



МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

**НАЦИОНАЛЕН ЦЕНТЪР
ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И АНАЛИЗИ**

София Костадинова Кандиларова-Георгиева

**Здравна политика за защита, подкрепа и
насърчаване на кърменето в болничните лечебни
заведения**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на образователна и
научна степен

„Доктор“

по научна специалност

„Социална медицина и здравен мениджмънт“

Научни ръководители:

доц. Красимира Костадинова, дм

доц. д-р Наталия Ушева, дм

София, 2025 г.

Дисертационният труд е в обем от 209 страници, включващи въведение, литературен обзор, методика, представяне на резултатите, обсъждане на резултатите, изводи, препоръки, приноси. Библиографията включва 173 литературни източника. Разработката е онагледена с 10 таблици, 40 фигури и 4 приложения. Номерата на включените в автореферата фигури и таблици не съвпадат с тези в дисертационния труд.

Дисертационният труд е обсъден и приет на научен колегиум на дирекция „Промоция на здраве и превенция на болестите“ към Национален център по обществено здраве и анализи и е предложен за защита пред научно жури по професионално направление 7.1. „Медицина“.

СЪДЪРЖАНИЕ

<i>Използвани съкращения</i>	4
Въведение	5
1. Исторически контекст и глобални тенденции в кърменето	5
2. Научно доказани ползи от кърменето	5
3. Фактори, влияещи върху успеха на кърменето.....	5
4. Международни стандарти и политики в подкрепа на кърменето.....	6
5. Разпространение на кърменето в Европа и България.....	6
Методология	7
1. Цел.....	7
2. Задачи	7
3. Хипотези	7
4. Материал	7
5. Методи.....	8
6. Характеристика на извадката и организация на емпиричното изследване	9
Сравнителен анализ на Европейския план за действие и националните политики в България за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето	12
Приоритетна област 1: „Политики и планиране“	12
Приоритетна област 2: Комуникация за поведенческа и социална промяна.....	13
Приоритетна област 3: Обучение	14
Приоритетна област 4: Защита, насърчаване и подкрепа	15
Приоритетна област 5: Изследвания	17
Анализ на резултатите от емпирично проучване за изследване на ефекта от приложение на добрите практики за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето в болнични лечебни заведения	19
1. Социално-демографски и клинични характеристики.....	19
2. Различия между групите, влияещи върху резултатите	20
3. Фактори, свързани с клиничната подкрепа на кърменето	25
4. ...Вид млечно хранене по групи в първите дни, края на първи и края на шести месец	31
5. Преход от един към друг вид хранене (лонгитудинален анализ).....	36
6. Анализ на влиянието на комплекс от клинични фактори върху успеха на кърменето	37
Основни изводи	45
Препоръки	49
Приноси	53
Научни приноси	53
Приложни приноси.....	53
<i>Научни публикации и участия по темата на дисертационния труд</i>	54

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

- **БПБ** – Инициатива „Болница – приятел на бебето“
- **ЕГ** – експериментална група
- **ИК** – изключително кърмене
- **КГ** – контролна група
- **МЗ** – Министерство на здравеопазването
- **НАПК** – Национална асоциация „Подкрепа за кърмене“
- **НКК** – Национален комитет по кърмене
- **НППМДЗ** – Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве
- **НППХНБ** – Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести
- **НЦОЗА** – Национален център по обществено здраве и анализи
- **СЗО** – Световна здравна организация
- **IBCLC** – сертифициран от Международен борд консултант по лактация

ВЪВЕДЕНИЕ

Кърменето е тема от значителен обществен интерес и здравните, личностните, социалните, икономическите и екологичните му ползи се изтъкват както в обществения, така и в научния дебат.

1. Исторически контекст и глобални тенденции в кърменето

Кърменето е биологичната норма за хранене на човешкото новородено и през по-голямата част от човешката история е било основният и универсален начин на хранене на бебетата. Значителен спад в честотата и продължителността му започва в началото на XX век в индустриално развитите общества вследствие на урбанизацията, навлизането на заместващото хранене, промените в ролята на жените на трудовия пазар и агресивния маркетинг от страна на производителите на млека за кърмачета. През 70-те години честотата на кърмене достига най-ниските си нива в световен мащаб и особено в страни с високи доходи.

От края на XX век насам се наблюдава обратна тенденция, обусловена от натрупването на научни доказателства за ползите от кърменето и от развитието на международни политики за подкрепа на храненето с майчина кърма. Въпреки това глобалните нива на изключително кърмене остават ниски, като в много държави под 40% от бебетата под 6 месеца са изключително кърмени.

2. Научно доказани ползи от кърменето

Научните изследвания показват широк спектър от краткосрочни и дългосрочни ползи за детето, майката и обществото. За детето кърменето намалява риска от стомашно-чревни, респираторни и ушни инфекции, както и от синдром на внезапна детска смърт. В дългосрочен план то се асоциира с по-нисък риск от затлъстяване, диабет тип 2, някои алергични заболявания и левкемия в детска възраст.

При майката кърменето има протективен ефект срещу рак на гърдата и яйчниците, сърдечно-съдови заболявания и остеопороза. Освен здравните ползи, кърменето има значима икономическа ефективност и допринася за намаляване на екологичния отпечатък на храненето на кърмачета.

Широкото разпространение на научните доказателства е ключов фактор за разработването и развитието на глобалните политики за насърчаване, подкрепа и защита на кърменето.

3. Фактори, влияещи върху успеха на кърменето

Успехът на кърменето се определя от комплексно взаимодействие между биологични, социални и системни фактори.

Възрастта на майката, нивото на образование, предходен опит с кърменето, репродуктивни затруднения, ендокринни заболявания (например нарушения на щитовидната жлеза, диабет, синдром на поликистозни яйчници), както и начинът на родоразрешение са свързани със съществена вариация във вероятността за изключително кърмене. Оперативните раждания и определени здравни състояния могат да затруднят ранната лактация и да повлияят отрицателно върху ранните резултати.

Предварителните нагласи, мотивацията за кърмене, подкрепата от партньора и семейството, както и достъпът до адекватна информация и подготовката са сред значимите предиктори на продължителността на кърменето.

Научните доказателства категорично подчертават ролята на болничните практики в първите часове и дни – ранно начало на кърмене, контакт кожа до кожа веднага след раждането, денонощно съвместно настаняване, избягване на рутинно предлагане на добавки за дохранване, адекватно обучение на персонала и продължаваща подкрепа след изписването. Множество проучвания показват пряка връзка между прилагането на тези практики и високите нива на изключително кърмене.

4. Международни стандарти и политики в подкрепа на кърменето

От 80-те години насам международната общност разработва последователни политически рамки, които целят защита на майчиното кърмене и подобряване на качеството на перинаталната грижа.

Ключовите документи включват:

- **Международния кодекс за маркетинг на заместители на майчината кърма (1981)** – основополагащ за регулация на търговските практики;
- **Декларацията от Иноченти (1990)** – поставяща изисквания към правителствата за национална координация, законодателство и болнични стандарти;
- **Инициативата „Болница – приятел на бебето“ (1991)** – дефинираща „10-те стъпки към успешно кърмене“ като световен златен стандарт;
- **Глобалната стратегия за хранене на кърмачето и малкото дете (2002)** – интегрираща принципите за изключително кърмене до 6 месеца и продължаващо кърмене до 2 години и след това.

Ефективното прилагане на тези политики на национално ниво доказано подобрява ключовите индикатори: ранно начало на кърмене, изключително кърмене в ранния период и продължаващо кърмене до втората година.

5. Разпространение на кърменето в Европа и България

Европейският регион продължава да има едни от най-ниските нива на изключително кърмене в световен мащаб. Въпреки че голяма част от майките започват да кърмят, изключителното кърмене до 6 месеца остава под 25% средно за региона.

В България тенденциите са аналогични и дори още по-неблагоприятни. Повечето майки започват кърмене, но ранното начало (първият час) и изключителното кърмене през първите месеци остават значително под средните стойности за страните с висок среден доход. Основните предизвикателства са свързани с липсата на пълноценно прилагане на добри клинични практики и болнични стандарти, ограниченото покритие на инициативата „Болница – приятел на бебето“ (БПБ), недостатъчната последваща подкрепа и отсъствието на национален политически документ, гарантиращ устойчивост.

Тези характеристики подчертават необходимостта от задълбочено изследване на болничните практики и факторите на подкрепа в български контекст — научно-практическата насоченост на настоящата дисертация.

МЕТОДОЛОГИЯ

1. Цел

Да се анализира здравната политика по отношение на кърменето и да се апробира здравно-политически модел за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето в болнични лечебни заведения в България с оглед изработване на национален модел за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето.

2. Задачи

1. Да се направи сравнителен анализ на националната здравна политика за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето в България с международните здравни политики и практики в тази област.
2. Да се анализира ефекта от приложение на добрите практики за специализирана подкрепа на майките по отношение на кърменето в болничните лечебни заведения.
3. Да се идентифицират основните фактори, допринасящи за прилагане на добрите практики за кърмене.
4. Да се разработи предложение за система от мерки, които да се включат в нов национален здравно-политически модел за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето.

3. Хипотези

1. Националната здравна политика за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето в България покрива в ниска степен международните здравни политики и практики в тази област.
2. Прилагането на съвкупност от близки до заложените в Инициативата БПБ клинични практики за подкрепа на кърменето около раждането и в първия месец след това води до по-добри стойности на показателите за кърмене в края на първия и в края на шестия месец.

4. Материал

В дисертационния труд се анализират публикации и документи, представящи добри международни модели на политики и практики в сферата на кърменето, както и българските политики и практики през последните десетилетия.

В проведеното проспективно квазиекспериментално контролирано проучване, което проследява прилагането и ефекта на набор от добри практики за специализирана подкрепа на майките по отношение на кърменето в болничния период и в първите месеци след раждането, са включени майки с първо или поредно раждане на родени на термин здрави бебета, независимо от метода на родоразрешение.

5. Методи

1. Социологически методи

1.1. Документален метод

Използван е за систематично преглеждане и оценка на нормативни документи, стратегически политики и официални насоки на международни и национални здравни институции (СЗО, УНИЦЕФ, План за действие за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето в Европа, национални нормативни актове и програми). На основата на този преглед е проведен сравнителен анализ между наличните национални политики в България и заложените в Плана за действие за защита, насърчаване и подкрепа на кърменето в Европа.

1.2. Анкетно проучване (структурирани телефонни интервюта)

За изследване на ефекта от прилагането на добри болнични практики, основани на програмата БПБ, е разработен инструментариум от три въпросника, приложени в три времеви точки:

1. непосредствено след изписването;
2. след 30-тия ден;
3. след 180-тия ден след раждането.

Методът представлява количествено проспективно наблюдение на едни и същи участници във времето.

2. Експериментален метод

Използван е за оценка на ефекта от приложение на комплекс от добри болнични практики за подкрепа на кърменето.

Проведено е проучване за изследване на ефекта от приложение на добрите практики за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето в болнични лечебни заведения.

3. Статистически методи за анализ на данните

- Алтернативен анализ - категорийните променливи са представени като абсолютен брой и относителен дял.
- Вариационен анализ – количествените променливи са представени като средна стойност и стандартно отклонение или като медиана при ненормално разпределение на данните.
- Корелационен анализ – за описание на силата и посоката на връзката между променливите.
- Дисперсионен анализ – за установяване на статистическа зависимост между средни стойности при повече от две групи.
- Регресионен анализ – използвана е логистична регресия за идентифициране на факторите, свързани с вероятността за изключително кърмене, чрез изчисляване на коефициенти на шанс (OR) и 95% доверителни интервали.

За представяне и онагледяване на данните и получените резултати са използвани таблици (прости и многомерни) и графики спрямо вида на променливите величини и скалата на тяхното измерване.

Статистическа значимост на разликите е възприемана при ниво на значимост $p < 0,05$.

6. Характеристика на извадката и организация на емпиричното изследване

Проучването на ефекта от приложение на добрите практики за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето в болничните лечебни заведения се провежда в периода февруари 2022 г. – май 2023 г. То е одобрено с решение на Комисията по медицинска етика към НЦОЗА от 26.01.2022 г.

Разработените въпросници за провеждането на структурираните телефонни интервюта първоначално са пилотирани с представители на целевата група на изследването, отстранени са някои технически проблеми и е отразена обратната връзка на участниците.

В същинската си част изследването се реализира в 3 фази и структурираните телефонни интервюта са проведени в планираните срокове: първото интервю скоро след края на престоя на майките в родилното отделение, второто – след навършване на едномесечна възраст на бебето, а третото – шест месеца след раждането.

Трите структурирани телефонни интервюта (след раждането, на първи и на шести месец) са реализирани от дисертанта.

Изследваните лица са разпределени в две групи – експериментална (ЕГ) и контролна (КГ).

Определени са критерии за включване:

- гестационна възраст при раждането - минимум 36 гестационна седмица;
- рождено тегло минимум 2500 г.

Всички адресирани майки, дали устно съгласие, получават формуляр за информирано съгласие, съдържащ кратка информация за целите на изследването и в какво се състои техният ангажимент.

Формулярът първоначално е подписан от 289 майки, като от тях 15 не отговарят на критериите за включване (гестационна възраст и тегло), 4 са с непълен или грешно попълнен телефонен номер, а 24 впоследствие не отговарят на телефонните обаждания още за първото телефонно интервю.

Във финалната извадка попадат 246 майки. До края на проучването участието си запазват 232 изследвани лица – съотв. 118 в експериментална и 114 в контролна група. Общият брой на интервютата е 715 (246 първи, 237 втори и 232 трети интервюта) и са проведени от докторанта. (Фиг. 1)



Фигура 1. Разпределение и проследяване на участниците по групи и етапи на интервю

Причините за отпадане в хода на проучването в по-голямата си част не са известни – майките спират да отговарят на телефонните обаждания.

Изследваните лица от експерименталната група (ЕГ) са набрани с помощта на:

- две акушерски практики към частни болници – акушерска практика „Зебра“ към МБАЛ „Св. София“, София; акушерски кабинет La Vita Nova, СБАЛ „Св. Лазар“, София;
- педиатър-неонатолог, IVCLC и акушерка, преминала през 45-часа обучение по програмата на УНИЦЕФ, от СБАЛАГ „Майчин дом“, София;
- акушерка, IVCLC от УМБАЛ „Г. Странски“, Плевен;
- акушерка от МБАЛ „Св. Анна“, Варна, преминала през 45 часа обучение за подкрепа на кърменето по програмата на УНИЦЕФ.

По-голямата част от изследваните лица в експерименталната група са от двете акушерски практики, в които най-пълноценно се прилага модел за подкрепа на кърменето и те имат подкрепата на болниците за това.

Изследваните лица от КГ са набрани чрез специалисти от доболничната (проследяващи акушер-гинеколози и лекари от други специалности) и болничната помощ (акушерки, клиничен психолог). В групата са включени майки, ползвали услугите както на държавни/общински болници (I САГБАЛ „Св. София“, София; II САГБАЛ „Шейново“, София; СБАЛАГ „Майчин дом“, София; УМБАЛ „Г. Странски“, Плевен, МБАЛ „Св. Рилски“, Дупница и др.), така и на частни болници (УМБАЛ „Токуда“, София; МБАЛ „Майчин дом“, Варна; МБАЛ „Авис Медика“, Плевен и др.).

В ЕГ е проведена контролирана интервенция (специфично консултиране и помощ относно кърменето) по време на престоя в родилното отделение след раждането.

Майките са подкрепени по отношение на това как да поставят бебето на гърда, как да организират кърменето, за да може едновременно храненето на бебето да е съобразено с нуждите му и лактацията да бъде оптимално установена, как да правят изцеждане (ръчно или с помпа) и да поддържат лактация при евентуална раздяла, къде да потърсят помощ и подкрепа след изписването и др. Консултирането в послеродовото отделение е предоставено от медицински специалисти (акушерки и лекар), които са IBCLC¹ или са преминали през водено от IBCLC комплексно специализирано обучение за оказване на консултативна помощ в сферата на кърменето (45-часов курс за подкрепа на кърменето по програмата на УНИЦЕФ). В първия месец след раждането (най-сензитивния период по отношение на установяване на лактацията) на майките е предоставена възможност за проследяване и допълнителна подкрепа за кърменето.

Акушерските практики, предлагащи здравни услуги на майки от ЕГ, са избрани, тъй като те в най-голяма степен се доближават до прилагане критериите от 3 до 10 за ключови клинични практики на Десетте стъпки на БПБ. Цялостните услуги в другите три болници в по-малка степен се доближават до пълното изпълнение на тези критерии, тъй като там интервенцията се прилага от отделен специалист, а в акушерските практики работят екипи от специалисти (АГ, неонатолог, акушерки) по изградена програма. Въпреки това, насоките и подкрепата за кърмене в няколко срещи по време на болничния престой и предоставянето на възможност за последваща подкрепа през първия месец (основно дистанционно чрез телефонни разговори и чат с обучен специалист) също имат достатъчно значим ефект и при майките от държавните/общински болници.

В контролната група майките получават стандартната грижа за болничните заведения, в които раждат, включително и по отношение на кърменето.

В периода от втори до шести месец и в двете групи не е провеждана контролирана интервенция, но може да се оцени както дългосрочния ефект на първоначалната подкрепа около раждането и до края на първия месец, така и на последваща подкрепа, потърсена по инициатива на майката.

¹ IBCLC (International Board Certified Breastfeeding Lactation Consultant) е световният златен стандарт в клиничната подкрепа на кърменето. Това е медицински специалист, специализиран в клиничния мениджмънт на кърменето и лактацията. IBCLC са сертифицирани от Международния съвет за изпитване и оценяване на консултантите по лактация (the International Board of Lactation Consultant Examiners®) под ръководството на Националната комисия за сертифициращи агенции на САЩ (U.S. National Commission for Certifying Agencies). Наз 38 хил. IBCLC от 136 страни работят в различни здравни заведения, включително болници, педиатрични кабинети, обществени здравни клиники и частни практики, в които грижите се предоставят в дома или в кабинета на консултанта в общността.

СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА ЕВРОПЕЙСКИЯ ПЛАН ЗА ДЕЙСТВИЕ И НАЦИОНАЛНИТЕ ПОЛИТИКИ В БЪЛГАРИЯ ЗА ЗАЩИТА, ПОДКРЕПА И НАСЪРЧАВАНЕ НА КЪРМЕНЕТО

На база на събраната информация от документи и други източници на информация за планираните и прилаганите политики и програми за насърчаване на кърменето е направен сравнителен анализ между европейския политически документ „План за действие за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето в Европа“ и наличните политики в България.

Направено е сравнение по 5-те приоритетни области на Европейския план за действие от ревизията му от 2008 г.

Приоритетна област 1: „Политики и планиране“

Европейският план за действие поставя акцент върху разработването и прилагането на цялостна, самостоятелна национална политика за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето, основана на Глобалната стратегия и интегрирана в системата на общественото здраве. Анализът показва, че в България липсва такава цялостна политика, както и дългосрочен стратегически план или последователни краткосрочни оперативни планове. Въпреки наличието на отделни дейности в други национални програми – Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2021-2030 (НППМДЗ), Националната програма за превенция на хроничните и незаразни болести 2021-2025Н(ППХНБ) и в Стратегията за детско и юношеско здраве, те са фрагментарни, непълни по обхват и често ограничени до здравно-промотивни дейности.

Политики. След приключването на Националния план за храни и хранене (2005–2010 и преливането на мерките и дейностите по темите му в по-широки програмни документи (НППХНБ, НППМДЗ) не съществува национална политика, която да поставя кърменето като приоритет, нито специфични мерки за уязвими групи. Липсват и професионални ръководства от медицинските асоциации (дружествата по педиатрия, неонатология, АГ и др.), основани на международните стандарти, което затруднява унифицирането на добри практики.

Планиране. Поради отсъствието на цялостна политика, не са формулирани приоритети, цели и индикатори. Липсват стратегически и оперативни планове с ревизии, основани на мониторинг. Наблюдава се само частично интегриране на кърменето в планове за общественото здраве, без да се покриват ключови области като системна подкрепа, обучение, мониторинг и регулации.

Мониторинг. В България липсва национална система за мониторинг на показателите на кърменето, основана на стандартизирани дефиниции и методи. В резултат липсва и публикуване на регулярни национални данни, необходими за планиране и оценка на въздействието.

Управление. След прекратяване дейността на Националния комитет по кърмене (НKK) към Министерство на здравеопазването (МЗ) липсва национален координатор, както и координационен орган/междусекторен комитет, отговарящ за координация,

планиране и оценка. Не са изградени механизми за приемственост, контрол и системен преглед на изпълнението на политики.

Финансиране. Финансовите ресурси, предвидени в националните програми, са недостатъчни и нецелевы. Одитни данни на НППМДЗ показват, че някои планирани дейности, включително свързани с кърменето, се изпълняват без предвидено или с много малко финансиране. Едва през 2023 г. се появяват ограничени по обем целеви средства, обхващащи малък брой дейности. Не се финансират свързани с кърменето услуги в доболничната и болничната помощ. Липсват механизми, гарантиращи независимостта на политиките и дейностите от производители в обхвата на ратифицирания от България Международен кодекс за разпространение на заместителите на майчина кърма на СЗО.

България показва значителни пропуски спрямо препоръките в Приоритетна област 1. Основните дефицити са свързани с липса на: цялостна национална политика, стратегии и планове, координационни структури и механизми, устойчиво финансиране, мониторинг, участие на професионалните асоциации. Фрагментарното разпределяне на дейностите между различни програми не осигурява системен подход и устойчивост. В резултат кърменето не е институционализирано като приоритет.

Приоритетна област 2: Комуникация за поведенческа и социална промяна

Приоритетна област 2 акцентира върху системна, целенасочена и научно обоснована комуникация, която да информира жените, семействата и общностите и да подкрепя социалната и поведенческата промяна, необходима за повишаване на честотата и продължителността на кърменето. Анализът показва, че в България съществуват **значителни структурни дефицити** в тази област.

Информация, образование и комуникация за бъдещи и настоящи родители. Национална система за качествено, лично и достъпно консултиране не е изградена. В страната има недостатъчен брой обучени здравни специалисти и работещи в общността доброволни консултанти, които да предоставят съвременна, основана на доказателства подкрепа. Липсва държавен механизъм за гарантиране качеството и съответствието на информационните материали; изключение са материали, разработени от НЦОЗА, УНИЦЕФ и неправителствения сектор. Наблюдава се и широка разпространеност на материали в конфликт на интереси, включително чрез здравни заведения, което противоречи на Международния кодекс за разпространение на заместителите на майчина кърма.

Не се идентифицират и адресират специфичните информационни нужди на високорискови групи (жени с нисък образователен или затруднен социално-икономически статус, майки с първо дете, майки в много млада възраст, имигрантки, майки с труден предходен опит). Информационните потребности на членовете на семейството също остават извън обхвата на националните усилия; такива дейности се извършват почти изцяло от неправителствения сектор.

Комуникация на ниво общности и институции. В България има устойчивост единствено по отношение на ежегодното отбелязване на Световната седмица на кърменето в първата седмица на август, в което участват публични институции и

граждански организации и постига по-широко обществено внимание. Извън кампанийния период активната комуникация се извършва главно от НПО и от някои РЗИ и е ограничена по обхват. Има необходимост от разработени национални или регионални информационно-образователни пакети за институции (здравни и социални услуги, училища, медии, политически структури). Поради липсата им кърменето рядко се представя последователно като „нормалния начин“ на хранене в съответствие с международните препоръки.

Медии, мониторинг и наблюдение на обществените нагласи. Няма национална система за проследяване на знанията, нагласите и поведението на населението по отношение на кърменето. Липсата на такъв мониторинг възпрепятства разработването на целенасочени комуникационни стратегии и оценката на ефективността на съществуващите инициативи. Медийното присъствие е предимно позитивно, но е спорадично и концентрирано около кампании.

Роля на неформалната подкрепа и гражданския сектор. Голяма част от информационните материали и обучения, насочени към специфични групи (напр. ромска общност), са разработени от неправителствени организации на проектен принцип. Мрежите за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“ и доброволните консултанти по кърмене в общността предоставят ценни услуги, но са недостатъчно разпознати от държавата като ресурс и не са интегрирани в цялостна система за подкрепа, което ограничава обхвата им.

Комуникационните дейности, насочени към промяна на поведението в подкрепа на кърменето в България, биха могли да бъдат по-целенасочени и координирани на държавно ниво, тъй като в настоящия момент все още инициативите на гражданския сектор имат водеща роля. Липсват национални стандарти, материали, системи за мониторинг, механизми за избягване на конфликти на интереси и политики за адресиране на разнообразните потребности на различни групи. В резултат държавната комуникация не успява да изпълни ключовата си роля за създаване на подкрепяща социална и информационна среда, която все още се опира предимно на инициативи извън институционалната система.

Приоритетна област 3: Обучение

Приоритетна област 3 подчертава необходимостта от системно, стандартизирано и основано на доказателства обучение на всички категории здравни специалисти, които имат отношение към грижите за майки и бебета. Анализът показва, че в България **липсва цялостна, структурирана и устойчива система за обучение по кърмене** както на академично ниво, така и на нивото на работното място като продължаващо професионално обучение.

Академично обучение. В базовото обучение на лекарите, акушерките, медицинските сестри и други здравни професионалисти липсва стандартизиран минимален модул по кърмене, отговарящ на международните препоръки на СЗО/УНИЦЕФ. Темата се засяга частично в рамките на други дисциплини и не осигурява необходимата подготовка за работа с майки и новородени. В няколко университета са разкрити курсове за следдипломно обучение или избираеми дисциплини, но те не са задължителни, не покриват голяма част от студентите и не могат да гарантират унифициран стандарт на подготовка.

Съществува програма за следдипломна квалификация по специалност „Консултант по кърмене и здравословно и диетично хранене“, включена в националната класификация на длъжностите и професиите и в номенклатурата на специалностите в системата на здравеопазването, но само като неклинична специалност. Поради липсата на възможности за реализация в системата и съотв. търсене програмите са ограничени по брой, достъпност и прием. Не е оценено доколко учебното съдържание покрива международните стандарти за компетентност.

Продължаващо обучение на работното място. България няма национален стандарт, изискващ и регулиращ редовно обучение на медицинския персонал по кърмене. В болниците с родилни отделения продължаващото обучение е рядкост, обикновено по инициатива на отделни екипи или ръководители, и най-често като еднократни кратки курсове. Това води до значителни различия между болниците и до липса на актуални знания при персонала на първа линия. Не са разработени и национални материали за продължаващо обучение, независими от търговски интереси. Не се проследява нито обхватът, нито ефективността на обучението на работното място, тъй като липсва система за мониторинг.

Обучение за покриване на международен стандарт и сертификация. Държавната политика не насърчава преминаването на специалисти през международно признати програми и сертификация като IBCLC. Професионалните общности не разпознават достатъчно международната сертификация, а липсата на институционален стимул води до това, че IBCLC специалистите (в България около 13) са недостатъчно и получават квалификацията си изцяло по собствена инициатива и с лични средства.

Роля на неправителствените организации. В България неправителственият сектор компенсират липсата на държавни образователни политики. Националната асоциация „Подкрепа за кърмене“ (НАПК) организира 45-часови курсове, основани на програмата на СЗО/УНИЦЕФ, водени от лектори с международна сертификация (IBCLC). Тези курсове предоставят качествено обучение, но достигат до ограничен брой специалисти и не могат да заместят държавната образователна инфраструктура.

Приоритетна област 3 е изключително важна, но недостатъчно развита в България. За устойчивото ѝ развитие е необходимо: стандартизирано академично обучение, високо покритие на продължаващото обучение, на регулации и мониторинг, институционална подкрепа за специализирани квалификации, подкрепяща, а не основна роля на гражданския сектор в образователните инициативи. Тези пропуски значително ограничават капацитета на здравната система да предоставя качествена подкрепа за кърменето и допринасят за вариабилността в клиничните практики в страната.

Приоритетна област 4: Защита, насърчаване и подкрепа

Приоритетна област 4 събира ключови механизми за осигуряване на среда, която защитава правото на майките да кърмят, подкрепя практическите им нужди и насърчава продължителното кърмене. Тя включва Глобалната стратегия за хранене на кърмачето и малкото дете, Международния кодекс за разпространение на заместителите на майчина кърма, Инициативата „Болница – приятел на бебето“ (БПБ), законодателство за защита на работещите майки и други модели за подкрепа в общността. Анализът показва, че

България **частично покрива изискванията по отделни компоненти**, докато по-голямата част от подобластите остават без цялостна политика и устойчива система.

Прилагане на Глобалната стратегия за хранене на кърмачето и малкото дете и мониторинг на изпълнението. България няма национални политики, основани на Глобалната стратегия на СЗО относно храненето на кърмачето. Липсват документи, които да интегрират системно препоръките за ранно начало на кърмене, изключително кърмене и продължаване до 2-годишна възраст и след това. Поради отсъствието на национален план липсва и система за мониторинг, което прави невъзможно проследяването на напредък по ключови индикатори и оценката на въздействието.

Спазване на Международният кодекс за разпространение на заместителите на майчина кърма. България частично покрива изискванията на Международния кодекс, предимно чрез европейското законодателство, което регулира етикетирането на млечните формули. Липсват съществени елементи:

- национално законодателство, което да забранява промоции, подаръци, маркетингови практики или спонсориране от компании-производители и разпространители на продукти в конфликт с Кодекса;
- механизъм за мониторинг и контрол на нарушенията;
- нормативни санкции;
- информираност на здравните специалисти за отговорностите им по Кодекса;
- регулации за предотвратяване на конфликт на интереси при обучения, здравно-промоционални материали и събития.

В резултат, в България широко се разпространяват материали, разработени или финансирани от фирми–производители на млечни формули, включително чрез болнични структури.

Законодателство за защита на работещите майки. Тази област е най-добре развитата на национално ниво. Трудовото законодателство в България включва едни от най-благоприятните в Европа мерки за отпуск по майчинство, което подпомага кърменето през първите месеци. В Трудовия кодекс са заложили и регламентирани почивки за кърмене в подкрепа на работещите и кърмещи майки. Въпреки това има и области с необходимост от развитие:

- регулирана осигурена среда за изцеждане и съхранение на кърма на работното място;
- стимули за работодателите на кърмещи жени;
- повече информация към работодателите, здравните специалисти и обществеността за правата на работещите майки;
- разширяване на защитата към всички категории кърмещи жени (студенти, мигранти и др.).

Инициатива „Болница – приятел на бебето“. БПБ е сред най-слабо изпълнените компоненти. Въпреки ранното ѝ въвеждане, в момента програмата практически не функционира:

- нито една болница в момента не покрива стандарта и няма поддържана акредитация;
- няма държавна политика, финансиране или техническа подкрепа за прилагане на 10-те стъпки;

- липсва интегриране на критериите в системите за акредитация на лечебните заведения;
- стъпките за подкрепа (включително Стъпка 10) не са структурно свързани със системата в общността;
- включването на бащите и семействата е ограничено.

Съществуват отделни болници, които доброволно прилагат елементи от добрите практики, но това е резултат от усилията на отделни екипи, а не на системна политика.

Високоспециализирана подкрепа от здравни специалисти. Капацитетът за предоставяне на квалифицирана подкрепа е ограничен:

- малък брой обучени здравни специалисти;
- едва 13 IBCLC консултанти в страната;
- липса на клинично признаване и нормативно регулиране на специалисти по лактация и съотв. механизми на финансиране чрез НЗОК на подобни услуги (липса на безплатни услуги в болничната и доболничната помощ);
- липса на механизми за поддържане на качество и обратна връзка от пациентите;
- недостатъчна подкрепа за майки на болни или недоносени бебета, включително липса на условия за изцеждане, неприемане на кърма в много неонатологии и недостиг на донорска кърма.

Доброволни консултанти и групи за взаимопомощ. В гражданския сектор съществуват мрежи от доброволни консултанти (работещи по подхода „Майки подкрепят майки“ доброволци), но те са недостатъчно разпознати като ресурс за общностна подкрепа от държавата и не са интегрирани в системата за подкрепа. Липсват и програми за обучение на общностно ниво, разработени или финансирани на национално ниво, както и механизми за сътрудничество между здравните професионалисти и общностните мрежи. В исторически план пример за частична институционална подкрепа е създаването на НАПК през 2010 г. под егидата на функциониращият тогава Национален комитет по кърмене към МЗ.

Подкрепа в общността и семейството. Подкрепата за кърмене в общността е несистемна, тъй като липсват общностни програми за подкрепа на кърменето извън гражданския сектор, целеви дейности за уязвими групи и предоставяне на информация за достъпните услуги. Отделни организации (Тръст за социална алтернатива, Мрежа здравни медиатори, НАПК, Ла Лече Лига България“ работят проектно без държавна подкрепа.

По приоритетна област 4 също има структурни дефицити в националната политика за кърмене. България разполага с благоприятни елементи (като продължителния отпуск по майчинство), но в почти всички останали компоненти – Международния кодекс, БПБ, системата за подкрепа и услуги др. – липсва системна държавна политика, финансиране, регулации и координация. Това силно ограничава качеството и достъпността на подкрепата за кърмене и подчертава необходимостта от национален стратегически документ и устойчиви механизми за прилагането на мерките му.

Приоритетна област 5: Изследвания

Приоритетна област 5 подчертава необходимостта от системни, регулярни и висококачествени изследвания върху кърменето и храненето на кърмачета и малки

деца, които да осигуряват надеждни данни за планиране, мониторинг и оценка на политиките. В България **липсва национална изследователска рамка в областта на кърменето**, няма устойчиви механизми за събиране на данни, а провежданите проучвания са фрагментарни, най-често проектно базирани и недостатъчни за системно проследяване на тенденциите.

В България не съществува национален план или рамка за изследвания в областта на кърменето и храненето на децата. Последното широкообхватно национално представително изследване за храненето на кърмачето и малкото дете, даващо подробна картина за честотата и практиките на кърмене, е от 2007 г. и е направено от НЦОЗА с финансиране от УНИЦЕФ. С изключение на частичната научна информация за честотата и практиките в кърменето, осигурена чрез периодични изследвания с по-широка тематика и финансирани в рамките на НППХНБ, проучванията за кърменето в България са малко и плод на инициативата на отделни заинтересовани екипи, специалисти, академични институции или НПО. Липсват механизми за координация между министерства, научни организации и здравни структури, както и ясни приоритетни теми.

Приоритетна област 5 е **не е покрита в достатъчна степен** в България. Липсата на обстойни национални данни, рутинен мониторинг и стратегическо планиране води до невъзможност за оценка на напредъка и затруднява разработването на политики. Необходима е национална изследователска рамка, която да гарантира регулярни, представителни и методологично стандартизирани изследвания, както и интегриране на показателите за кърмене в националните здравно-информационни системи.

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ЕМПИРИЧНО ПРОУЧВАНЕ ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЕФЕКТА ОТ ПРИЛОЖЕНИЕ НА ДОБРИТЕ ПРАКТИКИ ЗА ЗАЩИТА, ПОДКРЕПА И НАСЪРЧАВАНЕ НА КЪРМЕНЕТО В БОЛНИЧНИ ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ

1. Социално-демографски и клинични характеристики

Анализът на социодемографските характеристики показва, че изследваните групи са в голяма степен съпоставими по ключови показатели, което осигурява добра основа за сравнение на ефекта от интервенцията. Средната възраст общо за изследваните лица е $32,02 \pm 5,17$ години – $32,68 \pm 4,74$ г. за ЕГ и $31,34 \pm 5,52$ г за КГ, като разликата помежду им не е статистически значима (Unpaired Samples t-test $t=-1,975$; $p=0,05$). Делът на майките над 35 години е сходен – 28% в ЕГ и 23,7% в КГ. Това равномерно разпределение, както и липсата на статистически значима разлика по комбинирания показател с потенциално по-неблагоприятна прогноза за успеха на кърменето „висока възраст + първо дете“ ($\chi^2=0,37$; $p=0,83$), показват че възрастовите различия не влияят върху основните резултати.

Разпределението по населени места е сходно между групите, с преобладаване на участнички от големи градове. В ЕГ 89,8% живеят в големи или средни градове, а в КГ – 87,7%. Високата урбанизация на извадката следва да се отчита като особеност на проучването, но не създава групова асиметрия.

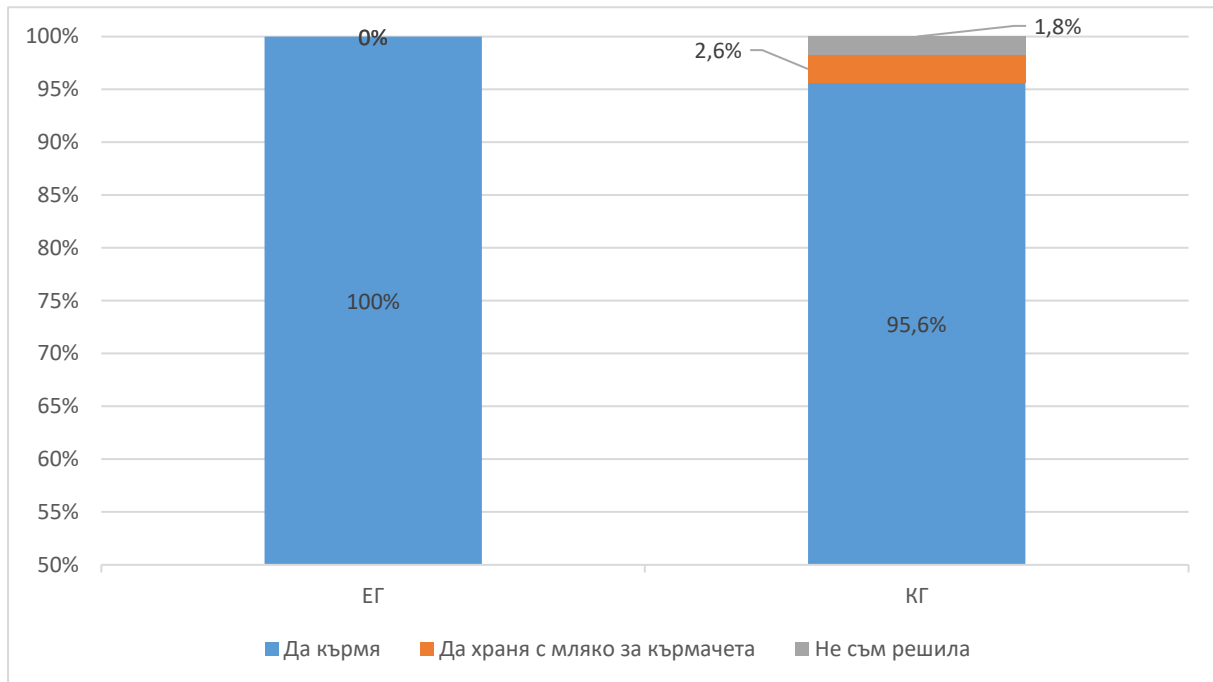
По отношение на образованието се установява значима разлика между групите: делът на майките с висше образование е по-висок в ЕГ (90,7%) спрямо КГ (79,8%) ($\chi^2(1)=5,46$; $p=0,019$). Тъй като образованието е фактор, който потенциално може да повлияе на успеха на кърменето, е проведен последващ поданализ.

По отношение на поредност на раждането и други основни клинични показатели не се установяват статистически значими различия между двете групи, което позволява предположението, че групите са съпоставими по отношение на основни пренатални и перинатални характеристики.

Таблица 1. Структурно разпределение на участниците в проучването по социално-демографски характеристики

	ЕГ	КГ	Общо
Възраст (средна ст. \pm SD)	$32,68 \pm 4,74$ г.	$31,34 \pm 5,52$ г.	$32,02 \pm 5,17$ г.
Образование (бр.)			
Висше	107	91	198
Средно и по-ниско	11	23	34
Поредност на раждане (бр.)			
Първо дете	63	63	126
Две и повече деца	55	51	106
Местоживеене (бр.)			
Големи и средни градове	106	100	206
Малки градове/села	12	14	26
Съпътстващи здравни състояния с влияние върху лактацията (бр.)			
Без заболяване	74	71	145
Едно или повече	44	43	87

По отношение на нагласата за кърмене се наблюдава висока степен на желание за кърмене в първоначалния етап и в двете групи – 100% в ЕГ (n=118) и 95,6% в КГ (n=109). (Фиг. 2)



Фигура 2. Нагласи за кърмене по време на първоначалния период

2. Различия между групите, влияещи върху резултатите

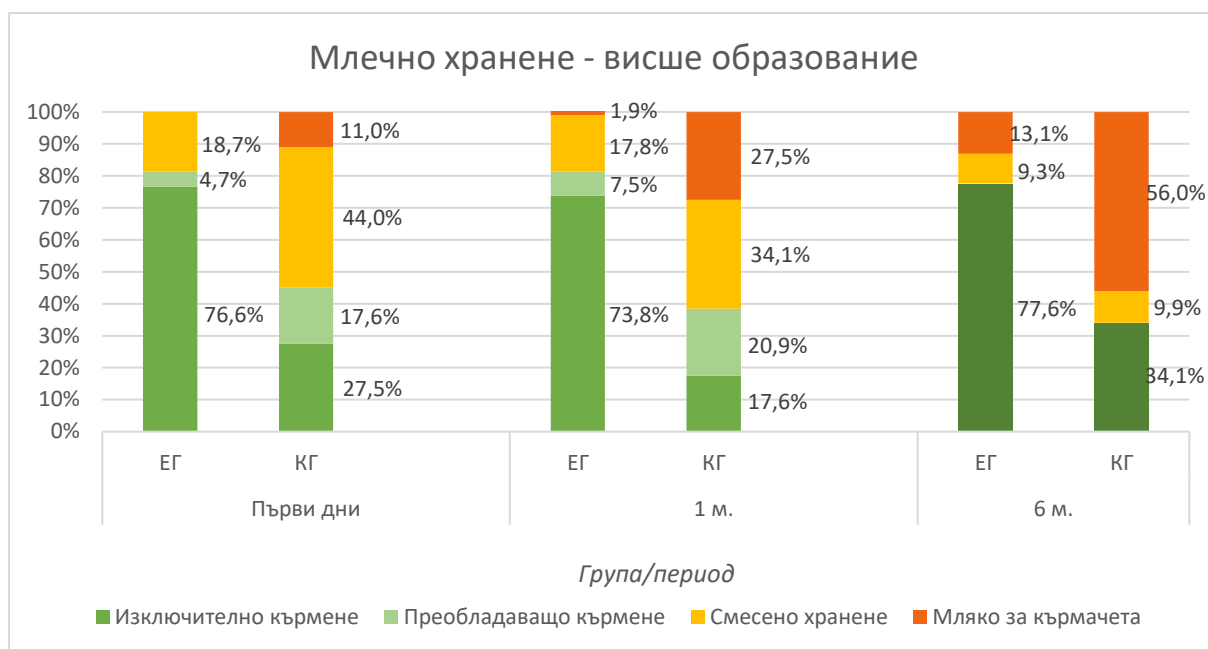
На структурно ниво се идентифицират фактори, които потенциално могат да повлияят на успеха на кърменето:

2.1. Различия според нивото на образование

Анализът показва статистически значима връзка между образователното равнище и вида хранене както в края на първия ($\chi^2=9,8$; $p=0,02$), така и в края на шестия месец ($\chi^2=9,3$; $p=0,03$). С повишаване на образованието нараства вероятността за изключително кърмене (ИК) (линейна асоциация $p=0,017$ на 1 месец; $p=0,006$ на 6 м.). Корелационните коефициенти ($r=0,16-0,18$) показват слаба връзка, което предполага, че образованието е подкрепящ, но не и определящ фактор.

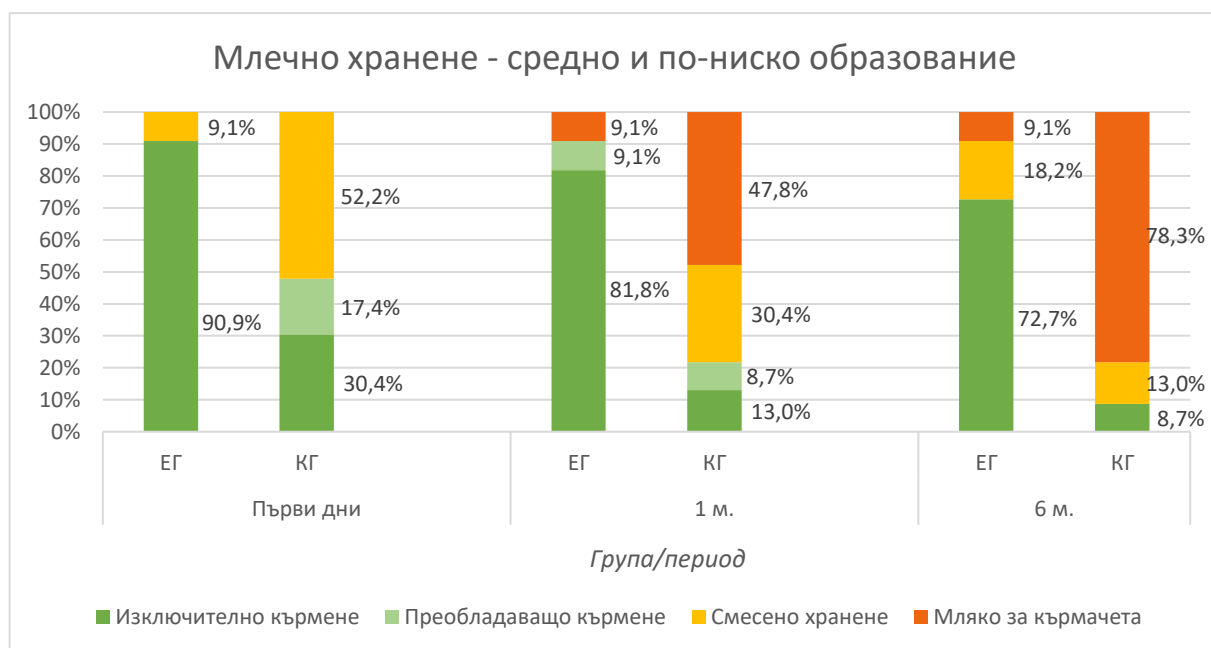
За да се провери влиянието на груповият дисбаланс, са направени поданализи при майките с висше и със средно и по-ниско образование.

Резултатите са в пълно съответствие с общата тенденция: делът на изключително кърмените в първите дни е значимо по-висок в ЕГ (81,3%) спрямо КГ (45,1%) ($\chi^2=26,67$; $p<0,001$), като този превес се запазва и на 1 месец и на 6 месеца. Разликите между групите при майките с висше образование съвпадат почти напълно с разликите в общата извадка (Фиг. 3). Това показва, че високото образование усилва вероятността за кърмене, но самостоятелно не обяснява наблюдаваното подобрене в ЕГ.



Фигура 3. Практики за кърмене по възрастови периоди при майките с висше образование

Разликите при майките със средно и по-ниско образование са още по-изразени: в EG честотата на кърмене е по-висока на всички етапи, докато в КГ делът на заместващото хранене е значително по-голям, особено на шестия месец. (Фиг. 4) И в двете образователни подгрупи принадлежността към EG или КГ е статистически значимо свързана с начина на хранене ($p < 0,001$ на всички етапи).



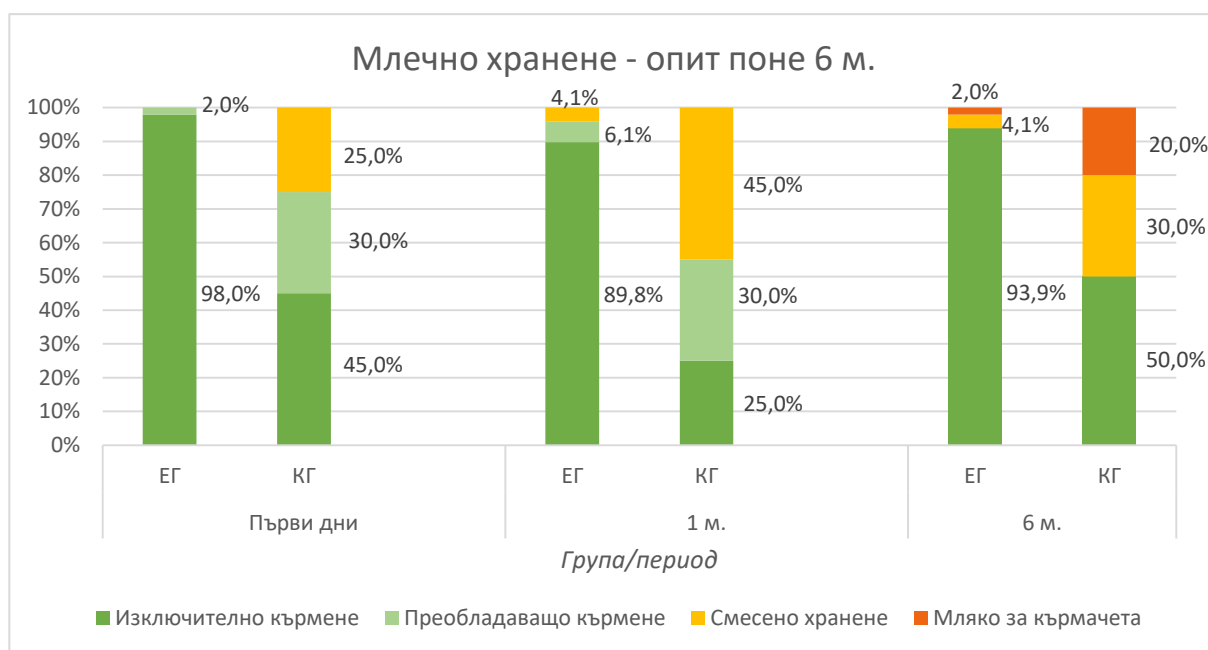
Фигура 4. Практики за кърмене по възрастови периоди при майките със средно и по-ниско образование

В обобщение, по-високото образование действа като подкрепящ, но ограничен фактор за кърменето. Много по-съществено влияние има предоставянето на специализирана подкрепа, която подобрява честотата на кърмене и при двете образователни групи, като ефектът е най-голям сред майките със средно и по-ниско образование.

2.2. Различия по предходен опит с кърменето

Предходният опит е силен предиктор за успех. Данните показват значима връзка между опита и вида хранене в цялостния анализ ($\chi^2 = 57,443$; $p < 0,001$ за 1-ви месец и $\chi^2 = 61,479$, $p < 0,001$ за 6-ти месец). Корелационните коефициенти ($r \approx 0,29$ Пирсън; $\rho \approx 0,22$ Спирман) показват положителна, макар и умерена зависимост: с увеличаване на опита нараства вероятността майката да практикува изключително кърмене.

Поданализът при майките с ≥ 6 месеца предходен опит очертава ясно предимство на ЕГ: в първите дни 100% от майките в ЕГ кърмят, срещу 75% в КГ. На 6 месеца кърменето е запазено при 93,9% от майките в ЕГ и при 50% в КГ. (Фиг. 5) В КГ се наблюдават повече негативни тенденции – преминаване към смесено или заместващо хранене.



Фигура 5. Практики за кърмене по възрастови периоди при майките с предходен опит с кърменето поне 6 м.

Резултатите показват, че опитът е важен, но не елиминира нуждата от подкрепа. Разликите между ЕГ и КГ остават значими дори в подгрупата с най-висока вероятност за успех, което показва синергичен ефект между опит и интервенция.

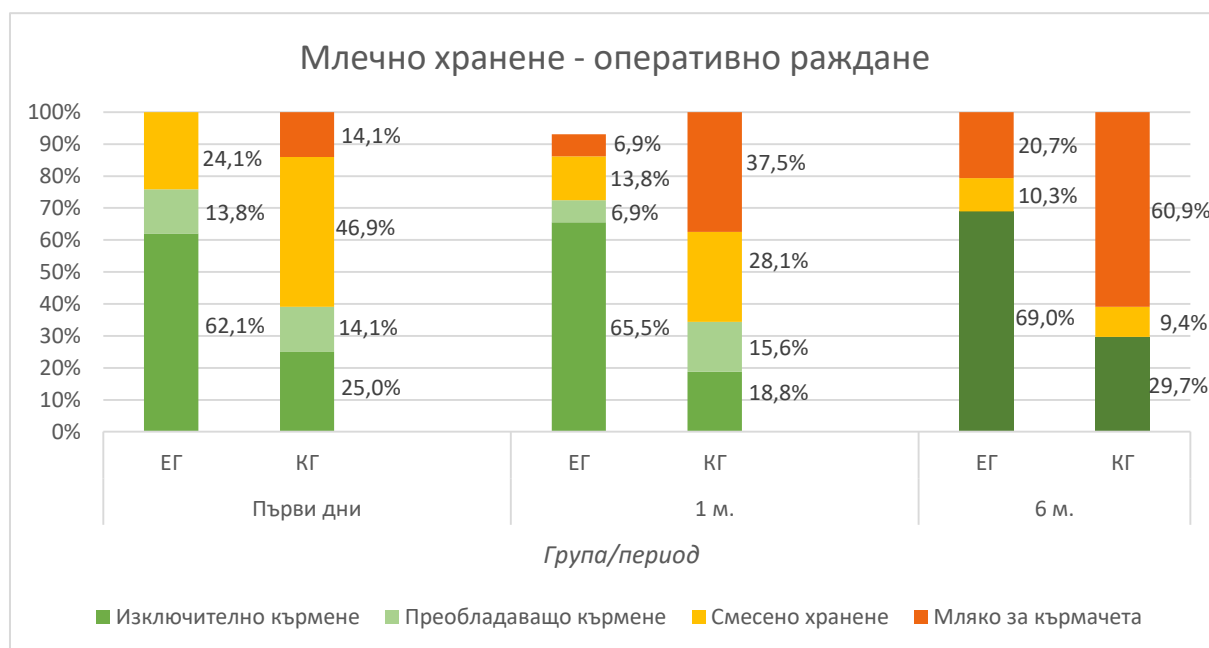
2.3. Различия по предходни здравни състояния

Здравните състояния с потенциално влияние върху лактацията оказват влияние само в ранния период: установена е значима връзка с успеха на кърменето на първия месец ($\chi^2=14,08$; $p=0,029$), но не и на шестия. Това вероятно се дължи на факта, че ако майките със здравни затруднения са успели да установят успешно кърмене в първия месец, те или го запазват по-нататък, или други фактори изиграват роля при неблагоприятно развитие. Разпределението по наличие на здравни състояния е сходно между групите (около 37%), което означава, че този фактор не изкривява сравнението.

2.4. Различия според начина на родоразрешение

Анализът на влиянието на начина на родоразрешение показва, че оперативното раждане е значим фактор, свързан с по-ниска честота на кърмене, но наличието на специализирана подкрепа значително смекчава този ефект. Делът на майките, родили чрез цезарово сечение, е значително по-нисък в ЕГ – 24,6%, спрямо 56,1% в КГ ($\chi^2=24,05$; $p<0,001$). Предвид влияние на оперативното раждане върху ранното кърмене и разликата в дяловете в двете групи, са проведени поданализи на база типа родоразрешение.

В подгрупата на майките с оперативно родоразрешение ЕГ показва значително по-добри резултати: още след изписването изключително или преобладаващо кърмени са 75,9% от бебетата (срещу 39,1% в КГ; $\chi^2=10,81$; $p=0,001$). До края на първия месец разликите се засилват: само 2 майки в ЕГ преминават към мляко за кърмачета, докато в КГ делът на смесено/заместващо хранене нараства над два пъти и половина. На шестия месец в двете групи кърменето намалява, но се запазва при значително по-голям дял от майките в ЕГ, а КГ отново отчита по-голям ръст на заместващото хранене, като разликите се запазват значими ($p=0,001$). (Фиг. 6).



Фигура 6. Практики за кърмене по възрастови периоди при майките с оперативно раждане

Подобни резултати се наблюдават и при майките, родили по естествен път. На всички етапи – след изписването, на първия и на шестия месец – връзката между участието в ЕГ или КГ и вида хранене е значима ($\chi^2=13,69$ до $\chi^2=54,82$; $p<0,001$). В ЕГ значително повече майки започват кърмене още в родилното, а на първия месец делът на изключителното кърмене е много по-висок (68 от 89), в контраст с КГ, където едва 7 от 50 майки продължават да кърмят изключително. На 6 месеца кърменето се запазва при значително по-голям дял от майките в ЕГ, докато в КГ водещо е храненето с млека за кърмачета.

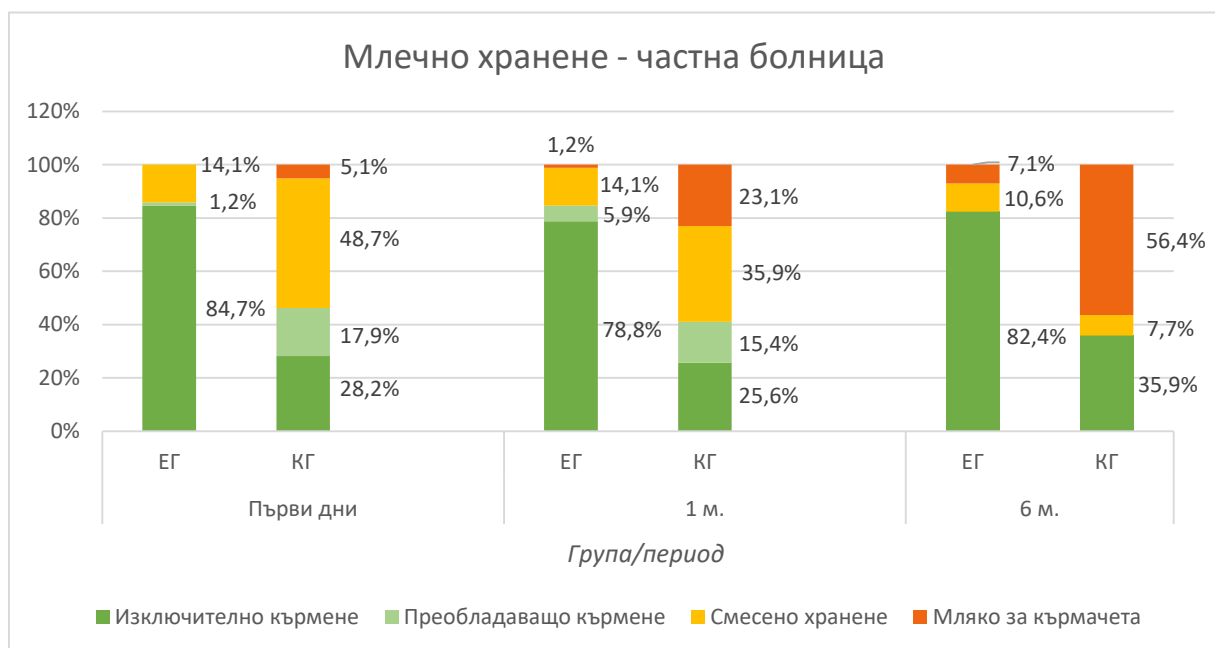
Независимо от начина на раждане интервенцията отчетлив и устойчив ефект върху поддържането на кърменето като при оперативното раждане компенсира неблагоприятните начални условия.

2.5. Различия по тип болница

Проверката за влияние на типа лечебно заведение показва статистически значима връзка между раждането в частна болница и по-висока вероятност за изключително кърмене ($p < 0,001$).

Разликите между групите по този показател са значими ($\chi^2 = 33,34$; $p < 0,001$) и трябва да бъдат взети предвид при интерпретацията на резултатите. В ЕГ 72% от майките са родили в частни болници, докато в КГ 65,8% са родили в държавни/общински болници. Този фактор е отчетен и влиянието му е проверено чрез допълнителни поданализи според типа болница.

Резултатите ясно показват по-висок дял на кърмене в ЕГ на всички етапи (χ^2 от 36,85 до 43,58; и трите $p < 0,001$). В ЕГ почти всички започват с изключително кърмене. В КГ, въпреки по-добрата болнична среда, преобладава смесеното хранене. (Фиг. 7)



Фигура 7. Практики за кърмене по възрастови периоди при майките с раждане в частна болница

И при раждане в държавна/общинска болница интервенцията показва силен ефект. Разликите между групите са значими още в първите дни ($\chi^2 = 10,41$; $p = 0,015$), засилват се на 1 месец ($\chi^2 = 30,12$; $p < 0,001$) и се запазват на 6 месеца ($\chi^2 = 14,39$; $p = 0,002$).

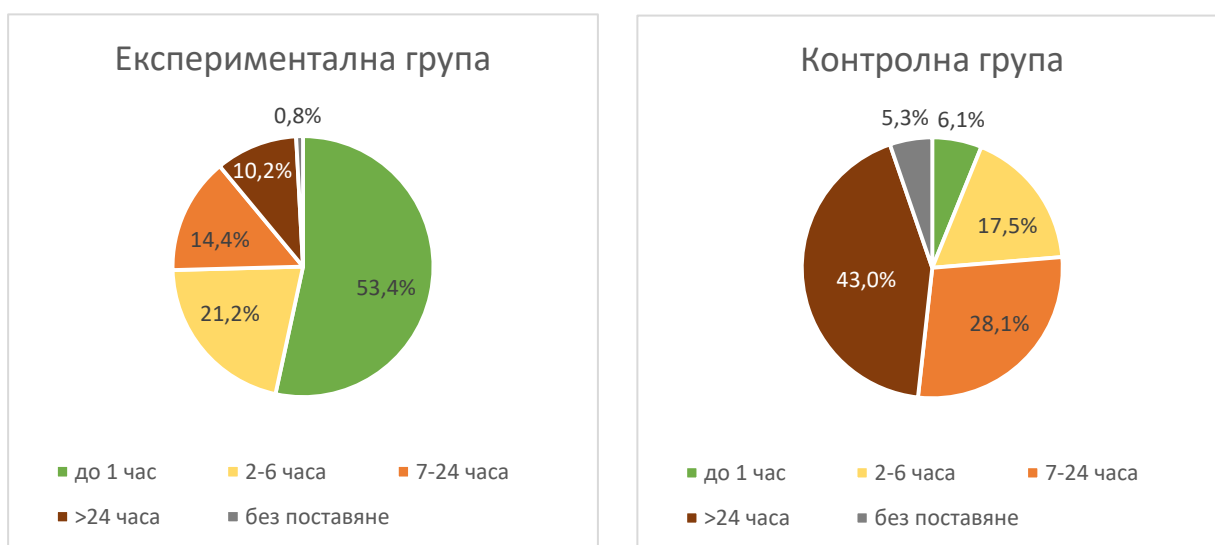
Типът болница влияе частично, но интервенцията подобрява резултатите във всички контексти. Това потвърждава, че ключовият фактор е подкрепата, а не толкова институционалната среда.

3. Фактори, свързани с клиничната подкрепа на кърменето

Клиничните практики по време на болничния престой след раждането представляват ключов компонент от подкрепата за кърмене и съществено влияят върху установяването и поддържането на млечното хранене. Някои добри клинични практики за подкрепа на кърменето, включени в 10-те стъпки за успешно кърмене, на които се основава Програмата „Болница – приятел на бебето“, са подложени на дескриптивен анализ и проверка за статистическа значимост в тази извадка, като се проследяват както груповите различия между ЕГ и КГ, така и връзките между тези практики и изключителното кърмене в различните етапи.

3.1. Ранен контакт

Ранният контакт кожа до кожа, заложен в Стъпка 4 на 10-те стъпки за успешно кърмене, показва много изразени различия между двете групи. (Фиг. 8) В ЕГ 53,4% от майките поставят бебето на гърда в първия час след раждането, докато в контролната група (КГ) това правят едва 6,1%. Почти три четвърти от майките в ЕГ осъществяват първо кърмене до 6-ия час, срещу 24,3% в КГ. Значително по-висок е и дялът на майките в КГ, които не поставят бебето на гърда в първите 24 часа — резултат, обясним с по-големия дял оперативни раждания и широко разпространената практика за продължително разделяне след оперативно раждане.

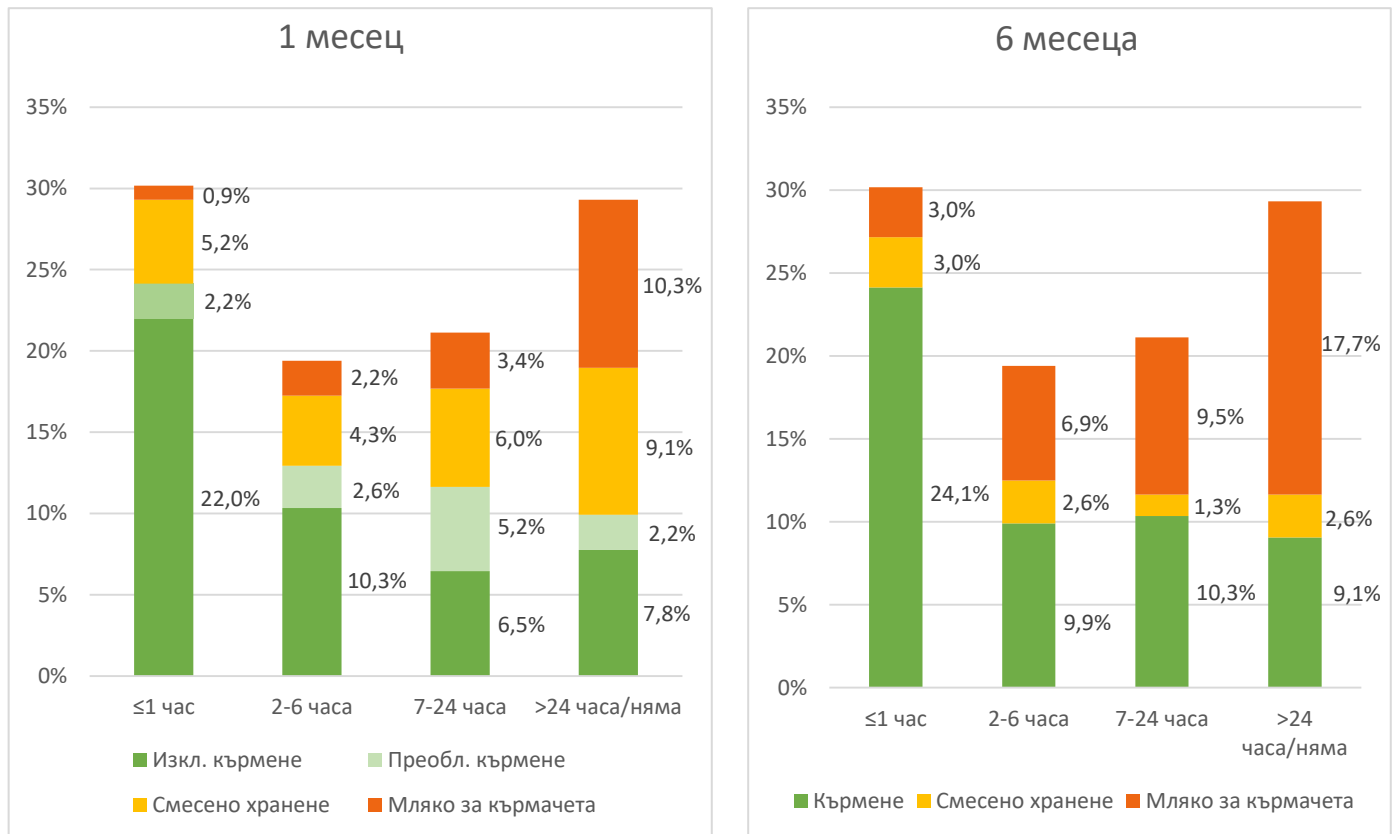


Фигура 8. Структурно разпределение на времето за поставяне на гърда през първото денонощие след раждане или след това в експерименталната и контролната групи

Статистическият анализ потвърждава, че времето на първия контакт е силен предиктор за успеха на кърменето. (Фиг. 9) Установена е значима и умерено силна положителна връзка между ранния контакт и изключителното кърмене на първия месец ($\chi^2=63,95$; $p<0,001$; $r\approx 0,43$), като майките, започнали кърмене в рамките на 1 час, показват най-високи нива на продължаващо кърмене. Забавеният контакт след повече от 24 часа е свързан основно с преминаване към смесено или заместващо хранене.

Тази зависимост се запазва и в по-дългосрочен план. На шестия месец ранният първи контакт остава значимо свързан с по-честа практика на кърмене ($\chi^2=57,84$; $p<0,001$; $r\approx 0,40$). Майките с ранно начало на кърменето запазват по-висок дял на млечно

хранене с кърма, докато при забавения контакт преобладава храненето с млека за кърмачета.



Фигура 9. Връзка между времето на първо кърмене и начина на хранене на 1 м. и на 6 м.

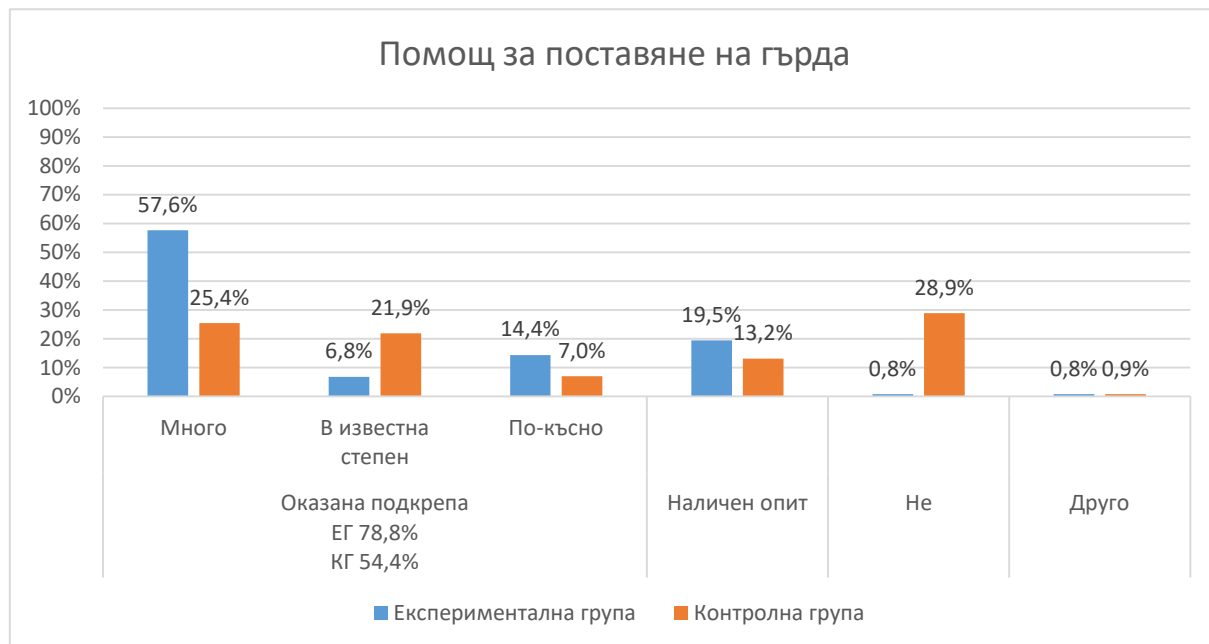
Резултатите категорично потвърждават ключовата роля на ранния контакт като клиничен фактор, който едновременно подпомага успешния старт и устойчивостта на кърменето през първите шест месеца. Той представлява един от най-значимите предиктори за успех, особено в контекста на оперативните раждания, при които рискът от забавено начало е най-висок.

3.2. Подкрепа при първото кърмене

Анализът на получената от персонала помощ за поставяне на бебето на гърда в синхрон с препоръката в Стъпка 5 от „10-те стъпки за успешно кърмене“ показва отчетливо по-висока честота и по-високо качество на оказаната помощ при първото кърмене в експерименталната група. Над половината майки в ЕГ (57,6%) съобщават, че са получили значима подкрепа при поставяне на бебето на гърда, докато в контролната група това посочват едва 25,4% ($p < 0,001$). (Фиг. 10) Макар субективните оценки да са ограничени от социално желаните отговори и непълно познаване на клинично адекватната помощ, тенденцията е ясна: майките в ЕГ получават по-комплексна и целенасочена подкрепа.

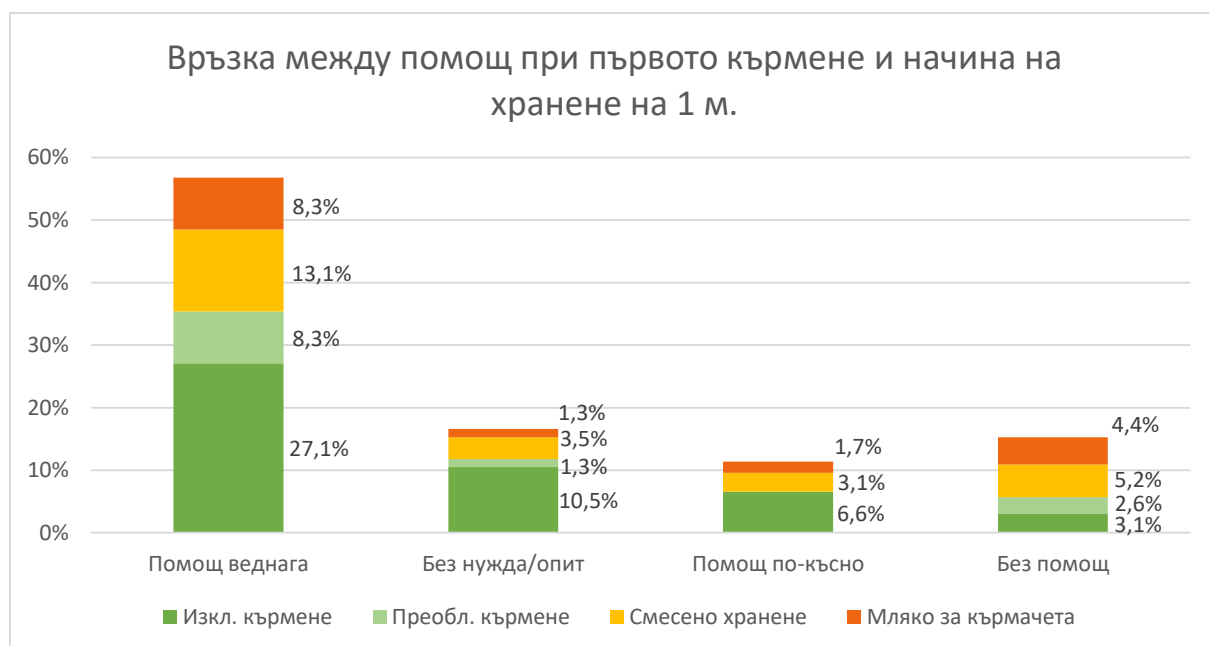
Статистическият анализ показва, че помощта при първото кърмене е значимо свързана с начина на хранене на първия месец ($\chi^2 = 33,89$; $p = 0,004$). Корелацията е слаба, но значима ($r \approx 0,16$), което предполага, че първоначалната подкрепа има реално, макар

и умерено влияние върху ранния успех на кърменето. На шестия месец зависимостта се запазва като статистически значима ($\chi^2=28,57$; $p=0,018$), но корелациите вече не са значими, което показва, че ефектът на този фактор отслабва с времето.



Фигура 10. Честота на получената помощ за поставяне на гърда за първи път при майките в двете изследвани групи

Получените резултати подчертават ролята на първоначалната помощ през първите часове и дни след раждането като важен краткосрочен предиктор за изключителното кърмене. За поддържане на кърменето в по-дълъг период обаче са необходими допълнителни и продължаващи интервенции. (Фиг. 11)



Фигура 11. Връзка между помощ при първото кърмене и начина на хранене на 1 м.

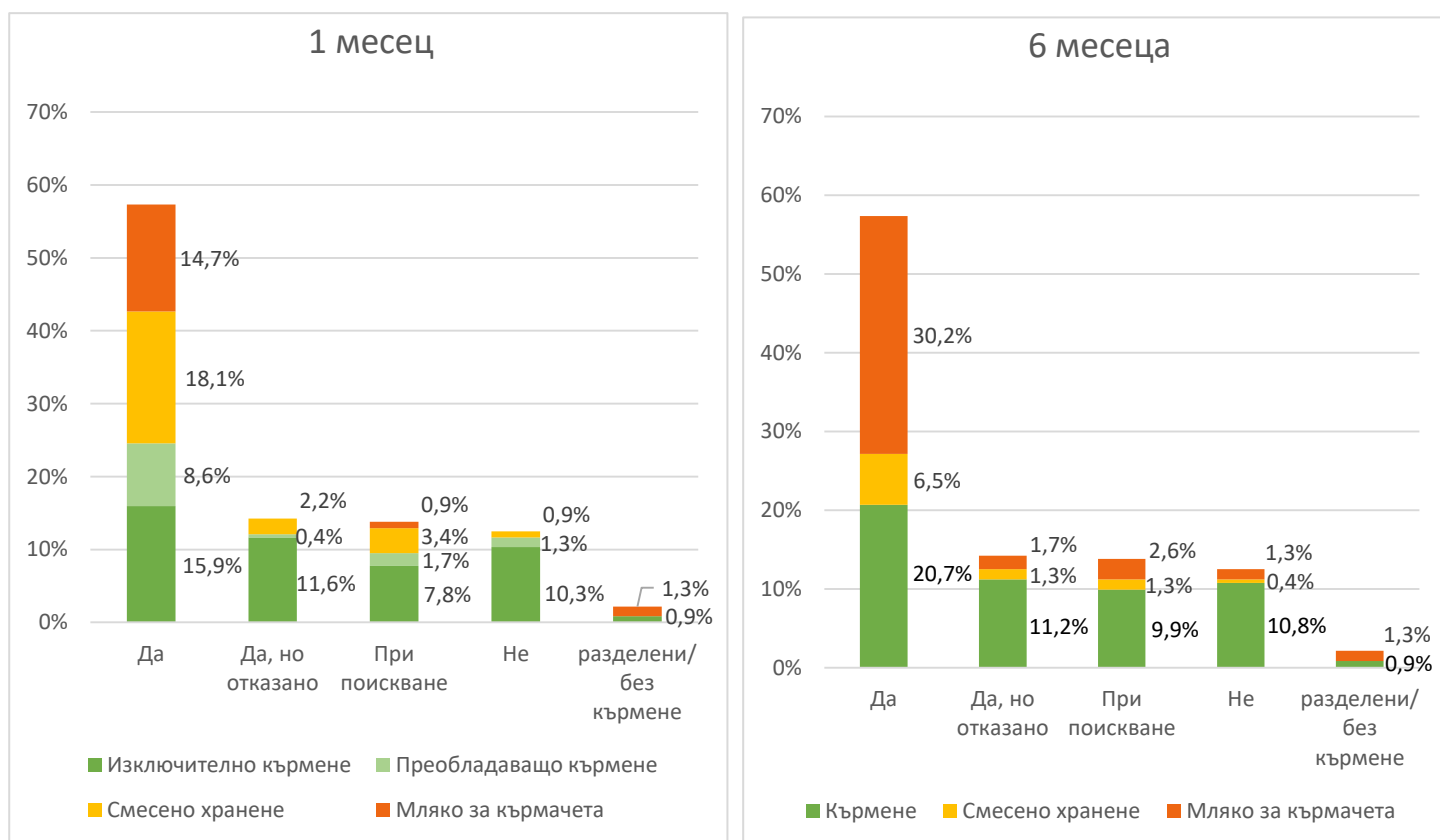
3.3. Предлагане на вода

По отношение на предлагането на вода, свързано със Стъпка 6 („да не се дават течности или други храни без медицинска причина“) данните показват, че рутинното ѝ предлагане в болниците вече не е широко разпространено.

Статистически анализ не установява значима връзка между предлагането на вода и начина на хранене нито на първия месец ($p=0,111$), нито на шестия ($p=0,76$). Това предполага, че други болнични практики имат по-силно влияние върху модела на хранене.

3.4. Предлагане на мляко за кърмачета от страна на персонала

Предлагането на мляко за кърмачета без медицинска необходимост (Стъпка 6) е един от най-силно свързаните негативни фактори с изключителното кърмене. Разликите между групите и моделите на хранене са ясно изразени. (Фиг. 12)



Фигура 12. Връзка между предлагането на мляко за кърмачета от персонала и начина на хранене на 1 м. и на 6 м.

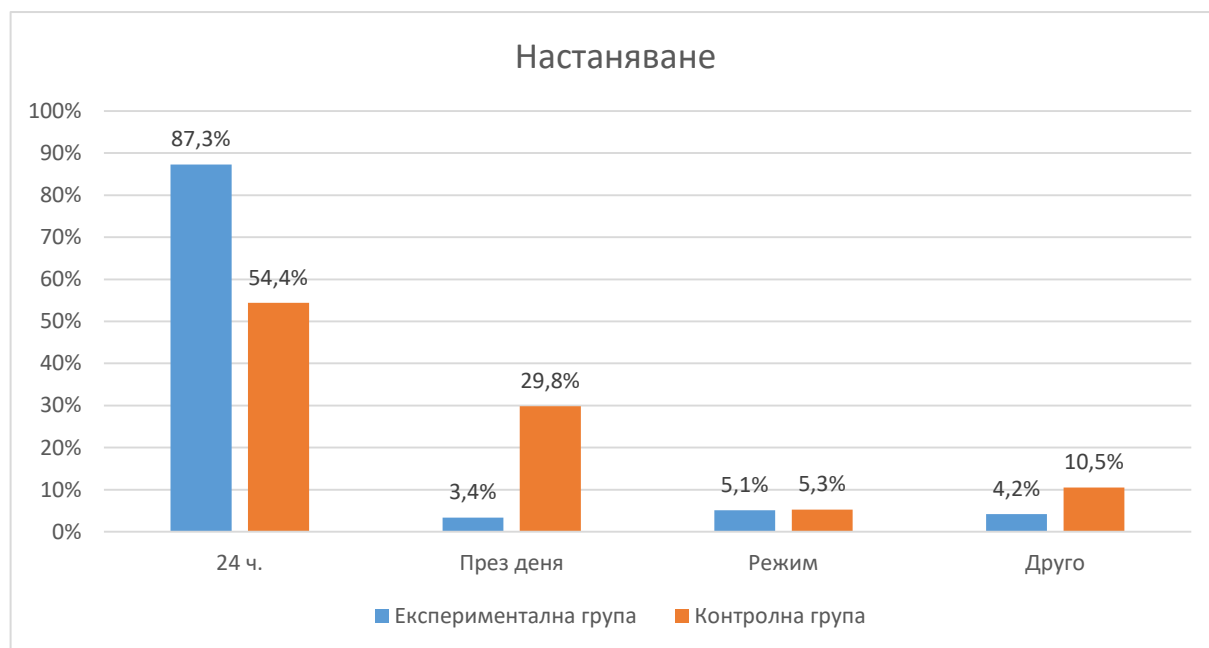
Установяват се значими статистически зависимости с типа млечно хранене както на първия ($\chi^2 = 64,5$; $p < 0,001$), така и на шестия месец ($\chi^2 = 46,035$; $p < 0,001$). Данните показват, че когато мляко е било предложено без изрично искане от страна на майката, вероятността за смесено или изцяло заместващо хранене значително нараства. Обратно, майките, които не са получавали такова предложение или са го отказали, значително по-

често запазват изключително кърмене – 27 от 33 на първия месец и 51 от 62 на шестия месец.

Корелационният анализ потвърждава умерена и статистически значима положителна връзка между непредлагането на мляко за кърмачета и по-високите нива на изключително кърмене (r и $\rho \approx 0,47$ на първия месец; r и $\rho \approx 0,38$ на шестия месец; $p < 0,001$). Тези резултати подчертават ключовото значение на болничните практики: предложеното мляко за кърмачета действа като силен негативен фактор за старта и устойчивостта на изключителното кърмене.

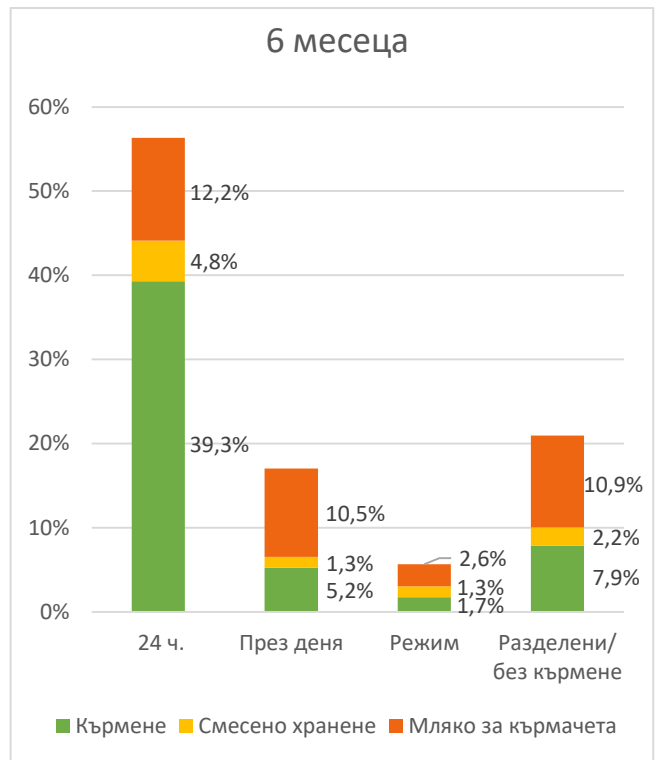
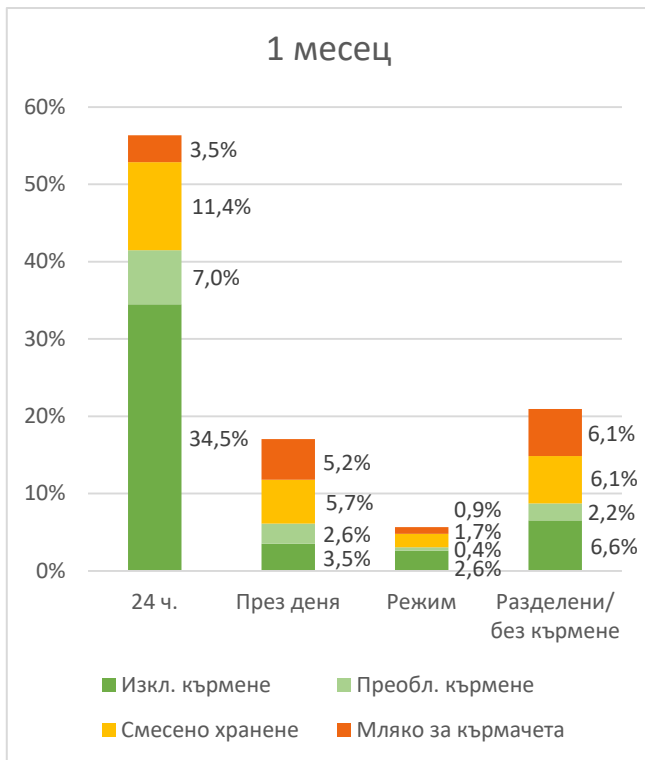
3.5. Настаняване на майката и бебето в една стая

Съвместното настаняване на майката и бебето през цялото денонощие (Стъпка 7) е още един компонент с ясно изразени групови разлики. (Фиг. 13) В ЕГ значително повече майки и деца са настанени заедно, което позволява непрекъснат контакт и кърмене. Анализът показва статистически значима зависимост между съвместното настаняване и начина на хранене както на първия месец ($\chi^2 = 50$; $p < 0,001$), така и на шестия месец ($\chi^2 = 41,3$; $p < 0,001$), като майките с пълно съвместно настаняване демонстрират по-висок дял на изключително кърмене.



Фигура 13. Разпределение в двете групи според начина на настаняване с бебето след раждането

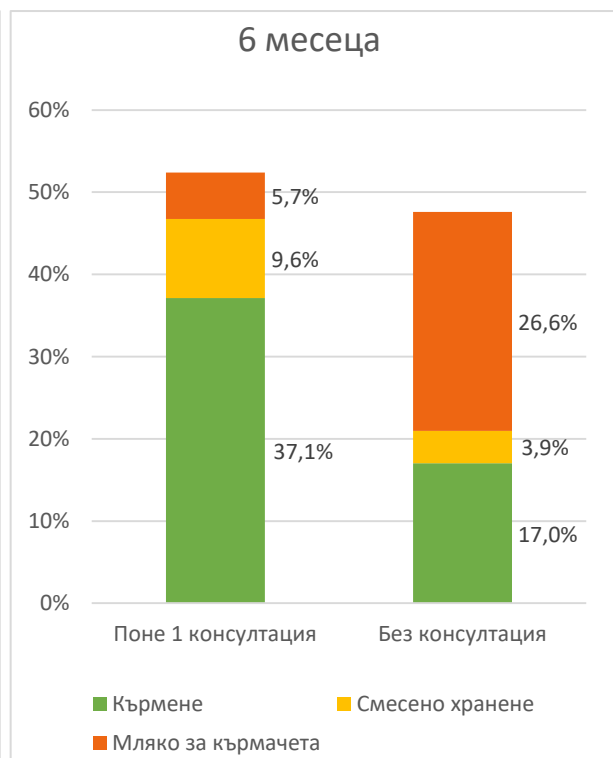
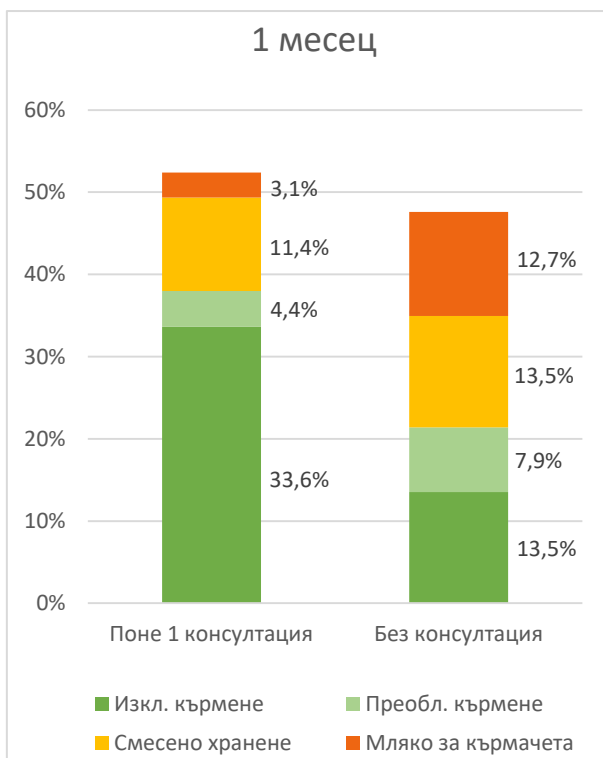
Въпреки че корелационните коефициенти (Спирман и Пиърсън) не достигат статистическа значимост, наблюдаваната тенденция потвърждава потенциалната роля на този елемент от организацията на болничните грижи за успешното и продължително кърмене. (Фиг. 14)



Фигура 14. Връзка между настаняването и начина на хранене на 1 м. и на 6 м.

3.6. Консултиране след изписването

Продължаващата подкрепа след изписване (Стъпка 10) е ключов елемент за устойчивостта на кърменето. Статистическият анализ показва значима връзка между наличието на консултация (присъствена или дистанционна) и типа млечно хранене както на първия месец ($\chi^2 = 34,38$; $p < 0,001$), така и на шестия месец след раждането ($\chi^2 = 35,55$; $p < 0,001$). (Фиг. 15)



Фигура 15. Връзка между консултиране в първия месец и начина на хранене на 1 м. и на 6 м.

Данните показват, че при липса на консултация по-често се наблюдава хранене с мляко за кърмачета или смесено хранене, докато при майки, получили навременна подкрепа, делът на изключително кърмените бебета е значително по-висок както в краткосрочен, така и в по-дългосрочен план. Корелационните коефициенти потвърждават умерена положителна връзка между консултацията и успешното кърмене на 1 и на 6 м. (r и $p \approx 0,38-0,39$; $p < 0,001$).

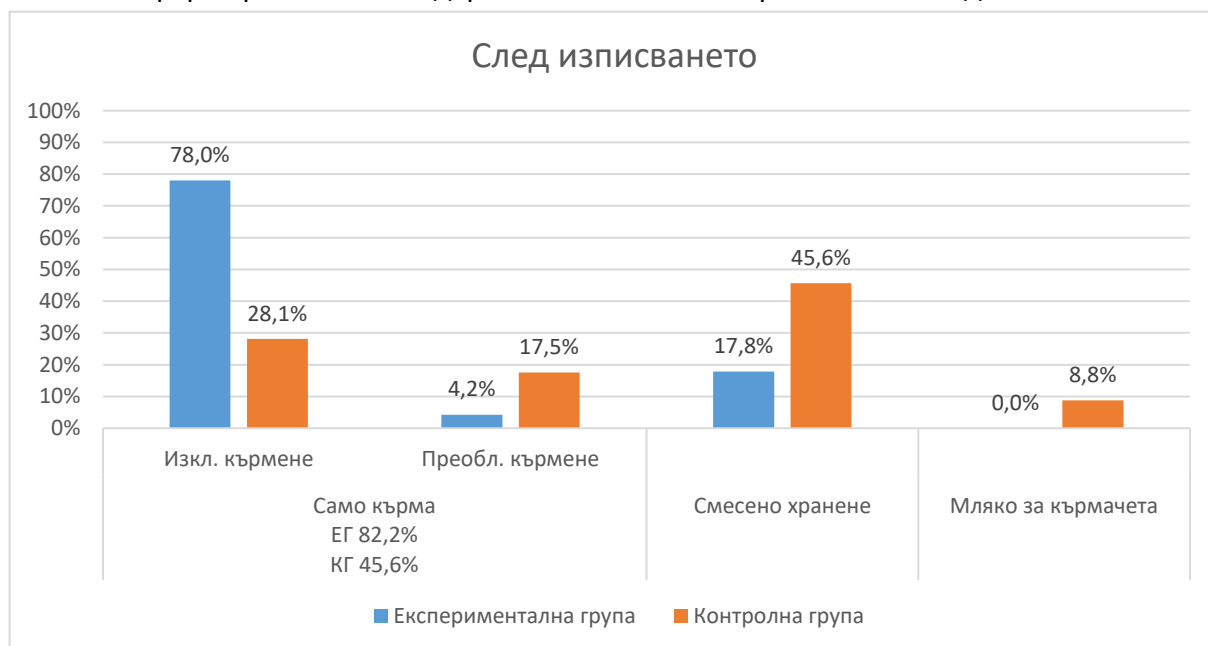
Резултатите подчертават необходимостта от продължаваща подкрепа след изписването, като липсата ѝ може да възпрепятства изключителното кърмене и да намали продължителността му и е свързана с по-висок риск от смесено хранене или ранно преминаване към мляко за кърмачета.

4. Вид млечно хранене по групи в първите дни, в края на първи и в края на шести месец

Анализът на вида млечно хранене – изключително кърмене, преобладаващо кърмене, смесено хранене и хранене с мляко за кърмачета – в трите етапа на проследяване показва ясни и значими различия между експерименталната и контролната група. Тези различия отразяват ефекта на предоставената подкрепа за кърмене върху храненето за бебетата.

4.1. Първи дни след изписване:

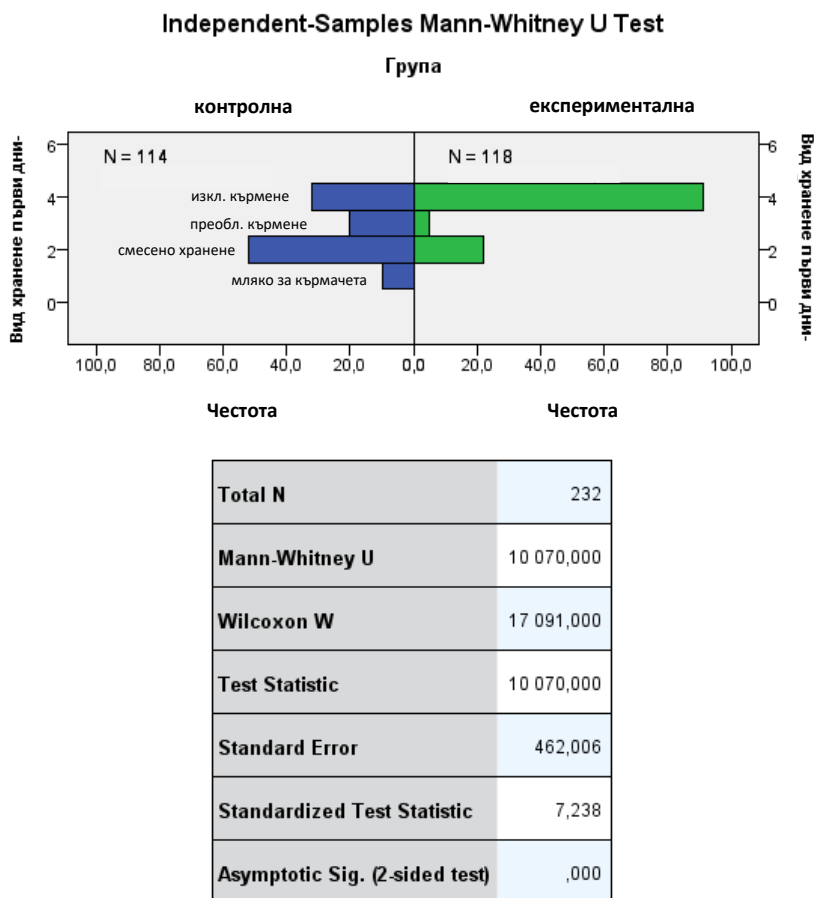
Още в първия етап разликите в храненето между двете групи са значителни. (Фиг. 16) Делът на изключително кърмещите майки в ЕГ е над 78%, което представлява **повече от 2,5 пъти по-висока честота**, сравнена с КГ (28,1%). В същото време преобладаващото хранене (кърма + вода/чай), въпреки че не е препоръчвано от международните стандарти, е отчетливо по-често в КГ (17,5% спрямо 4,2% в ЕГ), което предполага по-ниско ниво на информираност или подкрепа за избягване на ранното въвеждане на течности.



Фигура 16. Разпределение в двете групи според вида хранене на кърмачетата в първите дни след изписването

Смесеното хранене е значително по-често в КГ – 45,6% срещу 17,8% в ЕГ, а заместващото хранене (само мляко за кърмачета) се наблюдава при 8,8% от майките в КГ и напълно липсва в ЕГ (0%). Тези данни ясно демонстрират ефекта на предоставената в болницата подкрепа за кърмене и информационните практики върху ранния избор на майките.

За проверка на разликите между ЕГ и КГ е приложен непараметричен тест на Mann-Whitney Той показва значима разлика в разпределенията ($U = 10070$, $p < 0,001$). Размерът на ефекта ($d = 0,475$) е в горната граница на умерения ефект според класификацията на Коен, което означава, че излагането на интервенцията оказва съществено влияние още в първите дни (Фиг. 17).

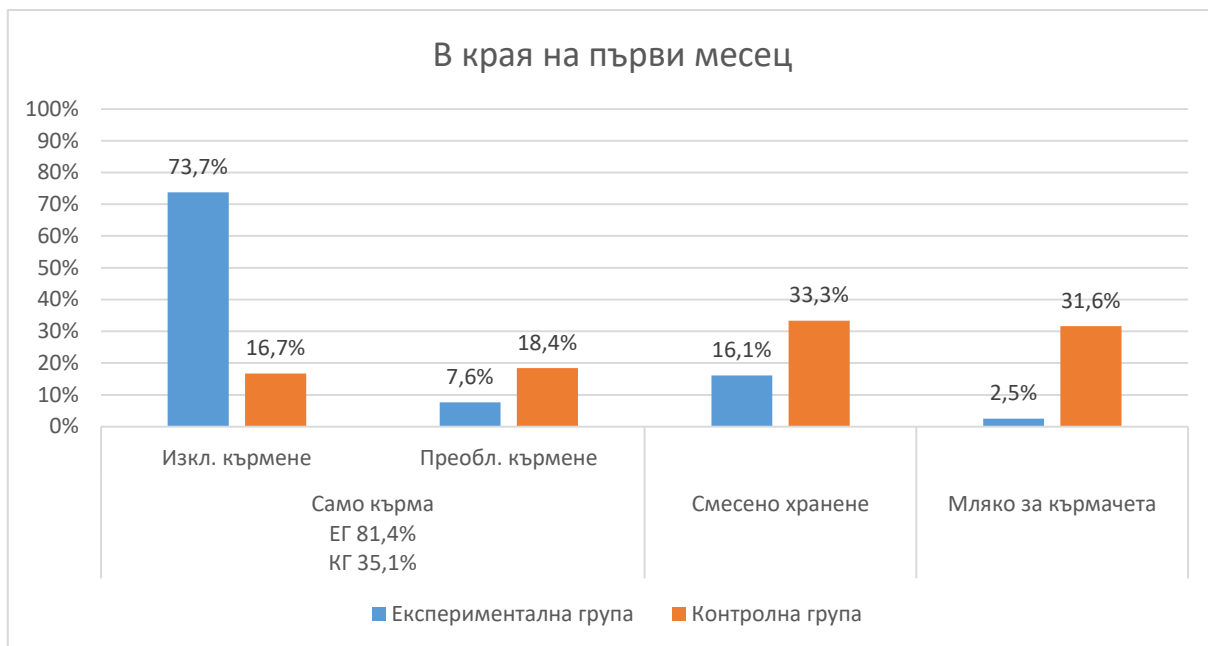


Фигура 17. Разпределение в двете групи според вида млечно хранене на кърмачетата в първите дни (тест на Mann-Whitney)

4.2. Край на първия месец:

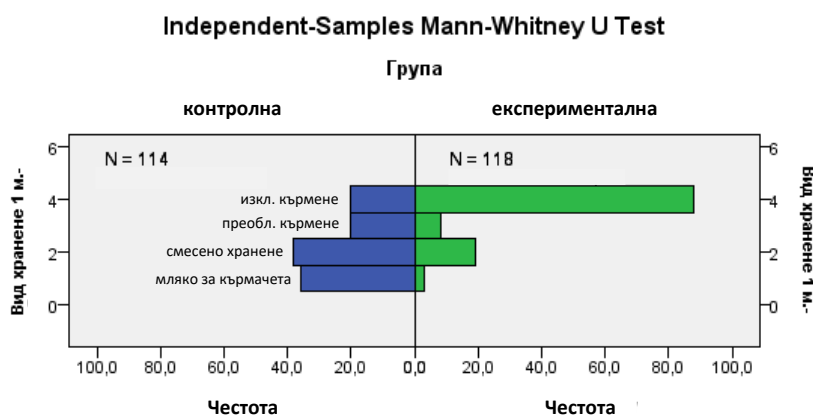
В края на първия месец делът на изключително кърмене в ЕГ остава висок – 73,7%, докато в КГ спада значително до 16,7%. (Фиг. 18) Дори ако се комбинира изключителното и преобладаващото кърмене в един показател („само кърма“), различията остават отчетливи – почти пълно запазване на дела в ЕГ и над 10% спад в КГ.

Смесеното хранене намалява минимално в ЕГ (-1,7%), докато в КГ спадът е значителен (-12%) и за сметка на рязко увеличение на заместващото хранене, което достига 31,6% (**над три пъти повече** спрямо първите дни). В ЕГ само 2,5% от майките преминават към мляко за кърмачета в края на първия месец.



Фигура 18. Разпределение в двете групи според вида хранене на кърмачетата след края на първия месец

Резултатите от Mann–Whitney отново показват значима разлика ($U = 10923$, $p < 0,001$), като размерът на ефекта нараства ($d = 0,575$) (Фиг. 19). Това подчертава нарастващата роля на продължаващата следродилна подкрепа, предоставяна само в ЕГ.

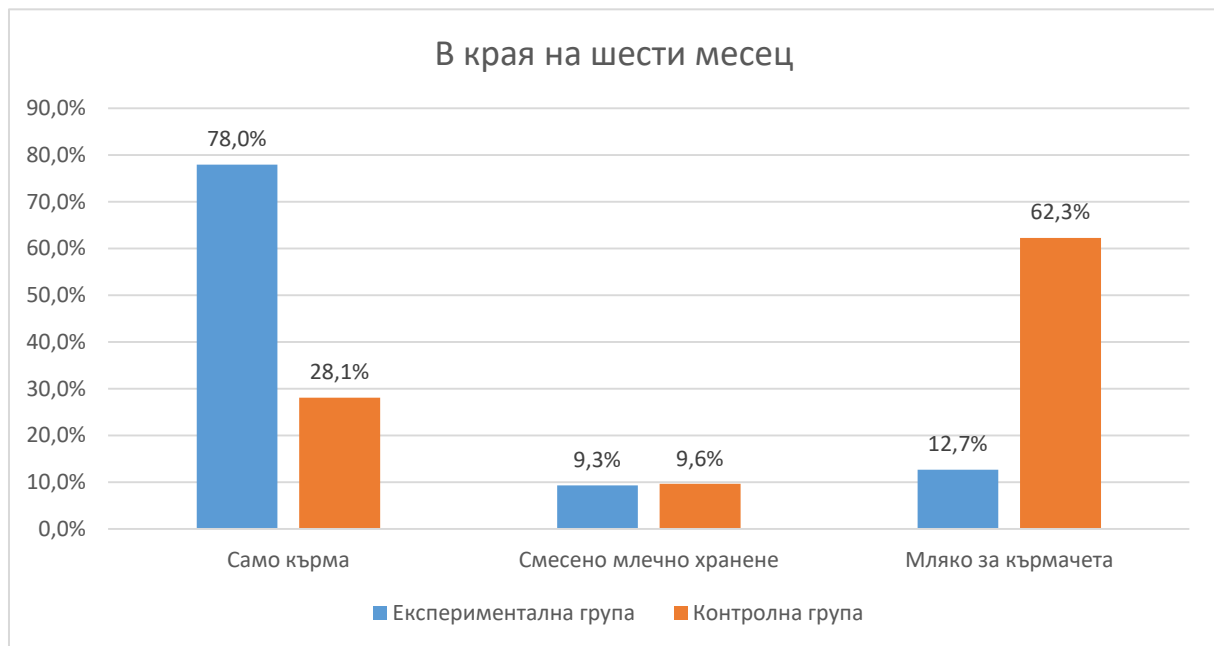


Total N	232
Mann-Whitney U	10 923,000
Wilcoxon W	17 944,000
Test Statistic	10 923,000
Standard Error	478,826
Standardized Test Statistic	8,765
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000

Фигура 19. Разпределение в двете групи според вида млечно хранене на кърмачетата в края на първия месец (тест на Mann-Whitney)

4.3. Край на шестия месец:

В края на шестия месец се наблюдава запазване на положителната тенденция в ЕГ. (Фиг. 20) Делът на майките, които предлагат само кърма като млечно хранене, се запазва близък до този от първия месец, със спад от едва 3,4%. За разлика от това, макар и в КГ да има известна стабилност в дяловете на кърмене в групата на запазилите кърмене майки, общият модел на хранене се измества значително към заместители на кърмата.

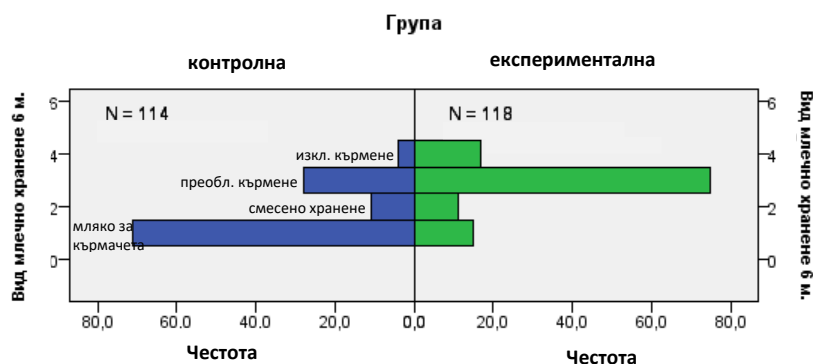


Фигура 20. Разпределение в двете групи според вида млечно хранене на кърмачетата след края на шестия месец

Заместващото хранене нараства над два пъти в КГ – от 31,6% до **62,3%**. В ЕГ се наблюдава увеличение, но в много по-малка степен (12 майки повече преминават към мляко за кърмачета).

Разликите между групите по вид млечно хранене според непараметричния тест на Mann–Whitney остават значими ($U = 10478$, $p < 0,001$), като размерът на ефекта ($d = 0,520$) е отново умерено висок (Фиг. 21). Това отразява устойчивостта на интервенцията и способността ѝ да влияе върху дългосрочното запазване на кърменето.

Independent-Samples Mann-Whitney U Test



Total N	232
Mann-Whitney U	10 478,000
Wilcoxon W	17 499,000
Test Statistic	10 478,000
Standard Error	473,941
Standardized Test Statistic	7,917
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000

Фигура 21. Разпределение в двете групи според вида млячно хранене на кърмачетата в края на шестия месец (тест на Mann-Whitney)

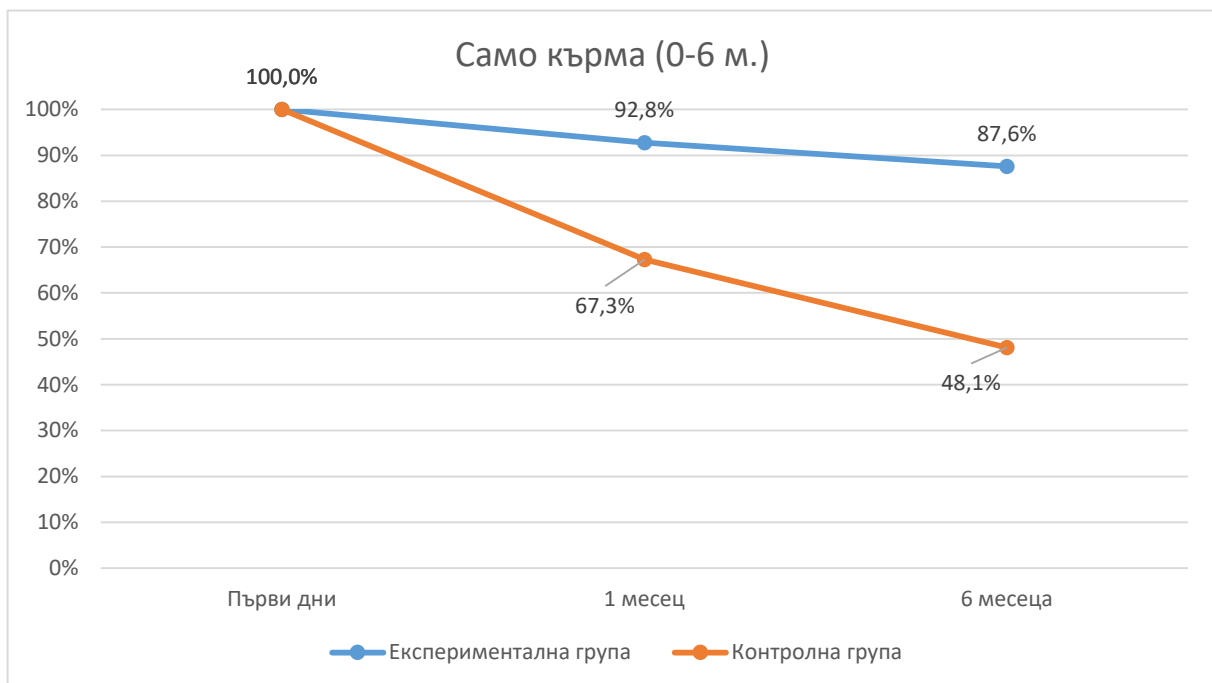
Таблица 2. Разпределение на вида млячно хранене по групи и периоди.

Период	Вид хранене	Експериментална група	Контролна група
Първи дни след изписването Mann-Whitney $U = 10070$, $p < 0,001$, $d = 0,475$ (умерен ефект).	Изключително кърмене	78%	28,1%
	Преобладаващо кърмене	4,2%	17,5%
	Смесено хранене	17,80%	45,6%
	Мляко за кърмачета	0%	8,8%
Край на първия месец Mann-Whitney $U = 10923$, $p < 0,001$, $d = 0,575$ (умерен/силен ефект)	Изключително кърмене	73,7%	16,7%
	Преобладаващо кърмене	7,6%	18,4%
	Смесено хранене	16,2%	33,3%
	Мляко за кърмачета	2,5%	31,6%
Край на шестия месец Mann-Whitney $U = 10478$, $p < 0,001$, $d = 0,520$ (умерен ефект).	Изключително кърмене	70,3%	11,0%
	Преобладаващо кърмене	6,0%	3,0%
	Смесено хранене	6,8%	23,7%
	Мляко за кърмачета	16,9%	62,3%

Сравнителният анализ по етапи демонстрира ясен, последователен и статистически значим ефект на интервенцията в експерименталната група на всички етапи на измерване. Разликите са налице още от първите дни, задълбочават се до края на първия месец и се запазват до шестия месец. (Табл. 2)

5. Преход от един към друг вид хранене (лонгитудинален анализ)

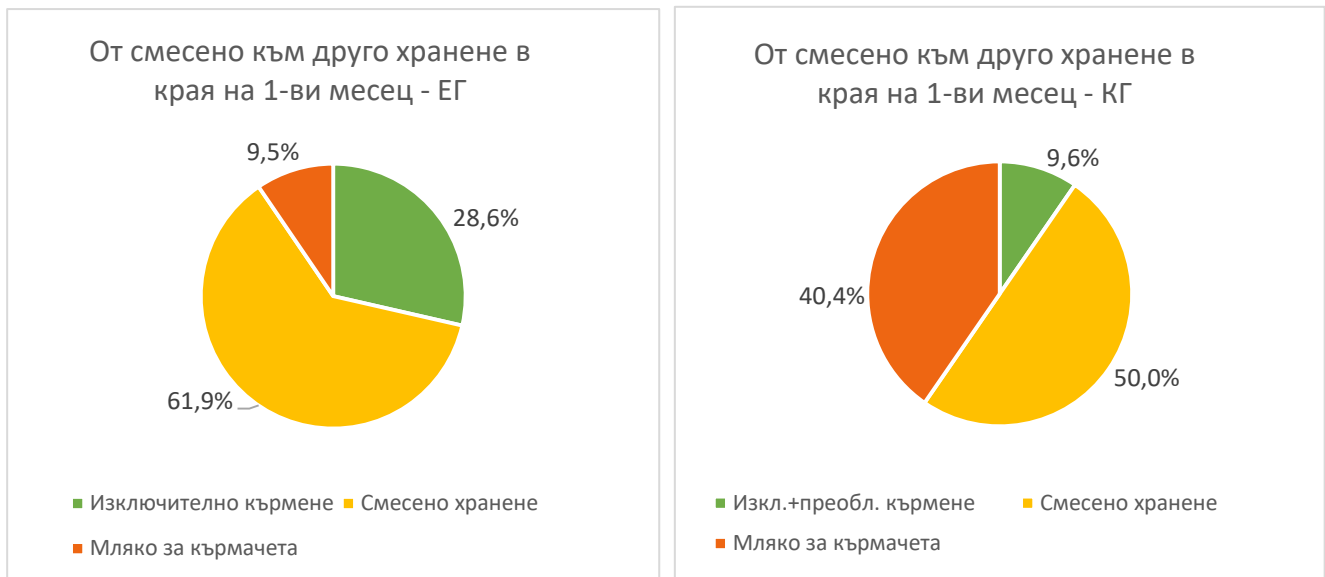
Лонгитудинално, запазване на кърменето от първите дни до края на първия месец има в 92,8% от започналите с кърмене майки в ЕГ (n=97) и в 67,3% в КГ (n=52), а само кърма като млечно хранене в края на 6-месечния период приемат кърмачетата съотв. в 87,6% (ЕГ) и 48,1% (КГ). (Фиг. 22)



Фигура 22. Тенденция в двете групи за запазване на храненето само с кърма от първите дни до 6-и месец, лонгитудинално

Сред майките, започнали със смесено хранене, също се наблюдават съществени разлики. Преминаване към изцяло кърмене е отчетено при 28,6% от майките в ЕГ, докато в КГ това се случва само при 9,6%. При лонгитудиналния анализ сред смесено хранещите майки (n_{ЕГ}=21, n_{КГ}=52) позитивна тенденция се наблюдава при 28,6% от ЕГ и само при 9,6% от КГ.

Във фиг. 23 се илюстрират дяловете на преминалите от смесено към друго хранене (в позитивна и негативна посока) в двете групи в края на първия месец.



Фигура 23. Преминане от смесено към друго хранене в края на първи месец в експериментална и контролна група, лонгитудинално

Лонгитудиналните данни допълват картината, показвайки, че интервенцията подпомага устойчивостта на индивидуалния избор във времето и по-доброто справяне при неблагоприятен старт.

6. Анализ на влиянието на комплекс от клинични фактори върху успеха на кърменето

За да бъде оценен относителният принос на различните клинични и организационни практики върху вероятността за изключително кърмене в трите контролни етапа, бяха проведени три последователни бинарни логистични регресии. Анализите включват набор от променливи, подбрани по теоретична значимост, съответствие с Десетте стъпки за успешно кърмене (СЗО/УНИЦЕФ) и предварителна статистическа зависимост от резултатите от кростабулациите.

И в трите модела са използвани едни и същи независими променливи (променливата за консултиране след изписването е добавена само на втория и третия етап), което позволява проследяване на техния ефект във времето и оценка на устойчивостта им. Методът на въвеждане е „Enter“.

6.1. Подкрепящи клинични практики върху успеха на кърменето в първите дни

Таблица 3. Резултати от бинарната логистична регресия за факторите, влияещи на изключително кърмене в първите дни след изписването

Променлива	B	S.E.	Wald	р-стойност	Exp(B)	95% CI за Exp(B)	Статистическа значимост
Цялостен комплекс от мерки за подкрепа (ЕГ)	1,175	0,431	7,415	0,006	3,237	1,390-7,537	значима
Време на започване на кърменето	0,442	0,204	4,682	0,030	1,556	1,043- 2,322	значима
Помощ при първото кърмене (общо)	-	-	11,636	0,009	-	-	значима
Помощ при първото кърмене (не, поради наличен опит)	2,090	0,681	9,429	0,002	8,083	2,130- 30,682	значима
Помощ при първото кърмене (не, но предоставена подкрепа по-късно)	0,538	0,712	0,571	0,450	1,713	0,424- 6,920	незначима
Помощ при първото кърмене (да, предоставена подкрепа)	0,476	0,577	0,680	0,410	1,610	0,519- 4,991	незначима
Предлагане на мляко за кърмачета от болничния персонал (общо)	-	-	11,421	0,010	-	-	значима
Предлагане на мляко за кърмачета от болничния персонал (при поискване от майката)	0,136	0,526	0,067	0,796	1,145	0,408- 3,213	незначима
Предлагане на мляко за кърмачета от болничния персонал (предлагано, но отказано от майката)	2,349	0,869	7,309	0,007	10,475	1,908- 57,506	значима
Предлагане на мляко за кърмачета от болничния персонал (не е предлагано)	1,367	0,606	5,090	0,024	3,922	1,197- 12,853	значима
Съвместно настаняване	-0,103	0,430	0,057	0,811	0,903	0,389- 2,096	незначима
Константа	-2,046	0,496	17,053	0	0,129		

Първият модел показва много добра прогностична способност ($\chi^2(9)=98,50$; $p<0,001$), обяснява до 47% от вариацията (Nagelkerke $R^2=0,467$) и класифицира правилно 75,5% от случаите. Тестът на Hosmer–Lemeshow ($p=0,441$) потвърждава доброто съответствие на модела с данните.

Най-силните независими предиктори:

- 1. Цялостен комплекс от мерки за подкрепа (принадлежност към ЕГ)**
Участието в ЕГ увеличава вероятността за изключително кърмене **3,24 пъти** (OR=3,237; 95% CI: 1,390–7,537; $p=0,006$). Този резултат потвърждава, че комплексната болнична интервенция има пряк и силен ефект още в първите дни.
- 2. Ранно начало на кърменето (Стъпка 4)**
Ранният контакт увеличава вероятността за изключително кърмене с **56% за всяка стъпка на подобрение** в показателя (OR=1,556; $p=0,030$). Ефектът му е отчетлив и подпомага интерпретацията на резултатите от кростабулациите.
- 3. Помощ при първото кърмене (Стъпка 5)**
Общият ефект е значим ($p=0,009$). Най-силен е ефектът при майките, които не са имали нужда от помощ поради предишен опит – те имат **8,08 пъти** по-големи шансове да кърмят изключително ($p=0,002$). Другите категории на помощ не достигат независима значимост.
- 4. Предлагане на мляко за кърмачета (Стъпка 6)**
Общият ефект е значим ($p=0,010$).
– не е предлагано: OR=3,922 ($p=0,024$)
– предлагано, но отказано: OR=10,475 ($p=0,007$)
Това е един от най-силните предиктори на модела.

Променливи без независима значимост на този етап

1. Съвместно настаняване (Стъпка 7)
2. Помощ при първо кърмене в категориите „получена веднага“ или „предоставена по-късно“

Тези резултати подчертават важността на цялостната болнична подкрепа на майките, както и на ранния контакт и ограничаването на ненужно предлагане на мляко за кърмачета за насърчаване на изключителното кърмене.

6.2. Подкрепящи клинични практики върху успеха на кърменето в края на първия месец

Таблица 4. Резултати от бинарната логистична регресия за факторите, влияещи на изключително кърмене на 1 м.

Променливи	B	S.E.	Wald	р-стойност	Exp(B)	95% CI за Exp(B) (долна – горна)	Стат. значимост при директно кростабулиране	Стат. значимост в логистичната регресия
Цялостен комплекс от мерки за подкрепа (ЕГ)	2,007	0,509	15,575	0	7,442	2,746-20,164	Да (p < 0,001)	Да (p < 0,001)
Време на започване на кърменето	0,227	0,218	1,079	0,299	1,254	0,818-1,923	Да (p < 0,001)	Не (p = 0,299)
Помощ при първото кърмене (общо)	-	-	2,862	0,413	-	-	Да (p = 0,004)	Не (p = 0,413)
Помощ при първото кърмене (не, поради наличен опит)	0,473	0,662	0,511	0,475	1,605	0,439-5,872	-	Не
Помощ при първото кърмене (не, но предоставена подкрепа по-късно)	0,276	0,727	0,145	0,704	1,318	0,317-5,484	-	Не
Помощ при първото кърмене (да, предоставена подкрепа)	-0,303	0,580	0,274	0,601	0,738	0,237-2,299	-	Не
Предлагане на мляко за кърмачета от болничния персонал (общо)	-	-	9,200	0,027	-	-	Да (p < 0,05)	Да (p < 0,001)
Предлагане на мляко за кърмачета от болничния персонал (при поискване от майката)	0,138	0,531	0,068	0,794	1,149	0,406-3,249	-	Не
Предлагане на мляко за кърмачета от болничния персонал (предлагано, но отказано от майката)	1,344	0,646	4,332	0,037	3,835	1,082-13,599	-	Да (p < 0,05)
Предлагане на мляко за кърмачета от болничния персонал (не е предлагано)	1,529	0,630	5,877	0,015	4,612	1,341-15,856	-	Да (p < 0,05)
Съвместно настаняване	-0,434	0,487	0,794	0,373	0,648	0,250-1,683	Да (p < 0,001)	Не
Консултиране през първия месец (общо)	-	-	2,746	0,433	-	-	Да (p < 0,001)	Не
Консултиране през първия месец (дистанционно)	0,350	0,483	0,525	0,469	1,420	0,550-3,662	-	Не

Променливи	B	S.E.	Wald	р-стойност	Exp(B)	95% CI за Exp(B) (долна – горна)	Стат. значимост при директно кростабулиране	Стат. значимост в логистичната регресия
Консултиране през първия месец (присъствено)	0,698	0,596	1,372	0,241	2,009	0,625-6,457	-	Не
Консултиране през първия месец (и по двата на чина)	-0,248	0,556	0,199	0,656	0,780	0,262-2,320	-	Не
Константа	-1,748	0,471	13,766	0	0,174	-	-	-

Моделът е статистически значим ($\chi^2(12)=98,225$; $p<0,001$), с обяснителна сила Nagelkerke $R^2=0,466$ и висока класификационна точност (79%). Коефициентът Hosmer–Lemeshow ($p=0,144$) показва добро съответствие.

Най-силният предиктор: цялостната интервенция

Участието в ЕГ увеличава вероятността за изключително кърмене на първия месец **над 7 пъти** (OR=7,442; $p<0,001$). Ефектът е по-силен, отколкото в първите дни, което показва **натрупване на положителен ефект във времето**.

Други значими фактори

Въздържането от излишно предлагане на мляко за кърмачета запазва силата си и на първия месец, което показва, че болничните практики имат продължителен ефект след изписването:

- не е предлагано: OR=4,612 ($p=0,015$)
- предлагано, но отказано: OR=3,835 ($p=0,037$)

Променливи, които губят значимост

- ранното начало вече **не е независим предиктор** ($p=0,299$)
- помощ при първото кърмене – ефектът отшумява
- съвместно настаняване – липсва значимост
- консултации през първия месец – все още нямат независим ефект ($p>0,05$)

В края на първия месец доминиращо значение имат два предиктора: цялостната болнична интервенция и строгите практики за не предлагане на мляко за кърмачета.

6.3. Подкрепящи клинични практики върху успеха на кърменето в края на шестия месец

Таблица 5. Резултати от бинарната логистична регресия за факторите, влияещи на кърменето на 6 м.

Променливи	B	S.E.	р-стойност	Exp(B)	95% CI за Exp(B) (долна – горна)	Стат. значимост директно кростабулиране	Стат. значимост лог. регресия 1 м.	Стат. значимост лог. регресия 6 м.
Цялостен комплекс от мерки за подкрепа (ЕГ)	1,322	0,473	0,005	3,750	1,483-9,482	Да ($p < 0,001$)	Да ($p < 0,001$)	Да ($p = 0,05$)
Време на започване на кърменето	-	-	0,603	-	-	Да ($p < 0,001$)	Не ($p = 0,299$)	Не ($p = 0,603$)
Помощ при първото кърмене (общо)	-	-	0,486	-	-	Да ($p = 0,004$)	Не ($p = 0,413$)	Не ($p = 0,486$)
Помощ при първото кърмене (не, поради наличен опит)	0,286	0,591	0,628	1,332	0,418-4,243	-	Не	Не
Помощ при първото кърмене (не, но предоставена подкрепа по-късно)	-0,630	0,668	0,345	0,532	0,144-1,970	-	Не	Не
Помощ при първото кърмене (да, предоставена подкрепа)	-0,322	0,501	0,521	0,725	0,272-1,935	-	Не	Не
Съвместно настаняване	0,392	0,431	0,363	1,479	0,636-3,443	Да ($p < 0,001$)	Не ($p = 0,373$)	Не ($p = 0,363$)
Предлагане на мляко за кърмачета от болничния персонал (общо)	-	-	0,212	-	-	Да ($p < 0,05$)	Да ($p < 0,001$)	Не ($p = 0,212$)
Предлагане на мляко за кърмачета от болничния персонал (при поискване от майката)	0,434	0,538	0,420	1,543	0,537-4,433	-	Не	Не
Предлагане на мляко за кърмачета от болничния персонал (предлагано, но отказано от майката)	0,423	0,613	0,490	1,526	0,459-5,071	-	Да ($p < 0,05$)	Не

Променливи	B	S.E.	p-стойност	Exp(B)	95% CI за Exp(B) (долна – горна)	Стат. значимост директно кростабулиране	Стат. значимост лог. регресия 1 м.	Стат. значимост лог. регресия 6 м.
Предлагане на мляко за кърмачета от болничния персонал (не е предлагано)	1,341	0,636	0,035	3,821	1,098-13,298	-	Да (p < 0,05)	Да (p < 0,05)
Консултиране през първия месец (общо)	-	-	0,083	-	-	Да (p < 0,001)	Не (p = 0,433)	Не (гранична стойност p = 0,083)
Консултиране през първия месец (дистанционно)	0,663	0,451	0,141	1,941	0,802-4,696	-	Не	Не
Консултиране през първия месец (присъствено)	1,389	0,620	0,025	4,012	1,190-13,529	-	Не	Да (p < 0,05)
Консултиране през първия месец (и по двата на чина)	0,058	0,527	0,913	1,059	0,377-2,976	-	Не	Не
Константа	-1,229	0,409	0,003	0,293	-	-	-	-

Моделът е статистически значим ($\chi^2=78,419$; $p<0,001$) и обяснява 38,8% от вариацията (Nagelkerke $R^2=0.388$) със 76% точност.

Най-силен предиктор

Единственият независим и устойчив предиктор на всички етапи остава цялостната интервенция (OR=3,75; $p=0,005$).

Други значими фактори

- присъственото консултиране през първия месец показва значим ефект на този етап ($p<0,05$);
- не предлагане на мляко за кърмачета (в най-стриктната категория „изобщо не е предлагано“) запазва ефект.

Променливи, които губят значимост: ранното начало и помощта при първо кърмене вече нямат влияние.

Таблица 6. Обобщение на резултатите от логистичните регресии за фактори, свързани с добри клинични практики в кърменето.

Фактор	Изкл. кърмене – първи дни	Изкл. кърмене – 1 месец	Кърмене на 6 месеца	Коментар
Цялостен комплекс от мерки за подкрепа (ЕГ)	✓ $p < 0,001$	✓ $p < 0,001$	✓ $p = 0,050$	Единственият фактор с устойчива статистическа значимост във всички етапи. Подчертава ефекта на системната болнична интервенция.
Ранно начало на кърменето	✓ $p < 0,05$	✗ $p = 0,299$	✗ Не $p = 0,603$	Значимост само в началото. Ефектът вероятно отслабва по-късно поради намеса на други фактори и по-малка вариация.
Помощ при първото кърмене	✓ $p = 0,009$	✗ $p = 0,413$	✗ $p = 0,486$	Значим ефект само в първите дни. Подкрепя тезата, че е необходима продължаваща подкрепа.
Съвместно настаняване	✗ $p = 0,811$	✗ $p = 0,373$	✗ $p = 0,363$	Липса на ефект и на трите етапа поради по-ниска вариация в извадката и необходимост от съчетаване с други практики, за да се прояви ефективността ѝ.
Предлагане на мляко за кърмачета	✓ $p < 0,05$	✓ $p < 0,001$	✗ $p = 0,212$ ✓ $p < 0,05$ (не е предлагано изобщо)	Значим ефект на цялата променлива на първите два етапа. Единствено най-строгата практика за предлагане запазва дългосрочен ефект.
Консултиране в първия месец	N/A	✗ $p = 0,433$	✗ $p = 0,083$ ✓ $p < 0,05$ (присъствен о консултиране)	Значимост едва при 6 месеца, и то при категорията „консултация лице в лице“, което предполага кумулативен ефект и въздействие върху продължителността на кърменето и важност на непосредствената физическа комуникация.

Обобщението на трите модела категорично демонстрира, че трайният успех на кърменето се определя от комбинацията между ранни болнични практики и последваща консултативна подкрепа. Ефектът от комплексната интервенция е устойчива във всички периоди. В първите дни болничните практики (ранното начало, подкрепата за първото кърмене и липсата на добавки) са решаващи за установяване на лактацията; липсата на добавки запазва значимост и в края на първия месец; към шестия месец присъствената консултация запазва независим и съществен ефект, което подчертава значението на системната последваща грижа. Тази динамична промяна във факторите показва, че успешното и продължително кърмене изисква последователна и целенасочена подкрепа към майката.

ОСНОВНИ ИЗВОДИ

На базата на направения сравнителен анализ на националната здравна политика за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето в България с международните здравни политики и практики в тази област могат да се направят следните изводи:

В позитивен план:

- В България е налице много добро нормативно обезпечаване на подкрепата за кърмене на работното място – възможност за дълъг платен отпуск по майчинство, за допълнителен отпуск за кърмене по време на работа, за включване на бащите в подкрепа на майката в ранните ключови етапи.
- Приети са политически документи, в чиито планове за действие са заложили свързани с кърменето дейности, най-вече от здравно-промотивен характер.
- Има ежегодно организирани дейности за промоция на кърменето от институции и организации както от публичния, така и от гражданския сектор.
- В рамките на НППМДЗ са създадени здравно-профилактични центрове за майчино и детско здраве, в които потенциално биха могли да се предлагат качествени услуги в подкрепа на кърменето към специфичните групи, с които работят.
- Има ангажимент за частично спазване на Международен кодекс за разпространение на заместителите на майчина кърма, като Българската агенция по безопасност на храните (БАБХ) има функционална задача по спазване на Европейския регламент по отношение на изискванията към етикетиране на храните за кърмачета.
- Някои български университети периодично провеждат избираеми курсове или курсове за следдипломно обучение по темата за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето, както и възможност за едногодишна специализация за професионалистите по здравни грижи по разкритата в номенклатурата на специалностите в системата на здравеопазването специалност „консултант по кърмене и здравословно и диетично хранене“.
- В неправителствения сектор има възможност за актуална и качествена подготовка на медицински специалисти (курсовете на НАПК, основани на програмата на СЗО/УНИЦЕФ и водени от международно акредитирани лектори с богат практически опит).
- Въведена е нормативна промяна за регламентиране на патронажната грижа за майки на новородени.

В негативен план:

- Няма разработен и приет национален политически документ, специфично насочен към защита, подкрепа и насърчаване на кърменето. Има заложили дейности в Планове за действие към НППХНБ, НППМДЗ и Националната стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа, но липсва системност за адресиране на проблема, залагат се предимно дейности за повишаване на информираността и кампанийни инициативи, а индикаторите към дейностите не измерват въздействие и качество на подкрепата.
- Липсват функциониращ координационен орган и национален координатор.

- Финансирането на дейности за подкрепа, защита и насърчаване на кърменето не е приоритизирано.
- Не е налице добре функциониращ механизъм за контрол на спазването на ратифицирания от България Международен кодекс за разпространение на заместителите на майчина кърма.
- Няма финансиране от НЗОК за специализирани услуги в подкрепа на кърменето в болничната и извънболничната помощ, включително пряко финансиране на дейността на патронажните акушерки. Липсва нормативно призната клинична компетентност по лактация, което пречатства интегрирането на услугите за кърмене в клиничните стандарти, акредитацията и финансирането от НЗОК. Това ограничава възможностите за реализация на специалистите, завършили следдипломната специализация, и възпрепятства устойчивото развитие на системи за подкрепа в болничната и извънболничната помощ.
- Програмата БПБ понастоящем не се прилага в България и болниците не се насърчават от държавата да покриват този стандарт.
- Липсват адекватно функциониращи перинатални и постнатални услуги в подкрепа на кърменето за майките и бебетата – ключовите периоди за успеха на кърменето.
- Няма целево държавно финансиране за мониторинг и проучвания.

На базата на направеното проучване за оценка ефекта на приложение на добрите клинични практики за подкрепа на кърменето около раждането и в първия месец могат да се направят следните изводи:

- В стандартните здравни услуги в родилните отделения в България има значително по-ниска степен на прилагане на добри практики в подкрепа на кърменето – кърмене в рамките на първия час, настаняване на майката и бебето в една стая денонощно, обучение за поставяне на гърда и обща подкрепа на майката в болничния период.
- При наличие на мерки за подкрепа на кърменето в ранните му периоди се наблюдава чувствително по-висока честота на изключително кърмене в първите дни след изписването, в края на първия месец и на млечно хранене само от кърма в края на шестия месец (във всеки от периодите се наблюдава между 2,5 и 4,5 пъти по-висока честота на кърмене при наличие на подкрепа).
- При наличие на подкрепа се наблюдава и по-успешно справяне с първоначалните проблеми и преминаване от смесено хранене към пълноценно кърмене.
- Адекватната и навременна подкрепа от обучени специалисти остава значим фактор дори в случаите на по-високо ниво на образование на майките, което е самостоятелен фактор за успех на кърменето. Когато нивото на образование е по-ниско, наличието или липсата на такава подкрепа е с още по-голямо влияние.
- При съчетанието на предходен опит с кърменето и адекватна професионална подкрепа се наблюдава по-висока степен на успех в кърменето, а майките на първо дете се нуждаят в още по-голяма степен от такава подкрепа.
- Оперативният начин на родоразрешение повлиява значително в негативен план успеха на кърменето, но въпреки това майките с Цезарово сечение, получили

подкрепа в първите дни и първия месец, имат по-голям шанс за запазване на кърменето за първите 6 месеца.

- Независимо от мястото на раждане (държавна/общинска или частна болница), основен фактор остава наличието или липсата на подкрепа от обучени специалисти.

На база на анализа на комплекса от клинични фактори могат да се направят следните изводи:

1. Ефект на системната болнична подкрепа (експериментална група)

Най-последователната и категорична находка е устойчивият положителен ефект от систематизираната подкрепа, прилагана в рамките на добрите практики (експериментална група – ЕГ). При сравнение с контролната група (КГ), майките в ЕГ показват значително по-висока честота на изключително кърмене (ИК) на всички етапи:

- **3,24 пъти** по-висока вероятност за ИК след изписване;
- **7,44 пъти** по-висока вероятност за ИК в края на първия месец;
- **3,75 пъти** по-висока вероятност за ИК към шестия месец.

Тези резултати подкрепят ефективността на интегрираните болнични интервенции, прилагани съгласно принципите на инициативата „Болници – приятели на бебето“ (БПБ), и съответстват на международни доказателства за ползите от многокомпонентни програми, включващи обучение на персонала, подкрепа за ранно кърмене, ограничаване на предлагането на мляко за кърмачета и продължаваща грижа.

2. Влияние на специфични клинични практики

Предлагане на мляко за кърмачета (Стъпка 6)

Ограничаването на предлагането на мляко за кърмачета е ключов фактор за постигане на ИК. Данните показват, че когато не се предлага мляко за кърмачета (или когато майките отказват предложението на персонала за това), шансовете за ИК са значително по-високи – както в първия месец, така и в края на шестия. Единствено най-рестриктивната практика („не е предлагано изобщо“) запазва статистически значим ефект и в дългосрочен план.

Ранно начало на кърменето (Стъпка 4)

Поставянето на бебето на гърда в рамките на първия час след раждането показва значим ефект върху ИК в първите дни, но този ефект отслабва във времето. Това подчертава критичната роля на ранния контакт за стартиране на лактацията, но и необходимостта от последваща подкрепа за поддържането ѝ.

Помощ при първото кърмене (Стъпка 5)

Получената помощ при първото кърмене (особено при майки с предишен опит) има значим положителен ефект веднага след раждането, но не показва дългосрочно

въздействие. Вероятната причина е, че качеството на помощта е субективно оценено и варира значително в зависимост от контекста и подготовката на персонала.

Съвместно настаняване (Стъпка 7)

Макар че практиката на съвместно настаняване улеснява кърменето на поискване и изграждането на връзка между майка и дете, тя не показва статистически значим ефект в логистичните модели. Това може да се дължи на ограничена вариация в прилагането ѝ в извадката, както и на необходимостта от съчетание с други подкрепящи практики, за да се прояви ефективността ѝ.

Значение на постнаталната консултативна подкрепа (Стъпка 10)

Ролята на консултациите след изписването се проявява особено отчетливо в по-дългосрочен план. Докато в края на първия месец не се установява статистически значим ефект, в края на шестия месец майките, получили поне една лична (присъствена) консултация, имат **4,01 пъти по-голяма вероятност** да продължат да кърмят. Това подчертава значението на директния, индивидуализиран контакт в изграждането на умения и увереност, необходими за преодоляване на предизвикателства в по-късен етап. Отсъствието на ефект от дистанционните консултации повдига въпроси за тяхната ефективност като самостоятелна интервенция.

Резултатите от настоящото изследване ясно показват, че:

- **Моделът на структурирана болнична и ранна постнатална подкрепа** има най-широко и последователно въздействие върху кърменето и трябва да се разглежда като централен елемент в стратегиите за насърчаване на кърменето.
- **Най-ефективни са интервенциите**, които съчетават: ограничаване на предлагането на заместители, ранно начало на кърменето, съвместно настаняване и достъпна консултативна помощ както в болничния, така и в следболничния период;
- **Ефектът на ранните практики** (ранно начало, помощ при първото кърмене) е особено силен в първите седмици, но **поддържането на кърменето** изисква продължаваща подкрепа – особено под формата на присъствени консултации.

В заключение, България покрива част от препоръките в Европейския план за действие. Отчита се напредък най-вече по отношение на законодателната защита на работещите майки и инициативите на гражданското общество. Сериозно изоставане се наблюдава в областите на стратегическо планиране, обучение, координация, клинична и общностна подкрепа и мониторинг. Нужна е интегрирана политика, базирана на международните препоръки, с ясно дефинирани отговорности и финансиране, за да бъде гарантирана реална защита, насърчаване и подкрепа на кърменето в България.

Проучването за оценка на въздействието от прилагането на добри клинични практики потвърждава позитивния ефект при използване на основан на 10-те стъпки за успешно кърмене клиничен модел – необходим елемент от цялостната система от мерки

за подобряване на честотата и продължителността на кърмене в България. Резултатите следва да се разглеждат в контекста на утвърдените международни практики и могат да послужат като основа за формулиране на практически препоръки към болничните заведения и политиките в подкрепа на майчиното и детско здраве.

ПРЕПОРЪКИ

На базата на предходния национален опит и на международните препоръки за модел на национални политики е необходимо да се разработи нова национална политика, специфично насочена към защита, подкрепа и насърчаване на кърменето.

Предложение за система от мерки, които да се включат в нов национален здравно-политически модел за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето

1) Стратегическо проучване и адаптиране на добри практики от страни с успешно развит системен политически модел за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето (напр. Хърватия, Словения, Норвегия, Ирландия, Германия и др.)

Като предварителна фаза в националните действия от ключово значение е да се проучи натрупаният опит на страните от региона със сходен социално-икономически контекст и устройство на здравните системи, които вече са изградили работещи политики за подкрепа на кърменето (напр. Хърватия и Словения).

Целта на проучването е да се:

- идентифицират *ефективни модели за координация и управление*, включително национални съвети или междуинституционални механизми;
- изследват практики за *устойчиво прилагане на инициативи като БПБ*, включително тяхното финансиране и надзор;
- анализира интеграцията на кърменето в рамките на *първичната медицинска помощ и патронажната грижа*;
- проследят действащи механизми за *мониторинг, събиране и използване на данни за кърменето*;
- проучи ролята на *обученията за здравни специалисти*, както и на *организациите на гражданското общество*.

Подобен подход ще позволи адаптация на успешни интервенции към българската система, ще подпомогне обосноваването на политически приоритети и ще създаде здрава платформа за застъпничество, партньорство и междуведомствена координация.

2) Политическа ангажираност и координация на усилията

- *Разработване и приемане на национална програма за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето* с план за действие, включващ елементи от Плана за действие за Европа (2008) актуализираните глобални препоръки и добрите примери от страните от региона с по-голям напредък в областта.

- *Възстановяване на Националния комитет по кърмене* към МЗ като включващо всички заинтересовани страни звено с междусекторен и мултидисциплинарен състав с ясно определени правомощия и ангажименти, свързани със:
 - *Стратегическо планиране:*
 - Разработване и актуализиране на Националната програма с ясни, измерими и реалистични цели (напр. „увеличаване на дела на изключително кърмените до 6 месеца бебета до ...% до 2030 г.“).
 - Изготвяне годишни планове за действие с конкретни задачи, срокове и отговорни институции.
 - *Координация и хармонизация:*
 - Осигуряване на сътрудничество между различните министерства, агенции, болници и НПО, за да се избегне дублирането на усилия и да се постигне синергия.
 - Проследяване за синхрон на националните политики в други сектори (напр. трудовото законодателство) в подкрепа на кърменето.
 - *Стандартизация и методическа подкрепа:*
 - Координиране и мониторинг на прилагането на БПБ на национално ниво.
 - Разработване на национални клинични ръководства, стандарти за грижа и обучителни материали за здравните специалисти.
 - Роля на национален експертен център, към който здравни заведения и специалисти могат да се обръщат за методическа помощ.
 - *Мониторинг, оценка и отчетност:*
 - Определяне ключови индикатори за проследяване на напредъка.
 - Координиране на събирането на надеждни данни за практиките по хранене на кърмачетата в страната в сътрудничество с НЗОК, НЦОЗА и НСИ.
 - Изготвяне на годишни доклади за постигнатия напредък, идентифицираните проблеми и препоръки за подобрене с цел прозрачност и публична отчетност.
 - *Надзор върху прилагането на законодателството:*
 - Проследяване на спазването на Международния кодекс за маркетинг на заместители на майчината кърма и националното законодателство, което го въвежда, в сътрудничество с БАБХ. Разглеждане жалби за нарушения и препоръчване санкции.
- *Гарантиране на дългосрочно устойчиво и целево публично финансиране* за изпълнение на Националната програма за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето и за функциониране НКК.

3) Устойчиво прилагане на добри клинични практики в болничната помощ

- *Възстановяване и институционализиране на БПБ* чрез:
 - подкрепа за повторна акредитация на болници;
 - създаване на облекчени административни процедури;
 - регулярен мониторинг и външна оценка;
 - институционални стимули за болници, преминали през външна оценка.

- *Стандарти за добра практика и внедряване на „Десетте стъпки“ с препоръки за антенатално консултиране за кърменето, ранно начало на кърмене и контакт кожа до кожа, съвместно настаняване, ограничаване на рутинното предлагане на млека за кърмачета.*
- *Регулация на специалностите и клиничните компетентности, необходими за устойчив модел на подкрепа за кърмене чрез:*
 - *Създаване на нормативно призната клинична компетентност по лактация за акушерки, медицински сестри, акушер-гинеколози, неонатолози и педиатри чрез нормативни изменения в Наредба №1.*
 - *Разработване на национален клиничен стандарт или клиничен модул за диагностична и терапевтична подкрепа при проблеми с кърменето.*
 - *Привързване на компетентността към акредитационните изисквания за лечебните заведения, особено за родилни и неонатологични структури.*
 - *Въвеждане на нова здравна услуга „консултация за кърмене“ с ясно дефинирани обхват, код и изисквания към изпълнителя, позволяваща финансиране от НЗОК.*
- *Обучения за персонала в родилни и неонатологични отделения с акцент върху индивидуализирана подкрепа и избягване на вредни интервенции (напр. ненужно предлагане на мляко за кърмачета).*

4) Постнатална подкрепа и продължаваща грижа

- *Внедряване на работещ национален модел за патронажна грижа като ефективна форма за подкрепа на кърменето и допълнително насочване към квалифицирана помощ при необходимост.*
- *Създаване и институционализиране на консултативни кабинети по кърмене в болници и ДКЦ с финансиране от НЗОК.*
- *Специализирана подготовка по кърмене на всички работещи с бременни, майки и малки деца и на консултиращи по темата – в университетските програми, в следдипломно обучение и в обученията на работното място.*
- *Включване на консултациите за кърмене в пакета на доболничната помощ като кодирана и проследима услуга. (В рамките на действащия Национален рамков договор са предвидени дейности по промоция на кърменето в акушерската и общопрактикуващата помощ, но е необходимо тяхното доразвиване и конкретизиране чрез отделна, проследима консултативна услуга, осигуряваща системна подкрепа за майките в постнаталния период.)*

5) Информираност и общностна включеност

- *Разработване и прилагане на комуникационна стратегия за ползите от кърменето и услугите в системата на здравеопазването и общностната подкрепа.*
- *Укрепване на партньорството с граждански организации, работещи в общността по подхода „Майки подкрепят майки“, включително с фокус върху уязвими групи от населението.*
- *Включване на образование за кърмене в здравнообразователните програми в училищата в темите, свързани с родителство.*

6) Мониторинг, изследвания и отчетност

- Включване на *ключови международно сравними индикатори за кърмене* в системите за здравна статистика и електронно здравеопазване.
- Провеждане на *регулярни национално представителни проучвания* за проследяване на ключови индикатори за кърменето.
- Използване на данните от мониторинга и проучванията за *планиране, застъпничество и отчетност* спрямо стратегическите цели.

Подобен цялостен модел би трансформирал сегашните фрагментирани усилия в единна, целенасочена и устойчива държавна политика с ясни отговорности и измерими резултати.

ПРИНОСИ

Научни приноси

- 1) **Направен е сравнителен анализ между здравни политики и практики, заложи в Плана за действие за защита подкрепа и насърчаване на кърменето в Европа с текущата ситуация в България с идентифициране на напредъка и дефицитите на политическо, институционално и практическо ниво – за първи път в България.**
- 2) **Проведено е изследване и е направен анализ и оценка на цялостното влияние на основаните на Десетте стъпки за успешно кърмене практики в болнични условия върху успеха на кърменето – в единен аналитичен модел се проследява ефекта на добри клинични практики (като ранно начало на кърменето, ограничаване на предлагането на мляко за кърмачета в болничния период, съвместно настаняване на майка и бебе, подпомагане при първото кърмене и консултации след изписването) върху изключителното кърмене в първите дни, първия месец и на шестия месец.**
- 3) **Идентифицирани са предиктори с най-значим прогнозен ефект върху продължителността на кърменето – на база на утвърдени модели с добър обяснителен капацитет и вътрешна консистентност.**
- 4) **Направена е оценка на актуалната ситуация по отношение на практиките за кърмене в родилни отделения и периодичното им проследяване след изписване от болничното лечебно заведение.**

Приложни приноси

- 1) **Формулирани са предложения за система от стратегически, програмни и практически мерки за създаване на устойчив национален модел за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето, съобразен с добрите европейски практики.**
- 2) **Направена е съпоставка между политически документи, стратегически рамки и реално прилагани практики в България и други европейски страни, позволяваща идентифициране на пропуски и възможности за трансфер на доказано работещи подходи.**
- 3) **Получените резултати представляват емпирична основа за актуализиране на здравните политики и клинични протоколи в родилната помощ чрез доказателствено базирани предложения, ориентирани към практиката и възможностите за реализация в българския контекст.**

НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Кандиларова-Георгиева С. Превенция на незаразните хронични болести чрез подкрепа на кърменето и мястото ѝ в общностната и социалната работа. В: *Сборник с доклади от Юбилейна конференция „Социална работа – минало, настояще, бъдеще“*, (ISBN 978-954-00-0309-2); Благоевград: Югозападен университет „Неофит Рилски“; 2021. стр. 244.
2. Кандиларова-Георгиева С. Успехът на здравно-политическия модел на Норвегия за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето. *Българско списание за обществено здраве*, (ISSN 1318-860X); 2023;15(4):68-76.
3. Кандиларова-Георгиева С. Международните политики за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето – развитие и съвременни тенденции. *Българско списание за обществено здраве*, (ISSN 1318-860X) 2024;16(2):5-18.
4. Кандиларова-Георгиева С. Ефективност на добрите клинични практики за успешно кърмене в България. В: *Сборник с резюмета от VIII научна конференция с международно участие „Общественото здраве: интердисциплинарност, политики и качество“*. Благоевград: Българско научно дружество по обществено здраве; 2025. стр. 23.

Цитиране върху публикация по темата на дисертационния труд

Атиас К. Предиктори на изключителното кърмене. *Сестринско дело*, (ISSN 1310-7496); 2025;57(2):12–21. Цитира: Кандиларова-Георгиева С. Международните политики за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето – развитие и съвременни тенденции. *Българско списание за обществено здраве*, (ISSN 1318-860X); 2024;16(2):5-18.