

НАЧАЛО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ С МОМЕНТА РОЖДЕНИЯ МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ СОКРАЩЕНИЮ НЕРАВЕНСТВА В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ

Введение

Согласно рекомендациям ВОЗ, молоко, которое начинает вырабатываться в конце беременности, является идеальной пищей для новорожденного и обеспечивает его собственную иммунную систему. Грудное вскармливание должно быть начато в течение первого часа после рождения, причем исключительное грудное вскармливание должно применяться на протяжении первых шести месяцев. Преимущества для младенцев включают: уменьшение случаев диареи и респираторных инфекций; защиту от риска ожирения; повышение уровня IQ; снижение риска аллергии, а также хронических заболеваний, таких как диабет, которые имеют иммунологическую основу (1). Преимущества для матерей включают снижение рисков возникновения рака груди/яичников и ожирения (1).

Начало грудного вскармливания в зависимости от социально-экономического положения (СЭП)

Матери с более низким СЭП (более низкий уровень доходов, образования и занятости)

ГЛАВНЫЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ

- Не следует полагать, что годится для большинства, годится для всех – изучите причины, по которым матери из групп, занимающих более низкое социально-экономическое положение (СЭП), не прибегают к услугам по антенатальному/перинатальному уходу.
- Матери из СЭП более низкого уровня имеют тенденцию не посещать или прерывать посещение центров, предоставляющих услуги по антенатальной/перинатальной помощи, и, таким образом, наши службы могут непреднамеренно усугублять неравенство.
- Внедрение инициативы «Больница, доброжелательная к ребёнку» (БДР), оплаченный отпуск по беременности и родам, а также применение *Международного свода* могут улучшить ситуацию с началом грудного вскармливания с момента рождения и его продолжительности.
- Беременность предоставляет удачную возможность сократить неравенство в области здравоохранения:
 - С помощью подхода, поддерживающего групповое участие, можно улучшить посещаемость центров предоставления антенатальных услуг женщинам из СЭП более низкого уровня, помочь им устранить барьеры, препятствующие грудному вскармливанию, и в результате повысить их самооценку;
 - Обеспечить матерям из СЭП более низкого уровня, подросткам и их семьям грамотную целенаправленную поддержку в их выборе в пользу грудного вскармливания;
 - Предоставить социальную помощь для покупки свежих продуктов питания в лактационный период, например, помощь в виде талонов на овощи;
 - Отстоять право на грудное вскармливание в общественных местах, признав таковое нормой.
- Осуществлять мониторинг начала грудного вскармливания в соотношении с социально-экономическим положением и детерминантами начала грудного вскармливания.

Таблица 1. Примеры эффективных действий по уменьшению неравенства и улучшению показателей по началу грудного вскармливания.

Причины неравенства в отношении здоровья матерей с низким социально-экономическим статусом	Примеры действий по уменьшению неравенства
Бедность	<ul style="list-style-type: none"> • Поднятие уровня доходов с помощью мер социальной защиты; минимальной зарплаты и оплаченного отпуска по беременности, родам и уходу за ребёнком; • Предоставление социальной помощи матерям в течение лактационного периода, как это делается, например, во Франции (талоны на покупку свежих пищевых продуктов); • Обеспечение возможностей образования и профессионального обучения в течение всей жизни.
Барьеры, препятствующие доступу к услугам здравоохранения	<ul style="list-style-type: none"> • Внедрение принципов БДР во всех медицинских учреждениях и службах, обеспечивающих родовспоможение; • Привлечение к сотрудничеству профессионалов из различных социоэкономических групп; • Тщательный отбор услуг, способствующих уменьшению маргинализации; обучение персонала тому, как быть более терпимыми и не высказывать осуждения; • Консультирование по вопросам грудного вскармливания в сообществах, например, среди групп прихожан одной церкви. • Привлечение социальных работников сообществ или создание групп взаимной материнской поддержки.
Социальная маргинализация	<ul style="list-style-type: none"> • Укрепление сотрудничества между системой здравоохранения и секторами, занимающимися вопросами социальной защиты и проблемами безработицы; • Мотивирование матерей-подростков делать выбор в пользу грудного вскармливания; • Обеспечение доступных и приемлемых услуг по уходу за ребёнком (в том числе – дошкольного и школьного возраста), поддерживающих грудное вскармливание в качестве «нормы».
Маркетинг заменителей грудного молока	<ul style="list-style-type: none"> • Внесение в национальное законодательство и полное внедрение в практику Международного свода правил по сбыту ЗГМ.
Ожирение	<ul style="list-style-type: none"> • Предоставление квалифицированной профессиональной помощи по поддержке матерей, страдающих ожирением, с целью преодоления ими физиологических и физических препятствий, мешающих начать грудное вскармливание

со значительно меньшей вероятностью начнут грудное вскармливание чем матери, имеющие более высокое СЭП (разница может быть десятикратной), и эта закономерность передается из поколения в поколение (2). Кроме того, матери с низким СЭП могут быть подросткового возраста и/или страдать ожирением, и их дети подвергаются риску задержки роста, а также риску низкого IQ. К сожалению, данные о показателях начала грудного вскармливания при рождении с разбивкой по СЭП и возрасту часто отсутствуют, хотя такие сведения могли бы сыграть значительную роль в сокращении существующих различий.

Что можно сделать?

1. В 1991 году была провозглашена инициатива «Больница, доброжелательная к ребёнку» (БДР). Первоначальные «Десять принципов» инициативы БДР в настоящее время дополняются положениями, касающимися поддержки, как матери, так и ребенка в более широком диапазоне условий, и новые компоненты сообщества включают в себя лидерство, консультирование посредством местных услуг, а также обучение для всех, кто оказывает

помощь в родах на дому. Внедрение и регулярное обновление национальных планов должно контролироваться национальным координатором по грудному вскармливанию совместно с многосекторным комитетом по грудному вскармливанию.

2. Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока (ЗГМ) и последующие соответствующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения (Свод) регулируют сбыт ЗГМ с целью защиты обеспечения питанием младенцев посредством регулирования деятельности, которая может препятствовать грудному вскармливанию. Свод обеспечивает доступ к объективной информации и тем самым позволяет родителям принимать решения о методах вскармливания младенцев без коммерческого давления. Странам рекомендуется внедрить Свод в национальное законодательство, обеспечить его соблюдение, следить за нарушениями и воздействовать на нарушения с помощью санкций. Свод включает 10 важных положений, которые кратко изложены в *Руководстве для медицинских работников* (3). Несмотря на то, что Директива Европейского союза (ЕС) (2006/141) не охватывает



Aileen Robertson

упомянутый Свод целиком, поскольку она принята в качестве минимального требования в рамках ЕС, национальная система мониторинга может включать в себя положения свода в дополнение к положениям упомянутой Директивы.

- Оплачиваемый отпуск по беременности и родам, финансируемый из средств социального страхования или государственных средств, является одним из основных условий для обеспечения здоровья и социально-экономической защиты матерей и их младенцев. Большинство стран приняли законодательные положения, касающиеся оплачиваемого отпуска по беременности и родам, однако в некоторых странах *исключительное грудное вскармливание в течение 6 месяцев* поддерживается лучше, чем в других. Например, проект Директивы ЕС по отпуску по беременности и родам, принятый Европейским парламентом в первом чтении в 2010 году, был приостановлен Советом министров ЕС. Целью Директивы было предоставление как минимум 20-недельного полностью оплачиваемого отпуска по беременности и родам в странах ЕС и защита прав женщин по возвращении на работу. К счастью, многие страны Европейского региона ВОЗ приняли законодательные положения, касающиеся отпуска по беременности и родам, в рамках которого поддерживается *исключительное грудное вскармливание в течение 6 месяцев*, и исследования показывают, что это улучшает показатели начала грудного вскармливания и его продолжения (4). Кроме того, не наблюдается никакого отрицательного воздействия на производительность труда, а, наоборот, отмечаются существенные преимущества для компаний, включая малые и средние предприятия (5).

Применение поэтапного подхода и принципа «Прежде всего, не навреди»

Мы должны обеспечить, чтобы предоставляемые в настоящее время услуги не усугубляли неравенство. К сожалению, медицинские услуги могут непреднамеренно усиливать неравенство. Наш «обычный» подход может отрицательно сказаться на матерях, наиболее остро нуждающихся в поддержке. Например, информационные кампании, не подкрепленные структурной поддержкой и стратегией, могут иметь негативные последствия, потому что группы с низкими доходами, возможно, не смогут воспользоваться этой информацией на практике из-за нехватки денег, образования или трудовых прав. Социальные работники сообществ или группы материнской взаимоподдержки могут добиться большего успеха по сравнению с работниками здравоохранения. Например, посредники в сфере здравоохранения, работающие с цыганскими общинами и сами являющиеся членами таких общин, проходят обучение

обеспечению связей между общиной и системой здравоохранения. Результатом стало расширение использования услуг здравоохранения, особенно среди беременных женщин из общин народности рома. Проект направлен на продвижение защиты здоровья и прав человека в отношении представителей рома путем наращивания потенциала лидеров гражданского общества и организаций, а также обеспечения занятости, в основном для женщин-посредников в сфере здравоохранения, работающих с общинами рома. Больше конкретных примеров, касающихся улучшения показателей начала грудного вскармливания, приведено в следующем документе:

<http://www.unicf.org.uk/BabyFriendly/Commissioners/Case-studies/>

Вмешательства, направленные на сокращение неравенства в области здоровья, связанного с началом грудного вскармливания

Меры по сокращению неравенства, связанного с началом грудного вскармливания, требуют сочетания инновационного родового наблюдения и поддержки матерей с низким СЭП в вопросах выполнения родительских обязанностей, включая критерии БДР, наряду с оплачиваемым отпуском по беременности и родам и реагированием на нарушения Международного кодекса. Примеры эффективных мер изложены в таблице № 1. Текстовый блок № 2 содержит полезный перечень контрольных вопросов для организаций, учреждений, политических деятелей и отдельных лиц с целью оценки их успехов в области уменьшения неравенства в отношении здоровья и улучшения показателей грудного вскармливания.

Заключение

Наиболее социально изолированные матери могут чувствовать себя забытыми службами здравоохранения, из-за чего они ощущают себя исключенными из системы здравоохранения и не желают обращаться за поддержкой. В их отношении следует использовать различные подходы, чтобы помочь им осознать свои права и повысить свою самооценку. Мы должны узнать, каким образом с помощью услуг здравоохранения можно улучшить показатели начала грудного вскармливания среди матерей из всех социально-экономических групп в целях сокращения неравенства в отношении здравоохранения с момента рождения.

Aileen Robertson, PhD,
Сотрудничающий Центр ВОЗ по глобальным вопросам питания и здравоохранения,
Университетский колледж Metropol, Копенгаген, Дания,
airo@phmetropol.dk

ПЕРЕЧЕНЬ КОНТРОЛЬНЫХ ВОПРОСОВ: ПРИНИМАЮТСЯ ЛИ ВАМИ МЕРЫ ПО СПОСОБСТВОВАНИЮ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ И УМЕНЬШЕНИЮ НЕРАВЕНСТВА В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

- Проводите ли вы регулярную оценку показателей начала грудного вскармливания при рождении в соотношении с СЭП матерей?
- Выявлено ли вами, для каких социоэкономических групп характерны самые низкие показатели начала грудного вскармливания?
- Поставлены ли вами конкретные цели по увеличению числа матерей, начинающих грудное вскармливание, по группам, соответствующим их СЭП?
- Проводится ли вами оценка влияния ряда услуг БДР по антенатальной/перинатальной помощи на показатели начала грудного вскармливания после рождения?
- Осуществляете ли вы попытки уменьшить маргинализацию матерей из уязвимых групп населения, приглашая их к участию в дискуссиях о том, как услуги по антенатальной/перинатальной помощи могли бы лучше мотивировать их сделать выбор в пользу грудного вскармливания?
- Существуют ли у вас стратегии, направленные на:
 - Внедрение в практику критериев БДР и отслеживание случаев нарушения свода правил?
 - Обеспечение квалифицированной поддержки матерей-подростков, матерей, страдающих ожирением, и матерей из групп с низким СЭП в отношении их выбора в пользу начала грудного вскармливания, выполнения ими родительских обязанностей, а также предоставление услуг по уходу за детьми грудного возраста?
 - Обеспечение квалифицированной поддержки матерям, которые должны вернуться на работу вскоре после рождения ребёнка?
- Поддерживает ли оплаченный отпуск по беременности, родам и уходу за ребёнком исключительно грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев после рождения ребёнка, и оплачиваются ли матери перерывы на грудное кормление после её возвращения на работу?
- Осуществляется ли чёткое руководство и контроль в сфере улучшения показателей по началу грудного вскармливания матерями-подростками, матерями, страдающими ожирением, и матерями из групп с низким СЭП?

Литература

1. Horta B et al. *Evidence on the long term effects of breastfeeding. Systematic Review and Meta-analyses.* Geneva: WHO, 2007.
2. Robertson A, Lobstein T, Knai C. *Obesity and socioeconomic groups in Europe: evidence review and implications for action.* European Commission, 2007.
3. <http://www.unicf.org/nutrition/training/5.2/16.html>
4. *Maternity and paternity at work: law and practice across the world.* Geneva: ILO, 2014.
5. Lewis S, Stumbitz B, Miles L et al. *Maternity protection in SMEs: An international review.* Geneva: ILO, 2014.