдовите заболявания, рака на белия дроб и други болести. Докладът на американския главен специалист по обществено здравеопазване по въпросите на пушенето и здравето през 1964 г. подчертава акумулиращи доказателства за централната роля на пушенето в причиняването на хронични болести. Следващите доклади разглеждат последиците от пушенето и честотата на пушачите в различните групи от населението. Почти всички пушачи започват да пушат преди да навършат 18 години и повечето възрастни пушачи са пристрастени към никотина. През 1995 г. една шеста от учениците от 9 - 12 клас в САЩ са били редовни пушачи. Съществуват чисто лични психо-социални рискови фактори в пушенето. Резултатите от някои обществени проекти показват, че усилията на общественото здравеопазване могат успешно да намалят използването на тютюн от младежите. Проучване за проследяване на риска при младежите, проведено във всичките 50 щата на САЩ и област Колумбия през 1997 г. от Центъра за контрол на заболяванията показва, че над 70% от гимназистите остават доживотни пушачи, 36% са тези, които пушат в момента, а тези, които често пушат са 17%. Пушачите са се увеличили от 28% през 1991 г. на 43% през 1997 г. Над 42% от гимназистите са прибягвали до някаква форма на пушене 30 дни преди провеждане на проучването (Център за контрол на заболяванията, 1998 г.).

Злоупотреба с алкохол. Употребата на алкохол е част от човешката култура още от зората на първите цивилизации. Употребата на алкохол в големи количества причинява сериозни проблеми на здравето на индивида и на обществото. Ефектите от злоупотребата с алкохол могат да бъдат остри, хронични или в зависимост от индивида. Употребата на 5 или повече питиета за случай представлява заплаха за пиещия, приятелите му и обществото, тъй като обикновено се свързва с насилие, самоубийство и различни инциденти. Смъртността във всички случаи се повишава от алкохолизма. В САЩ, свързаните с алкохол смъртни случаи през 1988 г. са 5 % от всички умирания. Това означава загуба на 1,5 милиона години потенциален живот до 65 годишна възраст или общо 3 милиона години потенциален живот. Алкохолът засяга всички органи на

тялото и употребата на алкохол е съставен рисков фактор за голям брой заболявания, включително хипертония, мозъчен инсулт, исхемична болест на сърцето, рак на черния дроб, хранопровода, ларинкса, белите дробове, стомаха, дебелото черво и гърдата. Той увеличава репродуктивните увреждания, включително аменорея, ановулация, ранна менопауза и неблагоприятен изход от бременност с раждане на ниско-тегловно новородено или алкохолен синдром на новороденото. През 1997 г. 52,7 % от учениците от горните класове на гимназията са декларирали, че употребяват алкохол, като 31,3 % от тях са употребявали 5 или повече питиета последователно един или два пъти през последните 2 седмици.

Злоупотреба с наркотици. Злоупотребата с наркотици е изключително широко разпространена в индустриалните държави. Възмъжаването е период на експериментиране, интензивен социален натиск и високорисково поведение. Поради широко разпространения опит и наличието на незаконно притежавани наркотици, в САЩ смъртността от наркотици или други токсични вещества между младите хора се е увеличила от 3,8 на 100 000 през 1987 г. на 4,1 през 1989 г. Спешните случаи от свръхдоза кокаин в САЩ са се увеличили от 29 000 през 1985 г. на 80 000 през 1990 г. и 142 000 през 1995 г., от които 2000 са от възрастова група 6 - 17 години, 22 000 са от възрастова група 18 - 25 години (*Health, United States, 1998*). Юношите използват такива наркотици като лепило (или други инхалационни вещества), марихуана и "твърди наркотици", включително хероин и *crack*. През 1997 г., 23,7 % от американските ученици от горните класове на гимназията и 10,2 % от учениците в основното училище са използвали марихуана поне веднъж през последния месец. Според същото изследване, през последния месец на проучването учениците от горните класове на гимназията са използвали кокаин (2,3 %) и инхалационни вещества (2,5 %).

Пристрастяването към наркотици представлява принуда да се използва вещество и да се получи това вещество на всяка цена, като дозата за получаване на желания ефект непрекъснато трябва да се увеличава. Може да има физиологична и/или психологична зависимост от ефектите на веществото. Пристрастяването има пагубен ефект върху семейството и обществото, тъй като увеличава стреса, насилието и престъпността. Поведението на пристрастения към наркотици може да се класифицира като експериментално, развлекателно, обстоятелствено, интензивно и задължително. Експерименталната версия е най-често срещана и мотивирана от любопитство и желание да се опита ново усещане и настроение. Развлекателното използване е доброволно, но прието в социалните кръгове, където потребителят не е зависим от наркотици. Обстоятелственото използване може да бъде свързано с определени ситуации, като използване на амфетамини от учениците преди изпит или от шофьорите на камиони при дълги пътувания. Интензивното използване на наркотици е ежедневно, мотивирано от стрес и/или от желанието да се поддържа някакво ниво на поведение чрез използването на успокоителни, барбитурати или транквиланти. Индивидът остава интегриран към социалния и икономическия контекст. Задължителната употреба е с най-голяма честота с доминираща психологическа и/или физическа зависимост. Това са потребителите на твърди наркотици, чийто живот се контролира от зависимостта и финансовото осигуряване на навика. Това води до още по-сериозни здравни проблеми, предизвикани от предлагането на секс за наркотици, неизползване на презервативи, използване на едни и същи игли и спринцовки, лоша хигиена и лошо хранене. Предаването на хепатит, венерически болести и СПИН е често срещано явление. Арести, затвор, наранявания

или насилствена смърт са често срещани престъпления, свързани с приемането на наркотици.

Рисково сексуално поведение. Рисковете от сексуалността на юношите включват непланирана бременност и бащинство, венерически болести и неадекватна подготовка за зрелостта. Необходими са усилията на нацията за контрол на детската проституция, грижи за напусналите дома си, бездомните и уличните деца, които работят по магистралите и регулиране на стандартите за грижи за сираците и децата-инвалиди в специализираните институции. Тези проблеми са особено актуални в страните от Южна Америка и Югоизточна Азия. Епидемията от СПИН взема огромни жертви между юношите и младежите, които се прехранват чрез проституция, шофьорите на камиони, войниците и все повече между останалата част от населението.

Юношите се впускат в сексуални връзки, като 53 % от американските гимназисти са имали най-малко една сексуална връзка, 18 % са посочили повече от четири сексуални партньора, а 38 % са сексуално активни. От тях малко повече от половината използват презервативи, а 17 % използват хапчета против забременяване. Рискът от венерически болести и СПИН често е свързан с високо рисково сексуално поведение и злоупотреба с наркотици.

Диетите като рисково поведение. Според едно американско проучване от 1995 г., само 27 % от учениците са консумирали препоръчваната дневна дажба от плодове и зеленчуци 24 часа преди провеждане на проучването. Освен това, 28 % мислят, че са дебели, а 41 % в момента са били на диета. Повръщат и използват разхлабителни средства с цел намаляване на теглото 8 % от момичетата и 2 % от момчетата. Недостиг на различни вещества, особено желязодефицитна анемия, дължаща се на прилагането на диети, е често срещано явление, особено у подрастващите момичета, които се нуждаят от по-голямо количество желязо, за да компенсират загубата на менструална кръв.

Нарушенията на храненето са често срещана форма на рисково поведение, особено сред девойките, които искат да подражават на модерния тип женска фигура. Те влизат в изключително опасния цикъл на нервна анорексия или булимия, които могат да бъдат фатални или в най-добрия случай особено травматични за девойката и семейството ѝ. В САЩ подобни състояния засягат около 5 % от девойките в колежи, но за някои категории (атлетки, балерини, модели) това е състояние, свързано с професията. Чревоугодниците, за които пълнотата е начин на живот, също страдат от проблемите на тази уязвима възрастова група. Профилактиката включва просвета и ранно откриване на състоянието, подходящи консултации и групова терапия.

Физическа активност. Почти две трети от американските ученици са заети с активна физическа дейност през 3 или повече дни в седмицата, 60 % участват в часове по физическо възпитание, а половината са включени в спортни отбори на училището. Пълнотата сред децата и юношите се увеличава; за периода 1963 - 1965 г. процентът на момчетата с наднормено тегло между 6 и 8 годишна възраст се е увеличил с 15.4 %, през 1988-1994 г. почти същото нарастване на момчетата с наднормено тегло се наблюдава при момчетата от следващите възрастови групи 9-11, 12-14 и 15-17 години. Същото се отнася и за момичетата, с изключение на тези от възрастовата група 15-17 години, при които броят на индивидите с наднормено тегло е по-малък. Това се обяснява с увеличената пасивна активност: гледане на телевизия и по-малка активност в спонтанни или организирани спортни мероприятия.

Насилие и банди. Насилието сред юношите в развиващите се и индустриалните страни е нарастваща опасност за общественото здравеопазване. Отчуждаването на юношите, наличността на наркотици, оръжия и лошият пример за подражаване създават условия за образуването на банди и насилие или индивидуални изблици на насилие, които могат да доведат до организирани престрелки или тероризъм.

ЗДРАВЕ НА ВЪЗРАСТНИТЕ

Здравето на възрастните между 25 и 64 годишна възраст е важно за благополучието както на семейното здраве, така и на обществото. По-високата смъртност при мъжете от тази възрастова група създава социален дисбаланс с доминиране на жените в по-високата възрастова група. Преждевременната смърт или инвалидност на мъжете често води до загуба на основната част на доходите на семейството, а така също и до намаляване на производителността в обществото. Голяма част от загубата на мъже може да се избегне чрез съвременните знания и техники на клиничната медицина и общественото здравеопазване. В резултат на това, вече се наблюдава намаляване на специфичната за възрастта смъртност от болести на сърцето и инсулт. За да се намали риска и за да се подпомага здравето, възрастните мъже трябва да бъдат цел на обединените усилия както на профилактичните, така и на лечебните здравни грижи.

Рисковите фактори, които допринасят за боледуване и смърт могат да бъдат вътрешни и външни. Вътрешните фактори включват възраст, пол и генетика. Външните фактори включват индивидуален начин на живот и околна среда. За да се подобри здравето на възрастното население са необходими различни програми за първична и вторична профилактика, насочени към външните фактори, които могат да намалят личния риск и коефициента на смъртност от хронични заболявания и травми (виж глава 5). Програмите за намаляване на заболяемостта и смъртността от хронични заболявания включват следното:

1. Спиране на пушенето;
2. Здравословно хранене (т.е. малко мазнини, умерено количество въглехидрати, повече плодове, зеленчуци и влакна);
3. Добавки на витамини и минерали (т.е. калций, желязо, витамини А, В, С, D, Е и други);
4. Ежедневна физическа активност (т.е. 30 минути средно-интензивни физически упражнения 5 дни в седмицата);
5. Безопасност по пътищата (т.е. колани на седалките, каране с умерена скорост, неупотреба на алкохол по време на шофиране);
6. Безопасност на работното място (т.е. предпазни каски и обувки, профилактични проверки на работното място);
7. Намаляване на насилието (т.е. контрол на оръжията, програми за възстановяване активността на възрастните);
8. Медицински прегледи и скрининг (за диабет, глаукома, мамографии, тест на Пап);
9. Общ скрининг за и управление на хипертония;
10. Общ скрининг и скрининг на високо-рискови групи за и управление на рак;
11. Управление на хронични болести, като захарен диабет и глаукома;
12. Подпомагане на услугите за психично здраве и намаляване на социалния стрес;

13. Добро управление и профилактика на инфекциозните болести;
 14. Имунизации против тетанус на всички възрастни, ваксинации против грип и пневмококи за високорисковите групи (т.е. индивиди над 65 годишна възраст и тези с хронични заболявания);
 15. Социални и възстановителни дейности и помощни групи;
 16. Работа, икономически възможности и социално равенство;
- Здравната система има отговорността да съдейства за провеждането на програми за първична профилактика и скрининг, необходими за намаляване на тежестта от заболявания, които засягат възрастното население.

ЗДРАВЕ НА ЖЕНИТЕ

Здравето на жените е матрица от много фактори, свързани с плодовитостта, сексуалността и обществените условия, които засягат здравето. Традиционно, в годините между първата менструация и менопаузата, здравните нужди на жените са свързани до голяма степен с плодовитостта. С по-високото ниво на образование и участието на жените в трудовите и социални промени, здравето на жените все повече обхваща въпроси, извън тези на плодовитостта (табл. 6.11).

От 80-те год. на XX-ти век, общественият здравен сектор обръща по-голямо внимание на здравните нужди на жените. Жените са най-големият консуматор на здравни грижи, а така също и най-голямата група от изпълнители на здравни грижи. Жените живеят повече от мъжете, посещават лекари 25 % повече от мъжете, а влизат в болница 15 % по-често от мъжете. Ракът на белия дроб е заменил рака на гърдата като първа причина за рак при жените в много от индустриалните страни. Независимо от намаляващата смъртност, болестите на сърцето при жените са по-чести, отколкото се предполага. В същност, стереотипи, които приемат, че жените страдат по-рядко от сърдечно-съдови заболявания отколкото мъжете, могат да доведат до подценяване на сериозността на този проблем.

Животът на жените между първата менструация и менопаузата включва психосоциалните и физиологични функции на плодовитостта. Първата менструация, предменструалният синдром и менопаузата са свързани с физически и психологичен стрес с клинично значение, а така също и със значение за общественото здравеопазване. Когато образованието и разбирането за физиологичните нужди на жените се приемат от семейството, колегите и обществото като цяло, съществува по-голяма вероятност за по-подходящо отношение към засегнатите жени. Други въпроси на здравето на жените, които имат значение за общественото здравеопазване включват желязо-дефицитна анемия, нарушения на храненето, изхранване (виж глава 8).

Здравето на жените е свързано както с биологични, така и със социални фактори. Жените след менопауза са податливи на болести, от които преди това са били предпазвани от хормоните, като например сърдечно-съдови болести, остеопороза с придружаващите я фрактури. По-високата честота на психични нарушения сред жените, по-специално - безпокойство, страх, депресия, нарушения на храненето, се обуславят от външния вид, разнообразния икономически и обществен натиск върху жените. Следродилната депресия и депресията от менопаузата, натоварването от грижи за децата и службата, както и дългите периоди на самота в резултат на разпадане на семейството и овдовяване допринасят за честите психични нарушения при жените. Тъй като все повече жени работят, службата и кариерата им са основен източник на финансови сред-

ства, самоуважение, но така също и стрес. Загубата на работа може да има негативни ефекти върху здравето както по финансови, така и по психологични причини.

ТАБЛИЦА 6.11

Рискове на женското здраве и профилактика по възрастови групи

Възраст	Основни рискови фактори на здравето	Скрининг/профилактика
18-34	Хранене, желязо-дефицитна анемия, недостиг на калций и микроелементи Нарушения на храненето, оформяне на фигурата Женитба и брачен живот Бременност и грижи за дете Самотен родител Физическа форма Независимост, самоопределеност Сексуалност и контрол на раждаемостта Венерически болести и СПИН Сигурност, нежелани сексуални контакти, изнасилване Защита от домашно насилие, физическо и психическо Физиологична нужда от менструален цикъл, предменструален синдром Пушене, употреба на алкохол и наркотици Нищета и икономически статус	Консултации по храненето и приемане на допълнителни вещества Обучение, подкрепа от семейството и обществото Обучение за контрол на раждаемостта Обучение за безопасен секс Пренатални грижи и оценка на рисковете Успешно (безопасно) раждане Правилно хранене, упражнения, контрол на теглото Самозащита Спиране на пушенето Предбрачни консултации Физическа активност Повишаване на квалификацията, академична работа Помощни групи Домове за малтретирани, изнасилени жени Полицейски, социални служби и въздействие на учителите
35-44	Късна бременност Проблеми с отглеждане на дете Стрес от женитба, раздяла, развод Диети Физическа форма Домашно насилие Напълняване Рак (на гърдата, на шийката на матката, на белия дроб) Менопауза	Консултации и помощни групи Скрининг за рак на гърдата, рак на шийката на матката Физически упражнения, контрол на теглото, фитнес Скрининг за наднормено тегло, хипертония, холестерол Консултации за диети, контрол на теглото Подготовка за менопауза (консултации, хормонална терапия) Имунизация против тетанус
45-65	Менопауза Рак (на белия дроб, на гърдата) Диабет, хипертония Физическа форма Депресия Промяна на статуса на работа Сърдечно-съдови болести Вдовство, развод	Периодични физически прегледи Скрининг за диабет, хипертония, остеопороза Скрининг за рак на гърдата, рак на шийката на матката, рак на дебелото черво Скрининг за състоянието на щитовидната жлеза и за витаминен статус Консултации за кризите на живота Имунизация (тетанус, грип) Физическа активност, редовни упражнения Планове за пенсиониране

Източник: Адаптирано от U.S. Preventive Services Task Force, 1996; Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, 1994

Скринингът за специфични ракови заболявания при жените, като рак на гърдата, яйчниците, матката и шийката на матката са важни програми на общественото здравеопазване, водещи до ранна диагностика и лечение. Сексуалният тормоз, насилието, самотното майчинство и вдовство са сериозни фактори, които определят съдържанието на здравните услуги, необходими на жените в обществото.

В проучванията за хронични болести са включвани по-малко жени, отколкото мъже. Обобщенията относно лечението или профилактиката на заболяване не винаги може да са адекватни, тъй като те се базират на резултатите от проучвания, в които са участвали предимно мъже. Това създава сериозен проблем, особено за болестите на сърцето, които често се проявяват без ясни симптоми, а така също и въпросите на инсултите с неправилно управлявана хипертония.

Въпросите за здравето на жените се свързват с ролята на жените в обществото по отношение на образование, трудова заетост и равно заплащане за равен труд. Отношението, навиците, законите и тяхното приложение по отношение правата на жените са изключително разнообразни в различните общества по света. Всичко това изисква широка намеса на общественото здравеопазване. Болшинството от хората, които живеят в нищета в развитите страни са жени и техните деца.

В развиващите се страни здравето на жените обхваща различни проблеми, включително високите коефициенти на бременност и майчина смъртност, венерически болести, СПИН и недостатъчен достъп до семейно планиране. В някои части на Африка до една трета от бременните жени са ХИВ позитивни. Световната здравна организация изчислява, че около една четвърт от жените по света са обект на насилие и тормоз в домовете си, като това се отнася за 50 % от жените в Тайланд, Папуа Нова Гвинея и Корея, и 80 % за жените в Пакистан и Чили. По данни от СЗО между 85 и 115 милиона жени в развиващите се страни са преживели генитални наранявания и осакатявания, а около 2 милиона млади момичета преживяват това всяка година. Гениталните наранявания и осакатявания могат да причинят кръвоизлив, шок и инфекции. В дългосрочен аспект те могат да доведат до аднексит, безплодие, психични нарушения и сексуална дисфункция. Също така могат да доведат до обструктивно раждане, една от причините за майчина смъртност. Предпазването от генитални наранявания изисква основни промени в социалното отношение към жените, тяхното образование и място в обществото.

Конференцията на жените в Пекин през 1995 г. включва здравето и репродукцията като основни въпроси за жените. Независимо от огромните различия в гледните точки между консервативните религиозни представителки и либералните делегатки по въпросите за контрола на раждаемостта и сексуалността, е постигнат консенсус, че жените имат право да контролират собствените си тела. Насилието и липсата на образование, както и икономическото развитие са посочени и признати като оказващи влияние върху здравния статус на жените, както в развитите, така и в развиващите се общества.

Здравето на жените зависи от социо-икономическия статус, образованието, информираността, социалното равенство, възможностите за трудова заетост и навлизането на жените в здравната и социална политика. В повечето общества жените са тези, които се грижат за семейството, но обществените норми могат да окажат обратно влияние върху здравето на жените. Мястото на жените в обществото засяга много въпроси, започвайки от плодовитостта до обществената подкрепа за грижите към децата на работещите майки. Някои от тези въпроси са спорни в политически, религиозен и

други социални аспекти. Общественото здравеопазване е тясно свързано с тези въпроси и има за задача да ги подкрепя, документира и ръководи.

ЗДРАВЕ НА МЪЖЕТЕ

На здравните грижи за възрастните мъже не се обръща толкова внимание, както на здравните грижи за жените. Мъжете са по-склонни от жените към ранна смърт, имат средна продължителност на живота с около 8 години по-ниска от тази на жените и са в по-голям риск за редица състояния и инвалидност от сърдечно-съдови заболявания, рак на специфични органи, насилие, травми, самоубийства и трудови злополуки (табл. 6.12).

ТАБЛИЦА 6.12

Рискове за здравето на мъжете и профилактика по възрастови групи

Възраст	Основни рискови фактори	Скрининг/Профилактика
20-34	Травми, катастрофи, убийства, насилие Самоубийство Сексуални проблеми, венерически болести Емоционални проблеми Употреба на мазнини, холестерол Липса на физически упражнения Женитба и родителски грижи	Консултации за хранене и приемане на допълнителни вещества Законови забрана/ограничение на шофиране при употреба на алкохол, използване на предпазни колани, задължително носене на каски при каране на мотоциклети и велосипеди Обучение по сексуална практика Обучение против пушене Подкрепа на специфични групи Физически упражнения, фитнес и диета Предбрачен скрининг и/или консултации за генетични увреждания
35-44	Диета Хипертония Висок холестерол Липса на физически упражнения	Подготовка за бащинство Скрининг за наднормено тегло, обездвижване, кръвно налягане, холестерол Имунизации Физически упражнения, диета и контрол на теглото Консултации за кризите на живота (работа, брачен живот, семейство)
45-64	Рискови фактори за сърдечно-съдови заболявания Хипертония, диабет Рак на дебелото черво, на простата Глаукома Хипертрофия на простата Промяна на служебното положение Депресия	Периодични физически прегледи Скрининг за хипертония, сърдечно-съдови заболявания, диабет Скрининг за рак на дебелото черво, рак на простата Консултации за кризите на живота, груповата терапия Имунизации (тетанус, грип) Планове за ранно пенсиониране Физическа дейност

Източник: Адаптирано от U.S. Preventive Services Task Force, 1996; Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, 1994

Някои от факторите, които спомагат за по-ниската средна продължителност на живота на мъжете от тази на жените включват по-малко внимание към самите себе си и по-малко професионални грижи, по-слаба социална и психологична приспособимост, повече рисково поведение и трудности при прехода от средна към стара възраст. Емоционалните и психо-социалните стресове на мъжете на средна възраст (45-64 години) могат да бъдат много важни за нормите на заболяемост и смъртност сред населението.

ЗДРАВЕ НА СТАРИТЕ ХОРА

В индустриалните държави подобряването нивата на здраве на населението води до увеличаване на по-възрастното население в добро физическо, психическо и финансово състояние. С промените в модела на заболяемост на населението повече хора живеят и остават относително без заболявания по-дълго време. Много от животозастрашаващите условия, които са характерни за средната възраст понастоящем са отложени за по-късен етап от живота. В резултат на това, не е необичайно възрастните хора да бъдат добре и да нямат сериозни заболявания.

Възрастните хора (над 65 годишна възраст) представляват най-бързо растящата група от населението на индустриалните държави. Тъй като смъртността при младите и хората на средна възраст е намаляла, повече хора оцеляват и след 65, над 75 и над 85 годишна възраст. Възрастното население в развиващите се страни съставлява 3,5 % от населението, а в развитите страни е до 20 %. В развитите страни тази пропорция се увеличава и ще достигне до 30 % в някои страни, като много старите (>75 години) ще образуват най-бързо нарастващия елемент от населението в много от индустриалните държави. Застаряването на населението има важно значение за здравните услуги, тъй като старите хора са големи консуматори на здравни грижи, плащани от намаляващата работеща част от населението (работната сила). В международен аспект съществуват много варианти на очаквана продължителност на живота (табл. 6.13), както и различни програми за старите хора.

Традицията за грижи към по-старите, в контекста на семейството в индустриалните общества е в опасност, особено когато и мъжът и жената работят, домакинството е пренаселено и толерантността към по-старите е по-малка. Това, заедно с увеличаване на по-старото население, увеличава разчитането на дългосрочни грижи в съответните институции. Като компенсация на тази тенденция, в западните страни са развити адекватни пенсии, социални придобивки, универсални здравни грижи, домашни грижи и отлагане на заболяванията за по-късен етап от живота.

Биологичното остаряване се измерва чрез различни функционални способности и възможности за изпълнението им от индивида, не задължително отразени от хронологията на възрастта. Остаряването носи своите социални, трудови, психологически, финансови и физически промени. Всички те имат директно влияние върху здравето и съответното здраве и подкрепа, необходими на стария човек да запази същността си. Тези фактори могат да си взаимодействат, причинявайки или усложнявайки здравните проблеми на старите хора.

Физическото и психичното влошаване са свързани с остаряването и често причиняват огромна тежест за семейството и за социалните и здравно-поддържащите системи. Хроничните заболявания, като диабет, сърдечно-съдови болести и рак, се увеличават с нарастването на възрастта. Физическите ограничения могат да засегнат социал-

ните връзки и умствения статус с депресия, засягаща физическите възможности. Болестта на Алцхаймер причинява сериозни психически увреждания при хората на възраст над 50 години, с тенденция за влошаване с увеличаването на възрастта. Болестта на Паркинсон създава прогресивна физическа ригидност и ограничаване на движението (виж глава 5).

ТАБЛИЦА 6.13

Очаквана продължителност на живота при раждане и при 65 годишна възраст за избрани страни, 1994 г.

Мъже (очаквана възраст)			Жени (очаквана възраст)		
Страна	При раждане	На 65 г.	Страна	При раждане	На 65 г.
Япония	76,6	16,8	Япония	82,5	21,3
Швеция	76,1	16,0	Франция	81,5	21,0
Гърция	15,2	16,3	Швейцария	81,9	20,5
Швейцария	75,1	16,1	Швеция	81,4	19,8
Австралия	75,1	15,8	Испания	81,1	19,6
Израел	75,1	15,8	Канада	81,0	19,9
Канада	74,8	15,8	Австралия	80,9	19,7
Холандия	74,6	14,8	Италия	80,7	19,3
Норвегия	74,2	14,8	Холандия	80,4	18,8
Италия	74,0	15,5	Норвегия	80,3	18,8
Англия и Уелс	73,8	14,4	Гърция	80,2	18,5
Франция	73,8	16,2	Финландия	80,2	18,5
Испания	73,7	15,8	Австрия	79,8	18,6
Сингапур	73,5	15,2	Англия и Уелс	79,7	18,6
Австрия	73,3	15,1	Северна Ирландия	79,7	18,6
Нова Зеландия	73,3	14,7	Германия	79,6	18,4
Германия	73,0	14,7	САЩ	79,0	19,0
Финландия	72,8	14,7	Сингапур	79,0	18,3
Дания	72,7	14,1	Порто Рико	78,9	19,4
Ирландия	72,6	13,6	Нова Зеландия	78,9	17,7
Северна Ирландия	72,5	13,6	Израел	78,9	17,7
САЩ	72,4	15,5	Португалия	78,6	17,9
Португалия	71,5	12,7	Ирландия	78,2	17,3
Шотландия	71,4	13,1	Дания	77,9	17,6
Чили	71,4	14,7	Шотландия	77,7	17,3
Порто Рико	69,6	16,3	Чехия	76,6	16,2
Чехия	69,5	12,9	Словакия	76,5	16,5
Словакия	68,3	12,9	Чили	76,3	17,6
Полша	67,4	12,7	Полша	76,0	16,4
България	67,1	12,7	България	74,7	15,4
Румъния	66,0	12,7	Унгария	74,3	15,7
Унгария	64,9	12,0	Румъния	73,3	15,0
Руска Федерация	57,7	10,6	Руска Федерация	73,1	15,6

Източник: Health, Unites States, 1998

ПАНЕЛ 6.8

ПОТЕНЦИАЛНИ НЕБЛАГОПРИЯТНИ ПРОМЕНИ ПРИ СТАРИТЕ ХОРА**1. Социален/трудоустроителен/икономически статус:**

Пенсиониране;
Вдовство и печал;
Смяна на жилище;
Загуба на приятели и роднини;
Загуба на финансова сигурност;
Загуба на професионален статус и самоуважение;
Лошо хранене;
Физическо обездвижване.

2. Психологически:

Хормонални промени;
Начало на инсулино-независим диабет;
Хипертония;
Нарушения на функцията на щитовидната жлеза;
Остеопороза;
Намален прием (например на витамин В).

3. Патологични:

Хронични болести на един или повече органи;
Състояния, изискващи медицинска/хирургична намеса, лечение или помощни услуги;
Ограничаване на движението и на ежедневието вследствие на инвалидност.

4. Психични:

Самота и депресия;
Загуба на памет;
Немощ и тревоги;
Изоляция от деца, семейство, приятели.

Източник: От National Institute of Aging: Improve Health and Quality of Life of Older People Website: <http://www.nih.gov/nia/plan/startplan.htm>

ПОДДЪРЖАНЕ ЗДРАВЕТО НА СТАРИТЕ ХОРА

Общественото здравеопазване се опитва да съдейства за благополучието на старите хора като окуражава здравословния начин на живот и достъпа до добри здравни грижи. Това включва правилно хранене, физическа активност, отдих, работа или ежедневни дейности, положителен семеен живот, участие в социални и религиозни мероприятия и активен сексуален живот, всичко това съобразено с физическите и емоционалните възможности на индивида.

Доброто хранене на старите хора, жизнено важно за здрава старост, може да се наруши от финансови, социални и психологически фактори. В много от развитите страни старите хора са защитени чрез добро пенсионно осигуряване от своите рабо-

тодатели и социалното осигуряване, но съществуват и такива, които са с неадекватна финансова помощ. Те живеят в бедност, изолация, самота, пасивност и недोхранването става техен начин на живот, водещ до разболяване. Много стари хора живеят с твърде малък бюджет, ограничаващ закупуването на храна. Освен това, зъбите на някои от тях са в изключително лошо състояние. Това са често срещани фактори, допринасящи за синдрома "чай и филийка", синдром на полу-гладуване, което става начин на съществуване за тази група от населението. Даже и по-заможните физически здрави стари хора, които живеят сами, могат да изгубят апетит и желание да приготвят подходящо балансирана храна за себе си. Тази ситуация е особено трудна, ако индивидът е с ограничени възможности за самостоятелно движение. Често се срещат състояния на недостиг на витамини, по-специално витамини В и D, последният предимно през зимните месеци. Индивидуалната оценка на всеки изпълнител на здравни грижи трябва да има предвид възможността за нерационално хранене при старите хора, особено онези, които са физически и умствено по-слаби или имат серозни проблеми със зъбите. Обществените или доброволни програми за помагане на старите хора при хранене и физическа дейност е от изключително значение за поддържането на независимия живот на тези хора. Балансираното хранене за старите хора е същото като при възрастните, но трябва да се има предвид, че те изразходват по-малко калории във физическа дейност и са по-малко експонирани на слънце, особено през зимата.

ПАНЕЛ 6.9

ЕВРОПЕЙСКИ И АМЕРИКАНСКИ ЗДРАВНИ ЦЕЛИ ЗА СТАРИТЕ ХОРА ЗА 2000 г.

СЗО ЕВРОПА

1. Да се осигури равнопоставяне в здравеопазването, като се намалява разликата между здравния статус между страните и групите в страните;
2. Да се добави живот към възрастта, като се осигурява пълно развиване и използване на физическия и умствен капацитет, с оглед извличане на максимална полза и справяне с живота по здравословен начин;
3. Да се добави здраве към възрастта, като се намаляват болестите и инвалидността;
4. Да се добавят години към живота, като се намалява преждевременната смърт и по този начин да се увеличава очакваната продължителност на живота след 65 годишна възраст;

САЩ

1. Енергични движения/упражнения: 20 % ще участват в енергични упражнения по 30 минути три пъти в седмицата;
2. Мускулен тонус и издръжливост: 50 % ще участват във физически действия, които спомагат за развиването на мускулен тонус и издръжливост;
3. Гъвкавост: 50 % ще участват редовно във физически действия, които спомагат за гъвкавост;
4. Всички ще имат повече познания, положително отношение и по-голяма практика в редовни физически упражнения.

Подсилването на основните храни е може би най-ефективната интервенция на общественото здравеопазване за профилактика на недостига от микроелементи при тази или друга уязвима група от населението. Подсилването на храната не само прави основните хранителни вещества достъпни до цялото население, но в същото време осигурява значителна част от препоръчваната дневна доза за старите хора, включваща желязо, йод и витамини В, С, D и Е. Приемането на дневната доза витамини е много разпространено и все повече се подкрепя от специалистите по гериатрия и хранене. През 1998 г. в САЩ Администрацията по храни и лекарства препоръчва рутинно приемане на витамин В комплекс от старите хора. Годишната имунизация срещу грип и периодичните имунизации срещу пневмококова пневмония (на всеки 6 години) и срещу тетанус, трябва да станат част от стандартните грижи за старите хора.

Физическата подготовка е важна превантивна мярка при подготовката за напреднала възраст и с оглед поддържането на добро здраве при достигането на такава възраст. Редовната физическа активност, индивидуално или в групи, съобразена с възможностите на индивидите, помага за поддържането на добър апетит, здрав сън и добър физически вид. Участието в група за физическа дейност е част от редовното общуване и психическо благополучие. Индивидът, дори и сакатият стар човек, може да извършва физически упражнения седнал или легнал.

Социалните и семейните мрежи са важни за старите хора и допринасят за тяхното чувство за приемане от обществото и благополучието им; семейните и социалните връзки имат директна полза за здравето, включително намалената институционализация. Психичното здраве се нарушава сериозно когато старият човек проумее своята роля в обществото и семейството. Развлеченията и социалната дейност, включително сексуалните връзки, са част от живота на стария човек. Развлеченията и социалните средства (предвидени да стимулират често социално изолираните стари хора да участват в развлекателни и помощни дейности) зависят от развитието на комплекс от адекватни подпомагащи системи (като рехабилитация, социално осигуряване, транспорт, развлекателни средства), всички създадени така, че да бъдат достъпни и използвани от старите хора.

ПРОФИЛАКТИКА И СКРИНИНГ, НЕОБХОДИМИ НА СТАРИТЕ ХОРА

Профилактичните услуги за старите хора започват преди навършването на 65 г. Подходът за поддържане на здравето така, че да се запази благополучието на стария човек, включва подготовка за старата възраст и изисква грижи за самия себе си и превантивен подход, започващ в по-ранните години. Това включва ранно откриване на хронични заболявания и грижи за съществуващите заболявания, с цел да се предотвратят сериозни усложнения. Непрекъснатият контакт и подпомагането на старите хора от здравни специалисти може да предотврати или намали усложненията от грешки в лечението, неправилно разбиране на здравните потребности, неадекватно хранене и социална изолация.

Комуникациите са жизнено важни за живота и здравето на старите хора. Наличието на спешна комуникационна система може да бъде животоспасяващо, а така също може да осигури на немощния стар човек сигурност. Телефонът може да се използва за личен контакт и социална подкрепа, за спешни случаи и контакт с медицински персонал, осигуряващ чувство на сигурност, а така също и за контакт със семейството и други хора извън дома.

Транспортът за старите хора или инвалидите им осигурява достъп до медицински грижи, социални дейности, пазаруване и други дейности от ежедневиия живот. Автобусните компании, по споразумение с общините често предприемат специални мерки за улеснение на старите хора. Те могат да организират специални маршрути, включващи спиране пред дома или намаляване цените на билетите за старите хора. Рампи позволяват лесен достъп на инвалидни колички и патерици до обществени, жилищни и търговски сгради. Това помага на старите хора и инвалидите да продължат участието си в обществения живот.

ПАНЕЛ 6.10

ОБЩЕСТВЕНИ ЗДРАВНИ НУЖДИ НА СТАРИТЕ ХОРА

Обществените програми за стари хора трябва да съдействат за получаване на различни познания, грижи за себе си и помощни услуги, необходими за предпазване от преждевременно започване и прогресиране на старческата немощ, дължаща се на хронично заболяване, с цел да се помогне на старите хора да функционират възможно най-независимо, в съответствие с безопасните и здравословни условия на грижещото се общество.

1. **Превантивни грижи за себе си:** здравословно хранене, редовни упражнения и експониране на слънце;
2. **Социален контакт:** регулярен контакт със семейството, приятелите и социалните системи (т.е. църква, етнически, развлекателни и социални клубове);
3. **Здравната просвета:** да съдейства за разбиране от обществото и познания от страна на старите хора;
4. **Медицински услуги:** превантивни, диагностика, лечение, хоспитализация и рехабилитация;
5. **Програми за подпомагане на храненето:** да се помага чрез консултации, доставяне в дома на "ядене на колела", групови обеда в центрове за стари хора с цел социализиране;
6. **Програми за предпазване от наранявания:** проверка на домовете и осигуряване на безопасни устройства, като килими, които не се плъзгат, перила, различни помощни устройства в банята и др.;
7. **Служба за заемане на медицински устройства:** служба, която осигурява и поддържа медицински устройства, като инвалидни колички, устройства за почистване на кухни и бани;
8. **Грижи в дома:** организирани услуги от медицински сестри, физиотерапевти, възможности за извършване на покупки, почистване и други услуги в помощ на инвалиди или немощни стари хора, които не могат да напускат дома си;
9. **Болнични грижи:** достъпни, но възможно най-кратки с цел да се избегнат инфекции или други усложнения;
10. **Старчески домове:** акредитирани институции, осигуряващи здравни и други грижи за стари хора, които не могат да живеят самостоятелно и изискват ежедневни здравни грижи;
11. **Контролирано домакинство:** групово домакинство с контролирани здравни грижи, общо хранене, развлекателни дейности;

12. **Рекреационна и трудова терапия:** извършва се в обществени центрове или в дома;

13. **Програми на доброволци:** доброволен контрол на движението; поддържане на обществени градини, организации за взаимна помощ и обществени здравни работници;

14. **Възможност за извикване на бърза помощ:** инсталиране на звънец за използване в спешни случаи;

15. **Инсталиране на мерки за безопасност и сигурност:** ръкохватки в банята, сензори за улавяне на пушек, катинари, решетки на прозорците;

16. **Служби за домашна помощ:** доброволни услуги за поддържане на независимостта на домовете чрез регулярно снабдяване, почистване и поддържане.

17. **Услуги за домашна здравна помощ:** почистване, изкърпване, лека домашна работа, пазаруване, пране, “ядене на колела”;

18. **Телефон на доверието:** телефонна служба за поддържане на контакт със стари хора, които живеят сами.

Преместването и преходът са част от живота на стария човек. Оттеглянето от работа води със себе си възможността за почивка и развлечения или изолация и депресия. Обучението на хората за този преход в живота може да бъде толкова важно, колкото е важно и тяхното физическо благополучие. Смъртта и скръбта са също част от този процес на преход и изискват организираната подкрепа както на обществото, така и на семейството.

Организираните обществени системи за подпомагане и интервенции, основаващи се на обществото или социалните мрежи, се нуждаят от подкрепата на дейностите на общественото здравеопазване. Публичността на потребностите, професионалната помощ за развитие на ресурсите, а така също и директното осигуряване на услуги са част от общественото здравеопазване. Общественото здравеопазване играе защитна и съдействаща роля, но много от услугите се извършват от други агенции, като програми за оказване на болнични грижи в дома или неправителствени доброволни организации, които подпомагат услугите за старите хора.

За да може здравната система да посрещне нуждите на старите хора, тя трябва непрекъснато да намира методи за тяхното подпомагане и приспособяване за новия живот в дома им и в обществото. Такива мерки могат да бъдат обикновените помощни услуги, като пазаруване или почистване на дома. Могат да бъдат устройства, които помагат за извършването на ежедневни дейности: адаптери за печки, допълнителни ръкохватки в банята и тоалетната или мерки за безопасност като перила, килими, които не се пързаят, алармени системи, отоплителни уреди, катинари и полицейска охрана срещу бандити и крадци.

Финансите за старите хора могат да бъдат сериозен товар за по-младата генерация. Понякога се налага децата да осигуряват финансова помощ за по-стар член на семейството, който има недостатъчна пенсия или социална осигуровка. Това може да се отрази на семейните отношения, условията на живот, храненето, медицинските грижи, социалните контакти и много други аспекти на живота. В повечето индустриални дър-

жави са създадени национални социално-осигурителни системи, които осигуряват защита на старите хора чрез вноски, които те са правили по време на трудовия си стаж. Много социално-осигурителни системи са подложени на финансов и политически натиск. Увеличената продължителност на живота и по-малкото раждания създават ситуация, в която числеността на работещите може да бъде по-малка от тази на зависимите членове на обществото. Кризите в социално-осигурителните системи могат да изложат на риск стандарта на живот и сигурността на старите хора даже и в страни, в които понастоящем са осигурени добри доходи и други помощни системи за тях.

Старите хора в много страни са голяма част от населението и представляват мощна политическа сила. Това е създадо ситуация, при която политикът трябва да се съобразява със специалните нужди на старите. Старите хора са силни в политическия процес, в професионалните организации и в общинските, провинциални и национални партии. Тази "сива сила" е фактор сред западноевропейските и северноамериканските политици, където групата на индивидите над 65-годишна възраст представлява повече от 15 % от цялото население и още по-голям процент от възрастното и политически активно население.

Икономическите аспекти на остаряването на населението са техните пенсии и повишени нужди от здравни услуги. От друга страна, старите хора са консуматори, чиито акумулирани спестявания или социални придобивки осигуряват работа на много хора като производители и изпълнители на услуги. Старите хора са също така и социален актив за страната, не само като част от разширяващите се семейни мрежи, но и като потенциал за доброволна работа на обществото.

Независимо от или може би поради това, че използват здравни ресурси, старите хора са по-здрави от преди и много от тях продължават да работят или да полагат доброволен труд. Освен това, старите хора са важна група консуматори, които имат време, пари и здраве, позволяващи им да играят важна икономическа и социална роля. На по-здравото старо население не бива да се гледа като на товар, а по-скоро като на прациящи от здраве, готови да помагат членове на семейството и на обществото. Новото обществено здравеопазване търси начини да подобри здравния статус на старите хора и да им осигури адекватна подкрепа и здравни услуги, които да им помагат да функционират независимо, колкото се може по-дълго в собствените си домове. Обществото и новото обществено здравеопазване трябва да съдействат на доброволните и помощни мрежи между старите хора, чрез които да се осигурява помощ по време на критични моменти като болест или нараняване, хоспитализация или периоди на емоционален стрес и депресия.

ОБОБЩЕНИЕ

През по-голяма част от живота си индивидите живеят в някаква форма на семейство, но също така преминават и през стадии на уязвимост като индивиди и като групи от населението с общи здравни проблеми. Традиционно общественото здравеопазване е обръщало по-голямо внимание на някои групи поради тяхната очевидна уязвимост, като майчиното и детско здраве. Там където такива програми са добре разработени, ползата за обществото като цяло е голяма. Мъжете и жените на средна възраст са важна целева група на първичните и вторични профилактични програми за подготовка към старческата възраст. Старите хора също се нуждаят от специално внимание от

страна на общественото здравеопазване, поради непрекъснато увеличаващия им се брой, промените в обществото и необходимостта от намиране на ефективни начини за промоция на тяхното здраве вместо за скъпоструващи услуги, за сериозни здравни проблеми. Профилактичните грижи за запазване здравето на старите хора могат да предотвратят ненужната или преждевременната им зависимост от скъпоструващи медицински и други здравни институции.

Всяка възрастова група, от новородените до старите, има специфични проблеми и оплаквания, които трябва да се решат от здравната система. Съществуват много медицински, икономически и етични въпроси, включени в тези аспекти на общественото здравеопазване. Общественото здравеопазване трябва непрекъснато да следи здравните и социални условия на семейството като основна част от общите грижи и ориентирите към населението отговорности. Ако не успее да направи това, ще се стигне до висока преждевременна смъртност и скъп товар върху медицинските и болничните грижи, които ще трябва да поправят нанесените вреди.

Новото обществено здравеопазване разглежда семейството като ресурсна и целева група, нуждаеща се от профилактични и лечебни услуги през различните стадии на живота. Членовете на семейството могат да се лекуват от различни изпълнители на здравни услуги, но между тези услуги съществува функционална и икономическа връзка. Неадекватните пренатални грижи ще увеличат шанса от лошо здраве на бебето и това ще има дългосрочен ефект върху по-нататъшните възможности на детето. Неадекватната помощ на семейство, което иска да се справи с хронично болно дете или родител може да доведе до ненужно използване на различни институции. Недостигът на здравна промоция в храненето, безопасността и други въпроси на общественото здраве, може да доведе до преждевременната смърт на родител, по-често бащата, със сериозни икономически и социални, а така също и емоционални последици за останалите членове на семейството.

Холистичният подход към новото обществено здравеопазване, приложен към семейното здраве засяга също и социалните, и икономическите въпроси, които оказват влияние на функциите на семейството. Безработицата и нищетата водят до разрушаване на семейството и предизвикване на кризи с дългосрочни последици за всички членове на семейството. Планирането и отделянето на средства трябва да се насочат към комплексната матрица на здравето в контекста на семейството.

Този подход се базира на унифициращи фактори, като интегрирането на различни системи услуги и нови видове връзки между медицински записи и нови изпълнители на здравни грижи, с цел да се помогне на семейството да се справя с нормалните събития на семейното здраве и допълнителния товар на хроничните болести. В идеалния случай, семейният лекар трябва да има подкрепата на екип, включващ семейна медицинска сестра, която да му помага. Те заедно могат да помагат на семейството да се справи със здравните проблеми на членовете си.

ЕЛЕКТРОННИ МЕДИИ

American Academy of Pediatrics <http://www.aap.org>

American College of Obstetrics and Gynecology <http://www.acog.org>

Beijing Conference on Women 1995 <http://ijc.org/beijing>

March of Dimes Foundation <http://www.modimes.org>

National Institute of Child Health and Human Development <http://nichd.nih.gov>
United Nations Population Division <http://www.popin.orgg/pop/1998/4.htm>
United Nations Population Fund <http://unfpa.org>
World Health Organization, Division of Child Health and Development <http://who.org/int/chd>
World Health Organization, Division of women's Health and Development whd@who.ch
World Health Organization, health Planning and Population <http://www.who.org.rht/fpp>

ПРЕПОРЪЧВАНА ЛИТЕРАТУРА

- American Academy of Pediatrics: Work Group on Breast-Feeding. 1997, Breast-feeding and the use of human milk, *Pediatrics*, 100:1035-1039.
- Angastiniotis, M., Kyriakdou, S., Hadjiminias, M. 1986 How thalassemia was controlled in Cyprus, *World Health Forum*, 7:291-297.
- Baker, J.P. 1994 Women and the invention of well child care, *Pediatrics*, 94:527-531.
- Caravella, S., Clark, D., Dweck, H.S., 1987 Health codes for newborn care. *Pediatrics*, 80:1-5
- Heise, L. 1993 Violence against women: The hidden health burden. *World Health Statistics Quarterly*, 46:78-85
- Hilgartner, M.W. (editorial) 1993 Vitamin K and the newborn. *The New England Journal of Medicine*, 329:957-958
- Kendig, J.W., 1992 Care of the normal newborn. *Pediatrics in Review*, 13:262-268
- Lazoff, B., Brittenham, G.M., Wolf, A.W. 1987 Iron deficiency anemia and iron therapy effects on infant development test performance. *Pediatrics*, 79:981-995
- Paneth, N. (editorial) 1990 Technology at birth, *American Journal of Public Health*, 80:791-792
- Rodriguez-Trias, H. (editorial) 1992 Women's health, women's lives, women's rights. *American Journal of Public Health*, 82:663-664
- Rowland, D. 1992 A five... perspective of the elderly. *Health Affairs*, 11:205-215
- Wegman, M.E. 1996 Infant mortality: Some international comparisons. *Pediatrics*, 98:1020-1027

БИБЛИОГРАФИЯ

- American Academy of Pediatrics/American College of Obstetricians and Gynecologists. 1992. *Guidelines for Perinatal Care*. Third Edition. Washington, DC: ACOG, and Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- American Academy of Pediatrics: Committee on Environmental Health. 1998. Screening for blood lead levels. *Pediatrics*, 101:1072-1078.
- American Academy of Pediatrics: Committee on Nutrition. 1989. Iron fortified formulas. *Pediatrics*, 84:1114-1115.
- American Academy of Pediatrics: Committee on Nutrition. 1992. The use of whole cow's milk in infancy. *Pediatrics*, 89:1105-1109.
- American Academy of Pediatrics. 1996. The role of the primary care pediatrician in the management of high-risk new-born infants (RE 9636). *Pediatrics*, 98:786-788.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. 1989. *Standards for Obstetric and Gynecologic Services*. Seventh Edition. Washington, DC: ACOG.
- Belsey, M. A. 1993. Child abuse: Measuring a global problem. *World Health Statistics Quarterly*, 46:69-77.
- Baresford, S. A. 1994. How do we get enough folic acid to prevent some neural tube defects? *American Journal of Public Health*, 84:348-350.

- Canadian Task Force on Periodic Health Examination. 1994. *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*. Ottawa. Health and Welfare Canada.
- Centers for Disease Control. 1995. Surveillance for anencephaly and spina difida and the impact of prenatal diagnosis-United States, 1985-1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44 SS-4:1-13.
- Centers for Disease Control. 1995. Economic costs of birth defects and cerebral palsy-United States. 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44:694-699.
- Centers for Disease Control. 1996. Youth risk behavior surveillance-United States 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 45 SS-4:1-84.
- Centers for Disease Control. 1997. Children with elevated blood lead levels attributed to home renovation and remodeling activities-New York. 1993-1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 45:1121-1123.
- Centers for Disease Control. 1998. Tobacco use among high school students Unites States. 1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47:229-233.
- Centers for Disease Control. 1998. Recommendations to prevent and control iron deficiency anemia in the United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47-RR:3:1-30.
- Centers for Disease Control. 1999. Prevalence of selcted maternal and infant characteristics. Pregnancy risk assessment ,omitoring system (PRAMS). *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48(SS-5):1-43.
- Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1985-1988, American academy of Pediatrics. 1988. *Guidelines for Health Supervision I, II*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- Cooke, R. E. 1993. The origin of the National Institute of Child Health and Human development. *Pediatrics*, 92:868-871.
- Haddal, J. G. (editorial). 1992. Vitamin D Solar rays, the milk way or both? *The New England Journal of Medicine*, 326:1213-1215.
- Hughes, J. G. 1993. Conception and creation of the American academy of pediatrics. *Pediatrics*, 92:469-470.
- Oski, F. A., Honig, A. S., Helu, B., Howanitz, P. 1983. Effect of iron therapy on behavior performance in nonanemic, iron deficient infants. *Pediatrics*, 71:877-880.
- Royston, E., Amstrong, S. (eds). 1989. *Preventing Maternal deaths*. Geneva" World Health Organization.
- Etopp, G. H. 1994. *International Perspectives on Healthcare for the Elderly*. New York: Peter Lang.
- Thompson, R. S., Rivara, F. P., Thompson, D. C. 1989. A case control study of the effectiveness of bicycle safety helmets. *The New England Journal of Medicine*, 320:1361-1367.
- UNICEF. 1996-1999. *The State of the World's Children 1996, 1997, 1998, 1999*. New York: United Nations Children's Fund, Oxford University Press.
- United States Preventive Services Task Force. 1996. *Guide to Clinical Prevention Services*, Second Edition. Report of the U.S. Preventive Services Task Force. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Williams, C. D., Baumslag, N., Jelliffe, B. 1994. *Mother and Child health: Delivering the Services*, Third Edition. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. 1983. Community control of hereditary anaemias: Memorandum from a WHO meeting. *Bulletin of the World Health Organization*, 61:63-80
- World Health Organization. 1992. *The Prevalence of Anemia in Women: A Tabulation of Available Information*. Second Edition. Geneva: World Health Organization.