Министерство на здравеопазването
Национален център по обществено здраве и анализи

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

*Дисертационен труд за присъждане*
*на образователна и научна степен „доктор“*
*по научната специалност*
*„Социална медицина и здравен мениджмънт“*

**Докторант:** София Кандиларова-Георгиева

**Научни ръководители:** доц. Красимира Костадинова, дм
доц. д-р Наталия Ушева, дм

София, 2025 г.

# Съдържание

**Използвани съкращения** ..... **4**

**Въведение** ..... **6**

**I. Защита, подкрепа и насърчаване на кърменето – история, политики и тенденции** ..... **8**

1. Практиките за кърмене през вековете ..... 8
2. Предимства на кърменето според съвременните доказателства ..... 10
3. Фактори, влияещи върху успеха на кърменето ..... 11
4. Разпространение на кърменето ..... 13

Индикатори на СЗО за кърменето ..... 13

Честота на кърмене в света ..... 15

Честота на кърмене в Европа ..... 19

Честота на кърмене в България ..... 21

5. Международни политики за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето ..... 23

Зараждане на движението за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето ..... 23

Международен кодекс за разпространение на заместителите на майчината кърма ..... 24

Програмна декларация „Иноченти“ ..... 26

Конвенция за правата на детето ..... 27

Инициатива „Болница – приятел на бебето“ и програма „10 стъпки за успешно кърмене“ 27

Глобална стратегия за хранене на кърмачето и малкото дете ..... 29

Препоръки на световните медицински организации ..... 29

Цели за устойчиво развитие и кърменето ..... 31

Организации, мрежи и алианси за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето ..... 33

Нови промени в световните политически документи и ключови проучвания ..... 38

План за действие за защита, насърчаване и подкрепа на кърменето в Европа ..... 46

Норвегия – пример за успешен модел на държавна политика за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето ..... 49

6. Здравна политика за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето в България ..... 53

Заключение ..... 59

**II. Цел и задачи, материал и методи ..... 61**
1. Цел ..... 61
2. Задачи ..... 61
3. Хипотези ..... 61
4. Материал ..... 62
5. Методи ..... 62

**III. Резултати и обсъждане ..... 70**
1. Сравнителен анализ на Европейския план за действие и националните политики в България за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето ..... 70
2. Проучване за оценка на ефекта от приложение на добрите клинични практики за подкрепа на кърменето около раждането и в първия месец ..... 93
3. Обсъждане на резултатите ..... 136

**Заключение ..... 141**
**IV. Основни изводи ..... 142**
**V. Препоръки ..... 148**
**VI. Приноси ..... 152**
1. Научни приноси ..... 152
2. Приложни приноси ..... 153

Приложение 1 - План за действие за защита, насърчаване и подкрепа на кърменето в Европа *(Protection, Promotion and Support of Breastfeeding in Europe: A Blueprint for Action)* ..... 155

Приложение 2 – Въпросник №1 (3-6 ден след раждането) ..... 174

Приложение 3 – Въпросник №2 (след 30-ти ден след раждането) ..... 185

Приложение 4 – Въпросник №3 (след 6-ти месец след раждането) ..... 192

Публикации по темата на дисертационния труд ..... 197

**Библиография ..... 198**

# Използвани съкращения

- **ААП** – Американска академия по педиатрия
- **АМК** – Академия по медицина на кърменето
- **БАБХ** – Българска агенция по безопасност на храните
- **БАПЗГ** – Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи
- **БПБ** – Инициатива „Болница – приятел на бебето”
- **ЕГ** – експериментална група
- ЕК – Европейска комисия
- **ЕС** – Европейски съюз
- **КГ** – контролна група
- **ЛЛЛ** – Ла Лече Лига
- **МДЗ** – майчино и детско здраве
- **МЗ** – Министерство на здравеопазването
- **НАПК** – Национална асоциация „Подкрепа за кърмене“
- **НКК –** Национален комитет по кърмене
- **ННКЗК** – Норвежко национално консултативно звено по въпросите на кърменето
- **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
- **СЗА** – Световна здравна асамблея
- **ССК** – Световна седмица на кърменето
- **СПКЯ** – синдром на поликистозните яйчници
- **ХНБ** – хронични и незаразни болести
- **ESPGHAN** – Европейска общност по детска гастроентерология, хепатология и хранене (The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition)
- **IBCLC** – сертифициран от Международен борд консултант по лактация

- **IBCLE** – Международен сертифициращ борд на консултантите по лактация (The International Board of Lactation Consultant Examiners®)
- **IBFAN** – Международната мрежа за действие за храненето на бебетата (International Baby Food Action Network)
- **ILCA** – Международната асоциация на консултантите по лактация (International Lactation Consultants Association)
- **WABA** – Световен Алианс за активна подкрепа на кърменето (World Alliance for Breastfeeding Action)
- **WBTi** – Световна инициатива за тенденции в кърменето (World Breastfeeding Trends Inititative)

# 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. Изборът на майките да кърмят нараства в сравнение с преобладаващите тенденции за хранене с мляко за кърмачета през втората половина на XX век. Културните специфики имат определящо значение в изборите за начина на хранене на новороденото и често не са подкрепящи по отношение на биологичните предпоставки на кърменето. В страните със съхранени традиционни модели кърменето в по-голяма степен запазва статута си на биологична норма и показателите за кърмене са високи. В индустриално развитите страни установените през последните десетилетия практики в храненето на бебетата, съобразени с преобладаващото хранене с млека за кърмачета, подкопават успеха на кърменето и закономерно водят до неговата по-ниска честота и продължителност.

Развитието на международни политики в подкрепа на кърменето през последните 40 години има основна роля за обръщането на цялостния негативен курс. Световните организации, имащи отношение към майчиното и детско здраве, разработват препоръки за успешно кърмене, които да подпомогнат страните да създадат свои модели за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето и да подобрят националната ситуация в този аспект. Прилагането на препоръките обаче е крайно неравномерно в отделните страни и в зависимост от степента му, показателите за кърмене на национално ниво са повече или по-малко благоприятни.

Там, където добрите политики и практики се прилагат, се установява, че подготовката и ранните етапи на кърменето са решаващи за установяването на последващо успешно и продължително кърмене. Затова е важно в програмите за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето да има специално заложени мерки именно за тези ранни етапи. Подготовката на бъдещите родители още в периода на бременността, помощта веднагта след раждането и в първите дни, когато майката все още е в болнично заведение, както и подкрепата в първите седмици на кърменето трябва да са във фокуса на тази група от интервенции. Това е периодът, когато лактацията физиологично се програмира и как ще протече този процес е от решаващо значение за хода на кърменето по-нататък. Неслучайно една от водещите международни политики е Глобалната

инициатива „Болница – приятел на бебето“ (БПБ) с нейните Десет стъпки към успешно кърмене, които задават стандарта за ефективни клинични политики и практики.

В България рамката за здравна политика за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето остава частична и непоследователна. Страната не разполага с цялостна национална програма за кърмене, която да гарантира устойчиво прилагане на международните препоръки. Инициативата „Болница – приятел на бебето“ е въведена частично в ограничен брой лечебни заведения, без механизъм за национално поддържане, финансиране и мониторинг. Липсват задължителни болнични стандарти, обвързани с Десетте стъпки, както и ефективна система за обучение на медицинския персонал. В резултат достъпът до качествена подкрепа за кърмене зависи от местните практики и инициативи, а не от национално координирана политика.

Научно-практическият проблем, който настоящата дисертация адресира, е именно **необходимостта от интегрирана здравно-политическа рамка и ефективни клинични политики за подкрепа на кърменето в болничните заведения в България**. Тази необходимост налага анализ на съществуващите практики, тяхната ефективност и приложимост, както и формулиране на препоръки за изграждане на устойчив модел в национален мащаб.

Осигуряването на универсален достъп до подходящи, съвременни услуги в подкрепа на кърменето, основани на доказано добри практики, е пътят към гарантиране на добър старт на кърменето и подобряване на неговите показатели. Една от стъпките е в основата на болничните политики във всички болници с родилни отделения да бъде заложен модел с доказана ефективост, какъвто дава програмата БПБ. Без това да стане един от ангажиментите на национална политика за защита, подкрепа на насърчаване на кърменето, включваща всички гарантиращи ефективност елементи (анализ и оценка на ситуацията, адекватно планиране и финансиране, мониторниг, вътрешна и външна оценка на прилагането), подобни услуги ще продължат да се предлагат фрагментирано, от отделни звена и специалисти в здравната система, до които имат достъп незначителен дял от майките и бебетата.

# I. Защита, подкрепа и насърчаване на кърменето – история, политики и тенденции

## 1. Практиките за кърмене през вековете

Не е необходимо задълбочено аргументиране, че кърменето е най-естественият и природосъобразен начин на хранене на всички малки бозайници, включително и на човешките бебета. Документирано е, че кърменето е част от ранните етапи на развитието на човека още от древността, както свидетелстват множество исторически извори и произведения на изкуството.



*Фигура 1*



*Фигура 2*



*Фигура 3*



*Фигура 4*

*Фиг. 1 - Старо-вавилонска плочка на жена, кърмеща детенце, Южна Месопотамия, Ирак*

*Фиг. 2 – Кърмеща жена, Египетско изкуство, Бруклински музей*

*Фиг. 3 – Мадона Лита, Леонардо да Винчи, Музей „Ермитаж“*

*Фиг. 4 – Майка и дете, Китагава Утамаро, Япония*

Индустриалната революция в края на XIX и началото на XX век има своите отражения и върху практиките за отглеждане на бебетата. До средата и втората половина на XX век постепенно кърменето достига до най-ниските си нива, като това важи с особена сила за западните общества, където процесите са най-интензивни. [1]

Във всички култури през древността и през вековете чак до края на XIX в. нормата за храненето на бебетата е кърменето, като в случаите на нужда при проблеми с кърменето или като алтернатива по избор (особено при по-висок социален статус на биологичната майка) се е прилагало кърмене от друга жена, която не е майка на бебето („дойка“). Кърменето на чуждо бебе с времето се превръща в регламентирана професия

и източник на доходи за семействата от по-ниските социални слоеве. През втората половина на XIX в. все по-масово навлизат практиките за хранене от шише, чието удобство и достъпност постепенно измества нуждата от дойки и така постепенно това занимание отмира.[2] [3]

Макар кърменето от собствената майка или от дойка да е бил преобладаващият метод на хранене на бебетата, заместващото хранене с животинско мляко чрез различни пособия (от дърво, керамика, рог на крава и др.), не е било непознато и в по-ранните векове. Поради невъзможността за поддържането на достатъчно високо ниво на хигиена на използваните пособия (а вероятно и поради видово неспецифичната храна, водеща след себе си проблеми от здравно естество) в края на XIX в. смъртността през първата година от живота н хранените с животински млека бебета достигала до над 30%. „Както тогава, така и сега, кърменето е признато като най-добрият начин за осигуряване на растеж и развитие на новородените бебета.“ [4]

Модерното шише от стъкло с първоначално изработван от корк или кожа биберон се появява в средата на XIX в., като класическият каучуков биберон се въвежда в началото на XX в. С изобретяването на модерните шишета, наличието на животинско мляко, обществено-икономическите промени, изискващи жените да се включват по-активно на трудовия пазар, заместващото хранене става все по-популярен избор и като резултат усилията на медицината все повече се фокусират върху подобряването на алтернативните млека. С това се отваря вратата на промишлено произведените заместители на майчина кърма. [2]

В тази историческа епоха медицината е в подем и грижата за женското здраве, раждането и храненето на кърмачетата е предмет на засилен научен интерес, довел до намаляване на майчината и неонатална смъртност, но с научни разработки се занимават основно мъже, което има своите импликации в екстраполиране на клиничния подход дори там, където това не е необходимо. Вместо да се проучи и да се вземе най-доброто от традиционната грижа около раждането, грижата за новородените и кърменето и да се надгради със средствата на науката, се скъсва връзката с носеното от традиционните акушерки историческо знание, основано на естествените физиологични принципи. [5] Раждането се медикализира отвъд необходимостта, кърменето се неглижира, а лабораторно произведената храна за кърмачета се издига на пиедестал.

С усъвършенстването на разработките на млека за кърмачета от началото на XX в. започва и процес на разрастване и все по-агресивен маркетинг на продажбите му, първоначално насочен към медицинските специалисти, а по-късно и към цялото

население. През 50-те години изкуствените млека вече се приемат и от лекари, и родители като почти толкова добър (ако не и по-добър, предвид че са плод на задълбочена лабораторно-научна работа) заместител на майчината кърма.

В този период на подем на научния подход към храненето на бебетата, основан на убеждението, че науката със сигурност може да произведе нещо много по-добре контролирано и пълноценно, съветите на лекарите относно кърменето и храненето на бебетата като цяло все по-малко са в синхрон с естествените нужди на бебето и физиологията на лактацията.

В развитите държави нарастващата урбанизация и други социални промени е успореден процес, който изтласква назад традиционните модели за предаване на знания, умения и добри практики. Индустриализацията, активното включване на жените в пазара на труда също предпоставят ранното отбиване и замяната на кърменето със заместващо хранене.[6]

Тези многопластови процеси катализират тенденция на все по-голямо понижаване на показателите за кърмене и през 70-те години на XX в. в по-голямата част на развития свят те стигат до много ниски нива. [7] Така например в САЩ, докато в началото на 30-те години около 70% от новородените са кърмени, а 40% продължават да получават кърма и на 6 месеца; в началото на 70-те вече само 25% от новородените са кърмени, а на 2-3 месеца само 14% все още получават кърма. [8] В Европа ситуацията не е по-различна – докато през 1944 г. 88% от майките в Швеция кърмят бебетата си на 2-месечна възраст, към 1970 г. този дял намалява до 30%.[9] В България тенденциите са подобни – през 50-те години около 63% от бебетата са на естествено хранене, докато в края на 70-те има данни за дял от 28%. [10] [11]

## 2. Предимства на кърменето според съвременните доказателства

Множество научни изследвания откриват значими връзки между наличието и продължителността на кърменето и физическото, психическото и социалното благополучие както в детска, така и в зряла възраст. В краткосрочен план липсата или недостатъчната продължителност на кърмене подлага децата на повишен риск за развитие на стомашно-чревни, респираторни и ушни инфекции[12] [13]. Кърменето понижава с 50% риска от Синдрома на внезапна детска смърт (СВДС) в ранните месеци на живота[14]. В дългосрочен план според значително количество научни данни кърменето има пряка връзка с превенцията на редица социално значими заболявания както при

бебето (астма[15], екзема и някои алергии[16] [17], затлъстяване[18], диабет тип 2[19], левкемия[20], сърдечно-съдови заболявания), така и при майката (рак на гърдата[21] [22], рак на яйчниците[23], остеопороза[24], сърдечно-съдови заболявания[25]).

Съществува и набор от емпирични данни, които намират връзка (макар и по-малко категорична) между кърменето и когнитивното[26] [27] и социално-емоционалното развитие[28] [29] в ранна детска възраст, от една страна, психологическото благополучие на майката[30], от друга, и добрата връзка в диадата майка-бебе[31], от трета. Кърменето си остава един от благоприятстващите фактори за когнитивното, емоционалното и личностното развитие на детето и за способността за изграждане на трайни и сигурни отношения със значими фигури в по-късните етапи от живота, въпреки важността и влиянието на много други фактори за тези социално-психологически аспекти.

В глобален план кърменето може да допринесе за избягване на над 800 000 смъртни случая годишно на деца под 5-годишна възраст и 20 000 смъртни случаи на жени годишно от рак на гърдата.[32] В екологичен аспект кърменето е един от най-устойчивите елементи на хранителната система – естествено възобновяемо, без отделяне на въглеродни емисии и генериране на отпадъци.

Икономическите фактори в подкрепа на кърменето също имат значима роля както за семействата, така и за обществото. Според изследване на Световната банка усилията за насърчаване и защита на кърменето струват около 0,6 милиарда долара годишно в световен мащаб, а потенциалната икономическа възвръщаемост е около 30 милиарда долара годишно през следващите десет години, т.е. става дума за възвръщаемост до 35 долара за всеки 1 долар, инвестиран в програми за насърчаване и защита на кърменето.[33]

## 3. Фактори, влияещи върху успеха на кърменето

Възрастта на майката, образованието, поредността на раждането, определени съпътстващи здравни състояния, начинът на родоразрешение, както и предварителните нагласи и желание за кърмене се свързват с по-високата или по-ниска вероятност за успех в кърменето.

Възрастта над 35 години при майки с първо дете се свързва с по-малка вероятност за установяване на изключително кърмене (вероятно заради хормоналния статус и по-трудното установяване на пълноценна лактация).[34]

Открива се позитивна зависимост между нивото на образование на майката и вероятността да кърми по-успешно.[35]

Поредността на детето в съчетание с предварителната мотивация за кърмене също позитивно повлиява резултатите – майки с повече деца, които планират да кърмят 12 месеца (т.е. сравнително продължително), значително по-рядко преждевременно прекратяват кърменето си в сравнение с майки с първо дете, които имат същите планове за кърмене.[36]

Някои състояния и заболявания преди и по време на бременността могат да имат отношение към лактогенезата и пълноценното установяване на лактацията. Такива са:

- Проблемите с щитовидната жлеза. Щитовидните хормони играят важна роля за лактацията и регулирането на секрецията на пролактин (хормонът, отговорен за количеството произвеждана кърма) и окситоцин (хормонът, отговорен за рефлекса на потичане на кърмата).
    - Хипертиреоидизъм. Майките с този проблем имат повишени нива на хормоните на щитовидната жлеза (обикновено Т4). Хипертиреоидизмът не е противопоказание за кърмене, лечението също е съвместимо [37]. Майките с хипертироидизъм е възможно да имат затруднен рефлекс на потичане на млякото поради интерферирането на окситоциновата секреция, отговорна за този процес и вследствие на това да се стигне до недостиг на кърма. [38]
    - Хипотиреоидизъм. Майките с хипотиреоидна болест имат ниски нива на хормоните на щитовидната жлеза и повишени нива на TSH (тиреостимулиращ хормон). Част от симптомите са свързани с намалено количество мляко. Състоянието е съвместимо с кърменето, повишените нива на тиреостимулиращия хормон не поставят в риск кърмачето – според проучвания в кърмата има само ниски негови нива, т.е. почти не преминава в нея.[39] Нелекуваните ниски нива на щитовидната жлеза при майката могат да доведат до намаляване на количеството мляко и понякога до слабо наддаване на тегло на бебето (поради ниското количество мляко). При добро проследяване и заместителна терапия проблемите могат да се преодолеят и производството на кърма да се подобри драматично.[40]
    - Хашимото е автоимунно заболяване на щитовидната жлеза, при което имунната система атакува и унищожава щитовидната жлеза, което води до недостатъчно производство на тиреоиден хормон. Тиреоидитът на Хашимото най-често води до хипотиреоидизъм и последващите от него ефекти върху лактацията.

- Преддиабетните и диабетните състояния (инсулинова резистентност, диабет тип 1 и 2, гестационен диабет). Според доста от натрупаните в последните години данни „нарушенията в глюкозния толеранс потенциално могат да възпрепятстват няколко етапа на лактацията, като се започне от възможното забавяне на мамогенезата в началото на бременността, влошаване на развитието на диференцирани лактоцити в края на бременността, отлагане на началото на лактогенезата и намаляване на скоростта на производство на мляко в зрялата лактация“. [41]
- Репродуктивните проблеми (трудности при забременяването, ин витро, синдром на поликистозните яйчници - СПКЯ). Асистираната репродукция се свързва с по-неблагоприятни резултати по отношение кърменето, изразяващи се в по-нисък относителен дял на изключително кърмене и по-висок относителен дял на дисфункция на кърменето.[42] Майките със СПКЯ също е възможно да имат затруднения с кърменето поради хормоналните първопричини на състоянието[43]
- Операциите на гърдите по различни причини може да имат отношение към успеха на лактацията поради структурни промени и потенциални функционални затруднения в зависимост от начина на извършване на операциите, посока и размер на разреза, засягане на жлезистата тъкан и мрежата на млечните канали и др.

Начинът на родоразрешение също се свързва с влияние върху резултатите за кърмене. И в двата варианта на оперативно раждане (спешно или планово), кърменето се повлиява негативно, майките изпитват повече затруднения и са в повишен риск от неговото компрометиране.[44]

## 4. Разпространение на кърменето

### *Индикатори на СЗО за кърменето*

Световната здравна организация (СЗО) определя индикатори, по които да се проследява кърменето и практиките, свързани с него [45]:

- *кърмене въобще* – бебета, за които се съобщава, че са били кърмени, дори и за кратък период от време; индикаторът не дава информация за съобразено с препоръките на СЗО за изключително кърмене до 6-ия месец, но е полезен за целите на застъпничеството и за оценка на цялостното приемане на

кърменето като ценно, особено във високо-развитите страни, където достъпността на алтернативното заместващо хранене е висока.

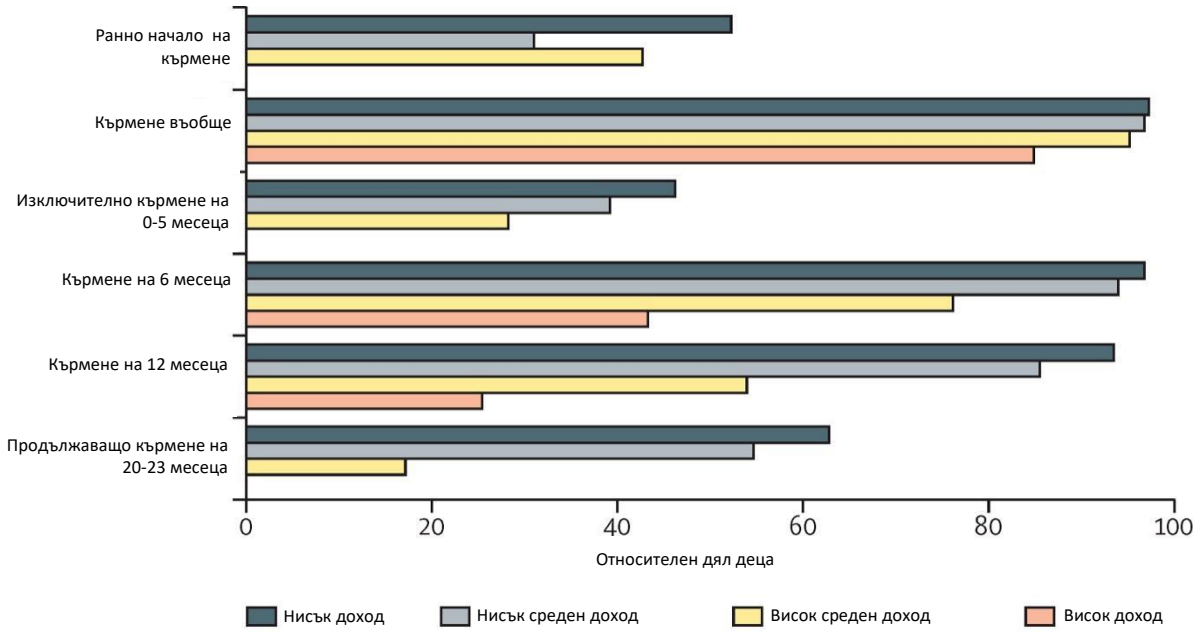
- *ранно начало на кърмене* – дял на децата, поставени на гърда в рамките на един час след раждането, родени през последните 24 месеца; индикаторът е съобразен с препоръката на Глобалната стратегия на СЗО за хранене на кърмачетата и малките деца за възможно най-ранен старт на кърменето в рамките на първия час след раждането, тъй като това носи ползи в краткосрочен (регулация на температурата, заселване на бебето с микробиома на майката, превенция на ранни инфекции и др.) и дългосрочен (силен предиктор за изключително кърмене) план.
- *изключително кърмене през първите два дни след раждането* – дял на кърмачетата, които са изключително кърмени през първите два дни след раждането, родени през последните 24 месеца; според препоръките на СЗО за майчина грижа[46] не трябва да се предлага на новородените бебета каквото и да е друго освен кърма (изключение правят случаите със специални медицински показания), тъй като това има дългосрочни ефекти върху свързването на бебето с майката и кърменето; остарели практики в родилните отделения (разделяне на майките от бебетата, рутинно предлагане на други течности или мляко за кърмачета и др.) могат да повлияят негативно този показател.
- *изключително кърмене под 6 месеца* – дял на кърмачетата на възраст 0-5 месеца, които са хранени изключително с майчина кърма през предходния ден; изключителното кърмене е най-добрият начин за храненето на бебето в тази възраст и има протективен ефект върху здравето му.
- *смесено хранене под 6 месеца* – дял на кърмачетата на възраст 0-5 месеца, които са хранени с мляко за кърмачета или мляко от животни в добавка на кърменето през предходния ден; този вид хранене носи рискове от ранно спиране на кърменето и промени в чревната микрофлора; индикаторът е от полза за целите на застъпничество, като измерва нивото на използване на млека с нехуманен произход като заместител.
- *продължаващо кърмене в периода 12-23 месеца* – дял на децата на възраст 12-23 месеца, които са приемали кърма през последния ден; продължаващото кърмене в този период има както принос за енергийнния

прием, така и здравно-протективни функции за бебето и майката и принос за нервно-психическото и интелектуалното развитие[47] на детето.

Според целите на анализа в различни проучвания се използват и други индикатори в различни проучвания: изключително кърмене на 2, 3, 4-месечна възраст, кърмене на 6-месечна възраст, кърмене на 12-месечна възраст и др., но индикаторите на СЗО която дават възможност за оценка на ситуацията относно честотата на кърмене и тенденциите в различен мащаб (национален, регионален, световен).

### *Честота на кърмене в света*

Според голям систематичен преглед на проучвания във връзка с анализ на данните за честотата на кърмене в света, са събрани пълни сравними данни за 127 от 139 държави с ниски и средни доходи и за 37 от 75 страни с високи доходи. [32]



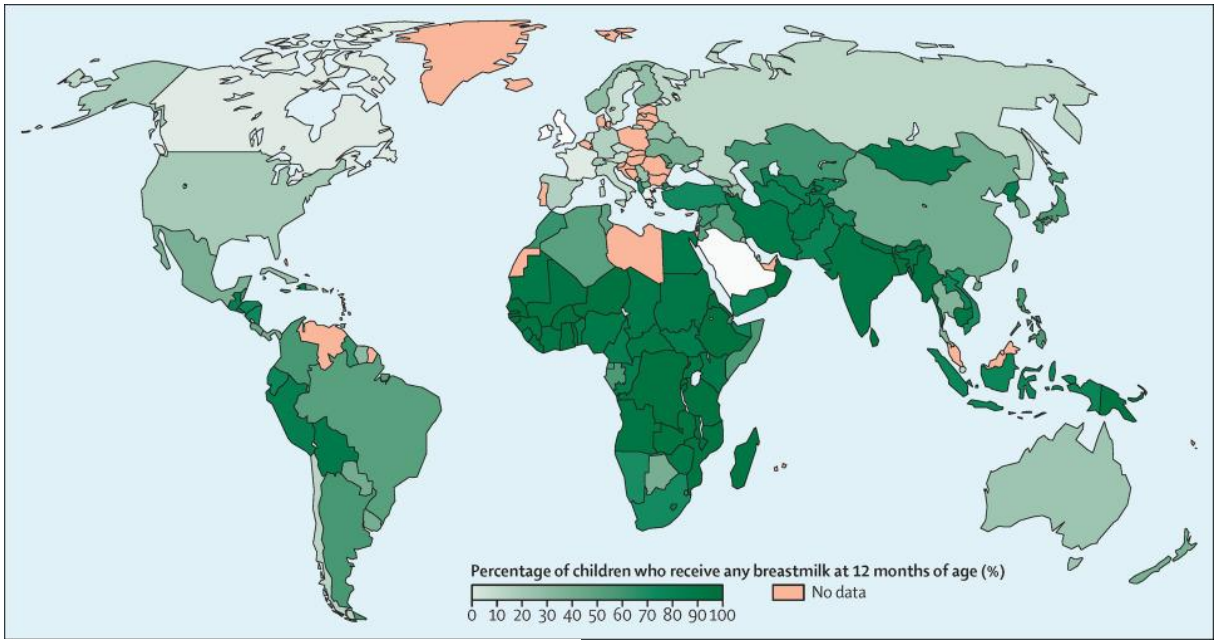

*The Lancet* 2016 387475-490 DOI: (10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
Copyright © 2016 Elsevier Ltd

*Фигура 5. Индикатори за кърмене през 2010 г. по страни с различен доход (153 страни)*

Като цяло се наблюдава по-кратка продължителност на кърменето в страните с високи доходи. Въпреки това дори в страните с нисък среден доход само 37% от бебетата на възраст под 6 месеца са изключително кърмени и като цяло навсякъде делът на изключително кърмене е нисък.

В почти всички страни голям дял от майките започват да кърмят (само в 3 страни с висок доход – Франция, Испания и САЩ – делът за „кърмене въобще“ е под 80). Единствено индикаторът за ранно начало, макар и невисок навсякъде, е относително по-висок в по-богатите страни. По останалите индикатори честотата на кърмене са обратно пропорционални на доходите. (Фиг. 5)

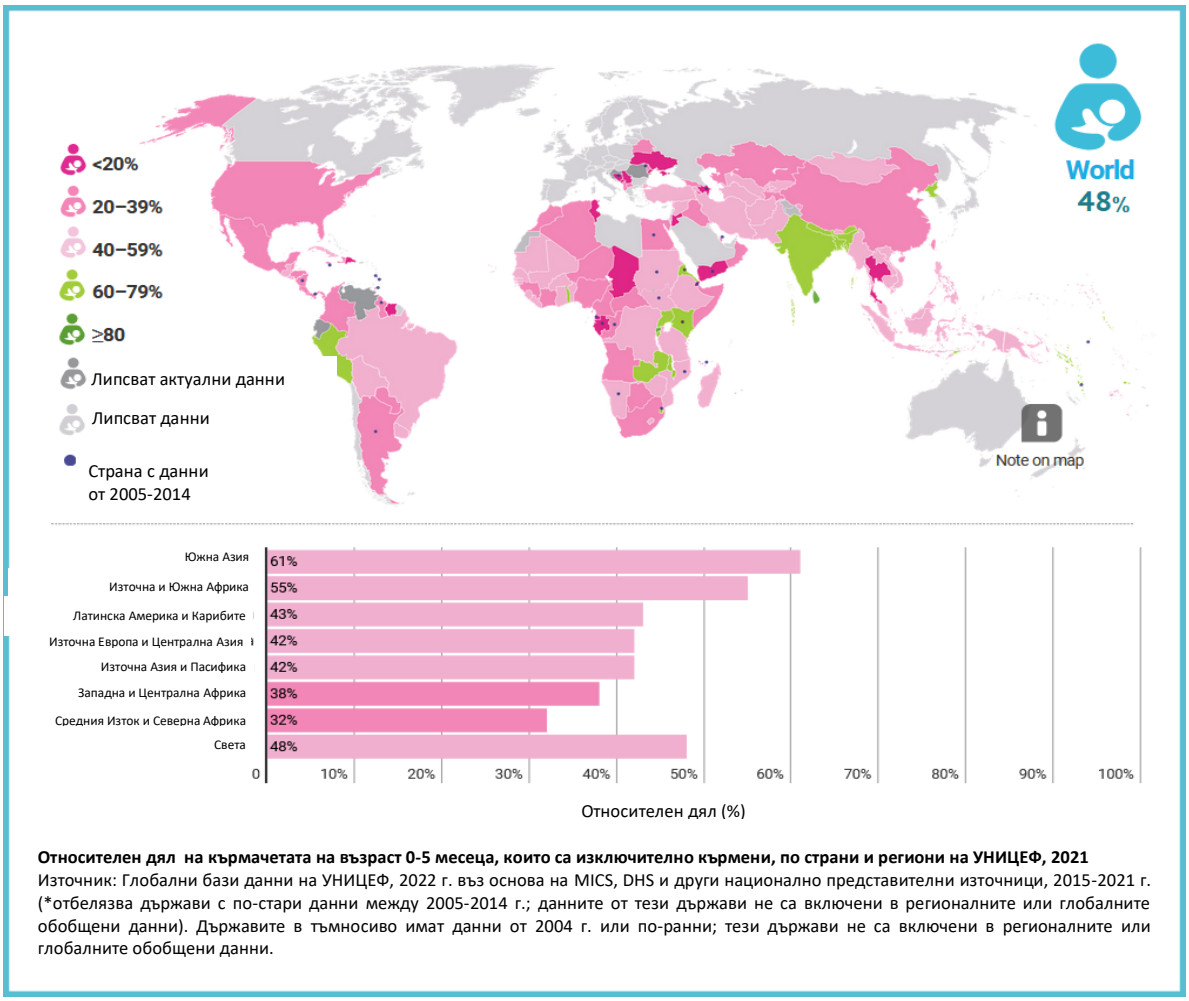
На фиг. 6 е представен делът на кърмените деца на 12 месечна възраст в световен мащаб за периода 1995-2013 г.




*The Lancet* 2016 387475-490 DOI: (10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
Copyright © 2016 Elsevier Ltd

*Фигура 6. Световно разпределение на кърменето на 12-месечна възраст (153 страни, 1995-2013)*

Според данни на УНИЦЕФ за 2021 г. в световен мащаб изключително кърмени в периода от 0 до 5 месеца са 48% от бебетата, като разликите по региони са значителни, а в голяма част от развитите държави липсват данни.[48] (Фиг. 7)

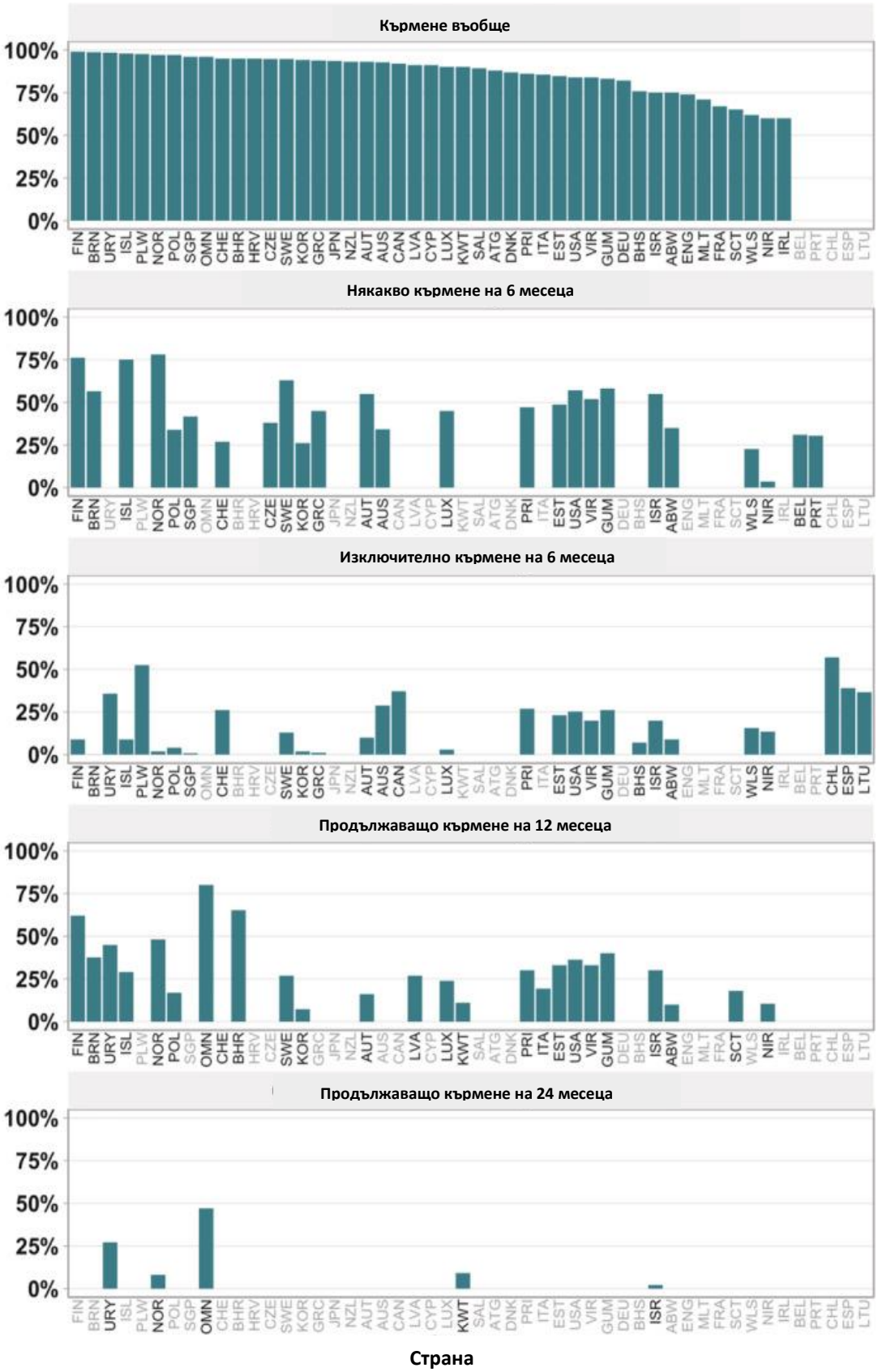



**Относителен дял на кърмачетата на възраст 0-5 месеца, които са изключително кърмени, по страни и региони на УНИЦЕФ, 2021**
Източник: Глобални бази данни на УНИЦЕФ, 2022 г. въз основа на MICS, DHS и други национално представителни източници, 2015-2021 г. (*отбелязва държави с по-стари данни между 2005-2014 г.; данните от тези държави не са включени в регионалните или глобалните обобщени данни). Държавите в тъмносиво имат данни от 2004 г. или по-ранни; тези държави не са включени в регионалните или глобалните обобщени данни.

Copyright © 2021 UNICEF

*Фигура 7. Световно разпределение на изключително кърмене на 0-5 месеца*

В широкообхватен преглед, сравняващ данни от национално представителни проучвания и национални здравни доклади, които проследяват и индикаторите за кърмене, са представени 51 от общо 82 страни с високи доходи. Не във всички страни има данни по всички индикатори, както и не всички индикатори съответстват на международните индикатори и има известни вариации. [49] (Фиг. 8)




Copyright © 2021 Vaz JS et al.
Maternal & Child Nutrition published by John Wiley & Sons Ltd.

*Фигура 8. Данни по индикаторите за кърмене по страни*

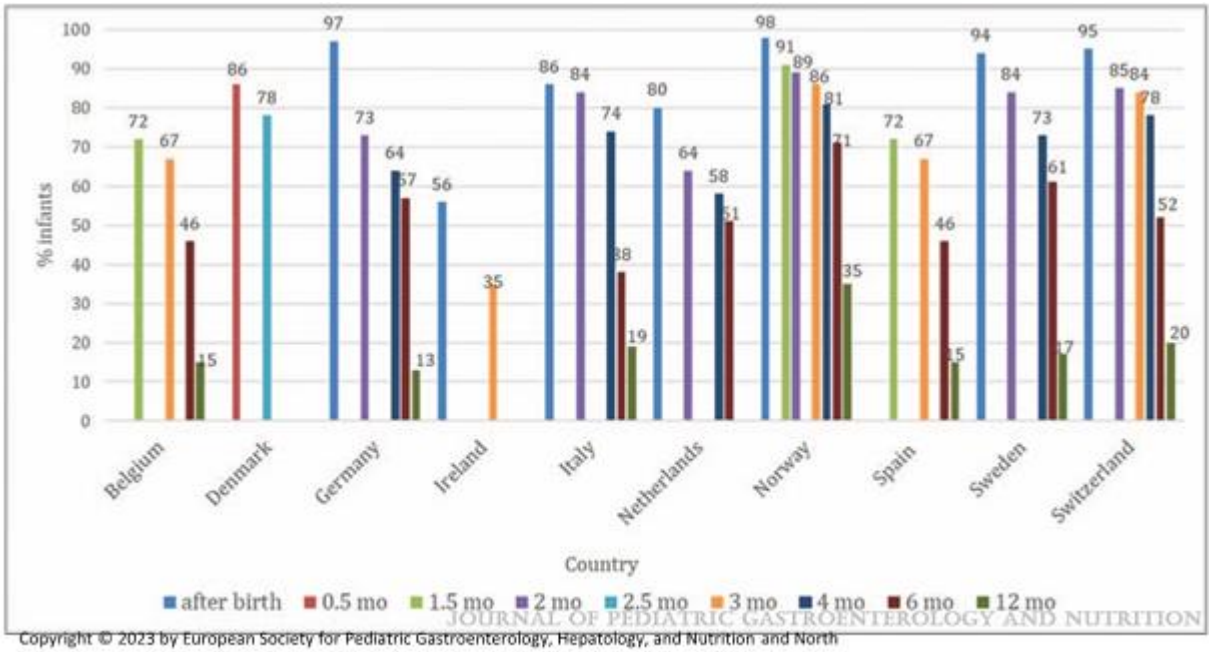
По индикатора за ранно начало само 9 страни имат данни, като най-високите показатели са между 71 и 92% (Люксембург, Оман, Бруней), а най-ниските между 39 и 32% (Кувейт, Италия и Южна Корея), медианата е 60%.

Четиридесет страни имат данни по поне един индикатор за изключително кърмене до 6 месеца. По индикатора на СЗО за изключително кърмене 0-5 месеца има данни само за 7 страни, като най-високият дял е 65% (Уругвай), а най-ниският – 8% (Кувейт), медиана 43%. Данни за изключително кърмене на 6 месеца има за 30 страни, които варират между 0,1% (Бруней) и 57% (Чили), медиана 18%.

### *Честота на кърмене в Европа*

Според проучване от 2019 г. сред 11 развити европейски държави (Белгия, Германия, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Нидерландия, Норвегия, Хърватия, Швейцария и Швеция) средно едва 25% от кърмачетата на 6-месечна възраст в Европа са изключително кърмени, което нарежда региона на последно място сред другите световни региони. Разбира се, има висока вариация в показателите на различните страни, но цялостната картина показва необходимост от промяна.

По отношение на индикатора за кърмене изобщо между 56 и 98% от кърмачетата в тези 11 страни започват да приемат кърма след раждането. Най-високи са показателите в Норвегия (98% ранно начало на кърмене, 71% кърмене на 6 месеца и 35% кърмене на 12 месеца). (Фиг. 9)



JOURNAL OF PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY AND NUTRITION
Copyright © 2023 by European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition

*Фигура 9. Докладван дял на кърмене от раждането до 12 м. по страни*

На 6 месеца едва 13 до 39% от бебетата в изследваните държави са изключително кърмени.

Според предоставените данни от доклада на СЗО за детското и юношеско здраве в Европа за 2021 г. от 53% от страните по показателя ранно начало на кърменето (в рамките на първия час) дяловете варират от 99,5% за Дания до 10% за България, която е на последно място. По показателя за изключително кърмене до 6 месеца дяловете варират от 82% (Молдова) до 1% (Великобритания), като България е на 24-то място сред 36-те предоставили данни страни с 22%.[50]

В съответствие със световните насоки за политики в сферата на защита, подкрепа и насърчаване на кърменето на Глобалната стратегия за хранене на кърмачетата и малките деца е необходимо всяка държава да има разработени програмни документи и координационни структури, които да съблюдават и координират изпълнението им на национално ниво. Национални координатори по кърмене има в 9 от 11-те страни. Такива липсват в Испания и Нидерландия, но там има други структури, които обезпечават тези функции – комитет по кърмене към педиатричната асоциация в Испания в сътрудничество с други институции и агенции осигуряват препоръки за насърчаване и подкрепа на кърменето; в Нидерландия фондация „Нидерландски център по хранене“ изпълнява тези функции с финансиране от Министерство на общественото здраве, социални грижи и спорт. В останалите страни има както национални координатори, така и структури (комитети, консултативни звена и др.), които са финансирани частично или изцяло от държавния бюджет.

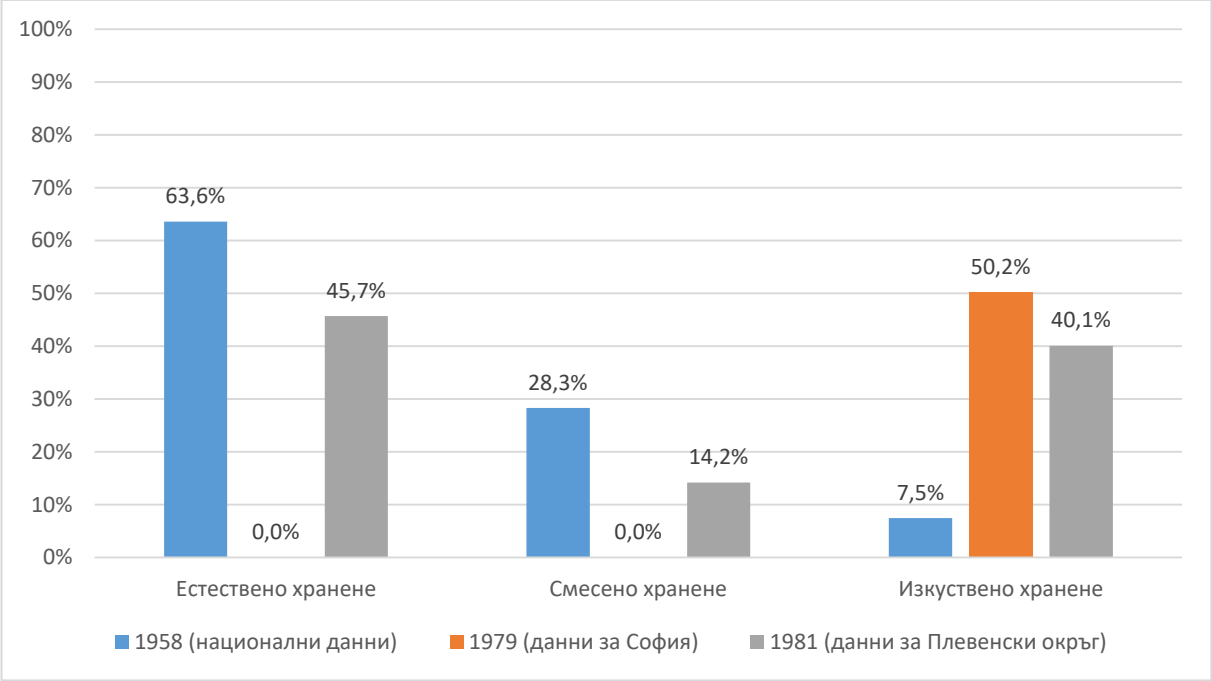
Във всички страни без Швеция има дейности по насърчаване на кърменето, като разработване на насоки, установяване на отделения, отговарящи на изискванията на БПБ, обучение на здравни работници и др. В 7 от 11-те страни от проучването има разработени национални планове за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето (без Испания, Нидерландия, Швейцария и Швеция). В 5 от страните има допълнителни мерки, насочени към социално уязвимите групи.[51]

Политиката за кърмене в страните в Европа, които в голямата си част са високоразвити, е силно зависима от политическата ангажираност на националните правителства за приоритизиране на тази тема и инвестиране в реализацията на програми за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето. Този, както и други фактори, водят до цялостно незадоволителни резултати в региона по отношение на основните показатели за кърмене.

### *Честота на кърмене в България*

Като изходна точка за анализа на ситуацията в България са нивата на показателите за кърмене от наличните научни данни през годините.

Данни от проучвания на храненето на кърмачетата у нас от 50-те, 70-те и 80-те години показват картина на постепенно намаляване на показателя за естествено хранене на децата и увеличаване на заместващото хранене. (Фиг.10) [10] [11] [52]



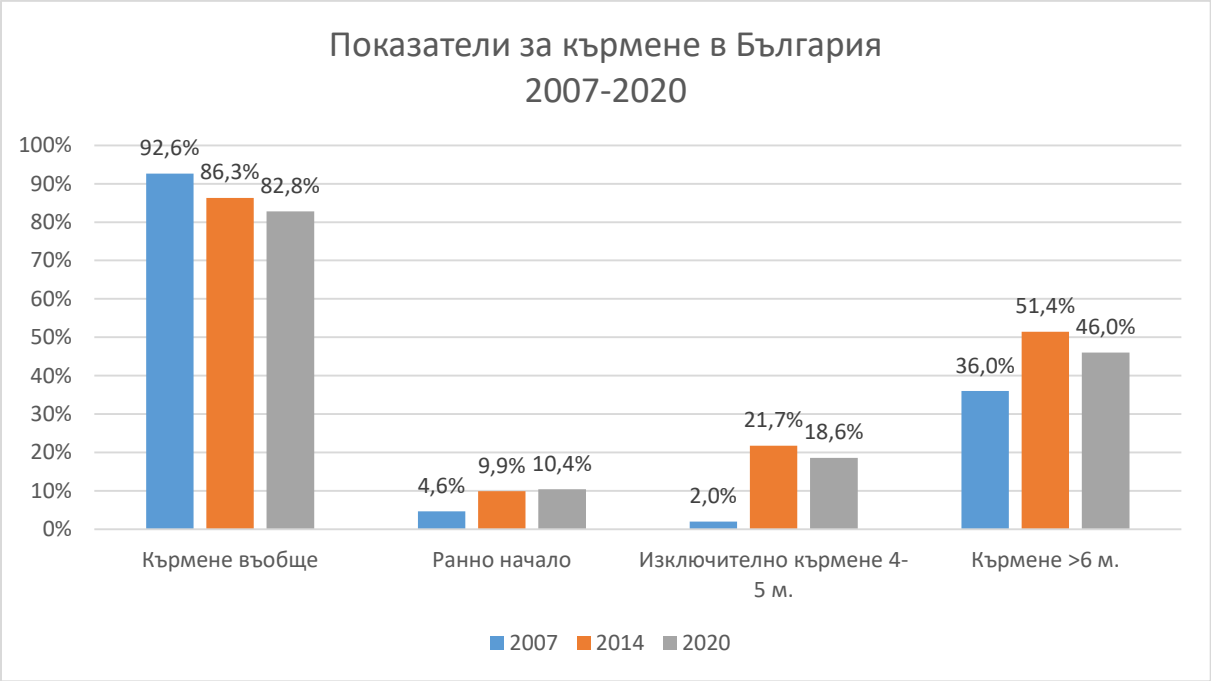

*Фигура 10. Показатели за кърмене в България, 1958-1981*

Националното представително проучване от 2007 г. проведено от НЦОЗА с финансиране от УНИЦЕФ и под ръководството на проф. д-р Стефка Петрова. [53] В него се вижда, че показателят за кърмене въобще в България е висок – 92,6% от майките, включени в проучването, започват да кърмят.

Според последните налични данни от проучванияс по-широк фокус от 2014 и 2020 г., в които темата за кърменето също е включена, се наблюдава тенденция към намаляване на относителния дял на бебетата, кърмени в първите дни след раждането – 86,3% през 2014 г. и 82,8% през 2020 г.[54] [55] Въпреки известната отрицателна тенденциия, показателят остава около средния за развитите страни.

У нас се наблюдава лек прогрес по показателя за ранното начало на кърменето (в рамките на първия час) – от 4,6% през 2007 г. до 10,4% през 2020 г., но въпреки това е много по-нисък в сравнение с показателите на други страни с висок среден доход (там нивото е около 50%).

По показателя за изключително кърмене има сравнима информация за възрастта 4-5 м. и данните от споменатите проучвания са съответно 2% (2007), 21,7% (2014), 18,6% (2020 г.). Голямата разлика в данните от първото и следващите проучвания вероятно се дължи на разлики в методологията, но дори по-високите и по-актуални нива по показателя са в пъти по-ниски от средните за света за страните с висок и среден висок доход (съотв. около 45% и 75% от бебетата приемат кърма на 6-месечна възраст). **Error! Bookmark not defined.** (Фиг. 11)

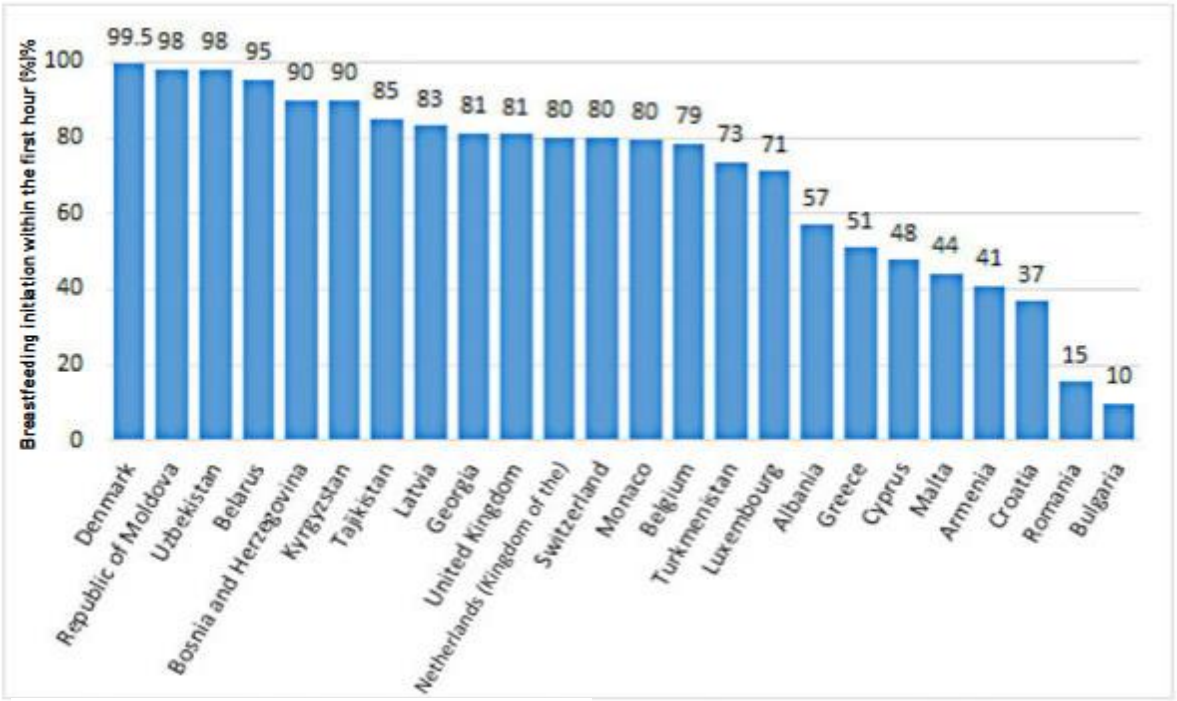



*Фигура 11. Показатели за кърмене в България, 2007-2020*

В проучване за практиките за кърмене във Варненска област от 2009 г. показателите отново са много ниски и кореспондират с резултатите от националното представително изследване от 2007 г. – едва 1,8% ранно начало и 5,9% изключително кърмене на 4-5-месечна възраст.[56]

При сравнение на българските със световните показатели за страните с висок среден доход, към които принадлежи нашата страна, ясно се вижда колко неблагоприятни са националните данни – при над 45% дял на ранното начало на кърменето в тези страни (показател, пряко свързан с болничните практики), в България той се движи от 4,6 до 10,4%. Изключително кърмени на 4-5 месечна възраст са около 20% от българските бебета според най-оптимистичните данни, а за страните от нашата група относителният дял е около 30%. На 6-месечна възраст около 80% от бебетата в държавите с висок среден доход получават кърма, а в България – под 50%.

България отчита най-ниското ниво по индикатора за кърмене в рамките на първия час сред страните от европейския регион на СЗО. (Фиг.12)




*Child and adolescent health in Europe: Report on progress to 2021*

*Copyright © 2021 WHO*

*Фигура 12. Докладван дял на ранно начало на кърменето в рамките на 1-вия час по страни*

## 5. Международни политики за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето

### *Зараждане на движението за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето*

Както много други значими процеси от обществения живот и движението за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето започва не от нивото на управлението и вземането на решения, а от общностното ниво. През 50-те години на миналия век седем кърмещи майки от Чикаго осъзнават нуждата от подкрепа за кърменето, която другите майки имат, и поставят началото на „Ла Лече Лига“ (ЛЛЛ) – първата организация в подкрепа на кърменето, понастоящем най-голямата световна организация, работеща по подхода „Майки подкрепят майки“ в над 75 държави. В този период кърменето не се насърчава от медицинските институции и не се практикува достатъчно широко, за да могат жените, които искат да кърмят, да получат практическа подкрепа. Основателките на ЛЛЛ започват провеждането на цикъл от четири срещи, на които се разглеждат теми, свързани с бременността, раждането и кърменето. Срещите постепенно се превръщат в регулярни събирания на група за взаимопомощ. Още от първите дни на съществуването

си ЛЛЛ работи в партньорство с някои лекари, които предоставят медицински съвети и подкрепа при по-сложни проблеми с кърменето. [57]

На други места по света през 60-те години по почти същия начин се създават местни организации на майки в Норвегия „(Амехйелпен“)[58] и в Австралия („Асоциация на кърмещите майки“ понастоящем „Австралийска асоциация по кърмене“)[59].

В медицинските среди също се появяват знакови фигури в защита на кърменето и противопоставящи се на масовата практика за хранене на бебетата с млека за кърмачета и най-вече на агресивния маркетинг на компаниите-производителки на такива млека. Още през 1939 г. британският лекар д-р Сисъли Уилямс публично осъжда популяризирането на заместителите на майчиното мляко. През 1974 г. се издава книгата „Убиецът на бебета“, в която се изобличава концерна „Нестле“ за нелоялните му търговски практики.[60]

През 70-те и 80-те години в резултат от нарастващите нужди на майките за специализирана и висококвалифицирана грижа по отношение на кърменето назрява моментът за възникването на нова професия – консултант по кърмене. Успоредно текат процесите на натрупване на все повече научна информация за ползите от кърменето, която се публикува и популяризира, и на опит и практически умения за справяне с проблемите в кърменето в големите организации за подкрепа на кърменето по подхода „Майки подкрепят майки“ (ЛЛЛ, Австралийската асоциация по кърмене).

В резултат от тези процеси и поради растящата нужда от гарантиране на висок стандарт на професионална помощ в сферата на кърменето през 1985 г. се създава Международния сертифициращ борд на консултантите по лактация (IBLCE - the International Board of Lactation Consultant Examiners®), който става една от малкото сертифициращи организации, акредитирани от Национална комисия по сертификация на САЩ (NCCA – националният акредитиращ орган на САЩ) и поддържа акредитацията си през годините. Понастоящем IBLCE включва над 38 000 сертифицирани от Борда консултанти по лактация (IBCLC) в 136 страни.[61] В България към 2025 г. има 13 сертифицирани от Международния борд консултанти по лактация (IBCLC). [62]

### *Международен кодекс за разпространение на заместителите на майчината кърма*

През 1974 г. на 27-ата Световна здравна асамблея (СЗА) се отбелязва спад в честотата на кърмене в световен мащаб и се отчита негативната роля на производството

на заместители на майчината кърма върху показателя. СЗО призовава страните-членки да преразгледат дейностите за насърчаване на продажбите на бебешки храни и ако е необходимо, да въведат подходящи национални мерки и законодателство за контролирането им.

В следващите години проблемите с маркетинговите стратегии на „Нестле“ се задълбочават, особено що се отнася до страните от третия свят, където те предлагат първоначално безплатни млека за кърмачето, което компрометира кърменето още в самото му начало и наистина е животозастрашаващо за бебетата предвид финансовата невъзможност на майките да продължат дългосрочно да ги хранят с изкуствени млека. През 1977 г. се сформира Коалиция за действие срещу храните за кърмачета (Infant Formula Action Coalition - INFACT) от лекари, сестри, здравни работници и мисионери, които са все по-разтревожени от този агресивен маркетинг и нарастващата детска смъртност. [63] Коалицията започва много успешен бойкот на продуктите на Nestle в знак на протест срещу неетичните и смъртоносни практики за разпространение на млека за кърмачета, предимно в развиващите се страни.

Две години по-късно в Женева се осъществява среща на СЗО и УНИЦЕФ, на която двете организации призовават за спешни действия за подобряване на здравето и храненето на кърмачетата и малките деца и подчертават необходимостта от насърчаване и подкрепа на кърменето и от контрол на маркетинга на заместители на кърмата както в развитите, така и в развиващите се страни. Окончателните препоръки относно маркетинга и промоцията на заместители на кърмата се разработват от работна група с представители на всички заинтересовани страни, включително на индустрията за млека за кърмачета, която изготвя препоръки и упълномощава СЗО/УНИЦЕФ да организират разработването на международен кодекс за поведение по отношение на маркетинга и модел на национално законодателство въз основа на съгласувани принципи. Индустрията привидно дава знак, че ще се съобразява с тези препоръки, но действията й в следващите години не са съответни на тези декларации и вероятно те са направени с цел повърхностно потушаване на конфликтите и успокояване на обществеността. [64]

Бойкотът и ясните стъпки на международните организации в защита на здравето и децата са катализатор за приемането от Световната здравна организация (СЗО) към ООН на политически документ. На 21 май 1981 г. на СЗА със 118 гласа в подкрепа, 3 въздържали се и само 1 глас против (на САЩ) се приема Международният кодекс за разпространение на заместителите на майчината кърма.

Според Международния кодекс:

- Не трябва да се рекламират по какъвто и да е начин през широката общественост продуктите в обхвата на действие на Кодекса (млека за кърмачета, други напитки за възрастта до 6 м., шишета).
- Не трябва да се предлагат мостри на продукти в обхвата на Кодекса на бременни жени, майки или членове на техните семейства.
- Не трябва да се предлагат на бременните жени и майките на кърмачета и малки деца каквито и да е подаръци или артикули и прибори, които биха могли да рекламират употребата на заместители на майчина кърма или хранене с шише.
- Фирмите-производителки не трябва да търсят какъвто и да било пряк или косвен контакт с бременни жени или майки на кърмачета и малки деца, включително чрез свои представители да дават съвети в търговски обекти, да организират и провеждат семинари и лекции за бременни жени или майки на бебета и др.

Международният кодекс продължава да служи и до днес (след ревизии през годините) за основа на политиките, законодателството и практиките по целия свят, свързани с кърменето и продажбата на храни за кърмачета. [65]

### *Програмна декларация „Иноченти“*

През 1989 г. СЗО и УНИЦЕФ публикуват съвместно изявление, в което се подчертава необходимостта здравните системи да заемат своето място в защитата, подкрепата и насърчаването на кърменето и за първи път представят 10-те стъпки за успешно кърмене, които през следващите десетилетия се превръщат в основа на глобална инициатива, реформираща услугите за майки и бебета в родилните отделения. [66]

Година по-късно в периода 30 юли-1 август 1990 г. представители на 30 държави и на международни организации се събират на организирана съвместно от СЗО, УНИЦЕФ, Агенцията на САЩ за международно развитие (USAID) и Шведската агенция за международно сътрудничество за развитие (Sida) среща във Флоренция в Изследователски център „Иноченти“ на УНИЦЕФ, където вземат решение за създаването глобален план за действие, който да противодейства на катастрофалния спад

на честотата на кърмене. На срещата са представени заключенията и препоръките от всички предходни технически срещи и документи. Резултатът от срещата във Флоренция е приемането на Декларацията от Иноченти за защита, насърчаване и подкрепа на кърменето, която по-късно е одобрена от 45-тата СЗА и Изпълнителния съвет на УНИЦЕФ. Тя поставя четири оперативни цели. До 1995 г. всички правителства да постигнат следното:

1. Да назначат национален координатор по кърменето с подходящи правомощия и да създадат многосекторен национален комитет по кърменето, съставен от представители на съответните правителствени министерства, неправителствени организации и асоциации на здравни специалисти.

2. Да се гарантира, че всяко лечебно заведение, предоставящо родилна помощ, прилага изцяло всички 10 от „Десетте стъпки за успешно кърмене“, посочени в съвместното изявление на СЗО и УНИЦЕФ от 1989 г.;

3. Да се предприемат действия за прилагане на принципите и целите на Международния кодекс за маркетинг на заместители на кърмата и последващите съответни резолюции на СЗА в тяхната цялост;

4. Да се приеме оригинално законодателство, защитаващо правата на кърмене на работещите жени и да се създадат средства за неговото прилагане.[67]

### *Конвенция за правата на детето*

През същата година е ООН ратифицира и Конвенция за правата на детето. В този много по-широк политически документ се засягат и аспекти на здравето и храненето на детето. В него е включен текст, според който държавите-страни по конвенцията следва да полагат усилия за осигуряване на пълното прилагане на правото на всяко дете на най-високия достижим стандарт на здравословно състояние и здравни услуги и по-специално да предприемат подходящи мерки, една от които е да осигурят на всички групи в обществото, и по-специално на родителите и децата, информация относно предимствата на кърменето, както и обучение и съдействие за използването на тази информация.[68]

### *Инициатива „Болница – приятел на бебето“ и програма „10 стъпки за успешно кърмене“*

В изпълнение на приоритетите на Декларацията „Иноченти“ през 1991 г. СЗО и УНИЦЕФ инициират глобалната програма „Болница – приятел на бебето“, която има за

цел да даде на всяко бебе най-добрия старт в живота чрез създаване на здравна среда, която подкрепя кърменето като норма.[69] В основата на този стандарт за добра грижа и подкрепа на кърменето още от самото раждане стоят формулираните по-рано през 1989 г. в съвместното изявление на СЗО и УНИЦЕФ „10 стъпки за успешно кърмене“, които трябва да бъдат изпълнени в заведенията, предоставящи родилни услуги:

1. Да имат писмени насоки за насърчаване на кърменето, с които редовно да се запознава целият персонал на заведението.

2. Всички сътрудници да бъдат обучени теоретически и практически, за да могат да изпълняват основните насоки за поощряване на кърменето.

3. Всички бременни жени да бъдат информирани за предимствата и практическото осъществяване на кърменето.

4. Да се дава възможност на майките да слагат детето на гърдата още в първите минути след раждането.

5. Персоналът да обяснява конкретно на майките как да слагат бебето на гърдата и как да запазят и стимулират производството на мляко дори при раздяла с детето си.

6. На новородените да не се дават нито течности, нито други храни като добавка към майчиното мляко, ако това не се препоръчва по здравословни причини.

7. Майките и децата трябва да бъдат настанявани заедно и да не бъдат разделяни.

8. Персоналът да окуражава майките да кърмят бебетата според потребностите им.

9. На кърмачетата да не се дават гумени биберони или залъгалки.

10. Да се поощрява създаването на групи за кърмене и да се осигурява контакт за майките с тези групи при изписването от болницата или родилното отделение.[66]

Систематичен преглед от 2016 г. на проучвания от цял свят показва ясна връзка между броя на спазваните критерии на БПБ и вероятността за по-добри резултати по индикаторите за ранно начало на кърменето, изключително кърмене при изписване от болницата, общата продължителност на изключителното кърмене и кърмене въобще, независимо от географския регион. От 58 анализирани проучвания 55 подкрепят тази връзка и нито едно не открива негативно влияние на БПБ върху кърменето. Важно заключение на прегледа е, че спазването на 10-тата стъпка, свързана с оказването на последваща подкрепа на майката както чрез общностни подходи от типа на „Майки подкрепят майки“, е ключова за дългосрочната устойчивост на постигнатите краткосрочни позитивни резултати за кърменето, които са фокусирани единствено върху родилните отделения. [70]

### *Глобална стратегия за хранене на кърмачето и малкото дете*

През 2002 г. 55-та СЗА приема нов значим стратегически документ разработен от СЗО и УНИЦЕФ като надграждане върху предходните инициативи като Декларация „Иноченти“ и БПБ – Глобална стратегия за хранене на кърмачето и малкото дете. Нейната цел е чрез оптимално хранене да се подобри хранителния статус, растежа и развитието, здравето и по този начин оцеляването на бебетата и малките деца. Специфичните цели са:

- да се повиши осведомеността за основните проблеми, засягащи храненето на кърмачета и малки деца, да се осигурят подходите за тяхното разрешаване и да се предостави рамка за основни интервенции;
- да се повиши ангажираността на правителствата, международните организации и други заинтересовани страни за оптимални практики за хранене на кърмачетата и малките деца;
- да се създаде среда, която да позволи на майките, семействата и другите лица, полагащи грижи за деца, при всякакви обстоятелства да правят и прилагат информиран избор относно оптималните практики за хранене на кърмачета и малки деца.

Стратегията залага принципи за успешно кърмене, които са основополагащи и продължават да са част от съвременните препоръки: изключително кърмене за 6 месеца; навременно, адекватно, безопасно и подходящо допълващо хранене на фона на продължаващо кърмене до две години и след това; подкрепа за майчиното хранене и социална и обществена подкрепа. [71]

Стратегията става основа за развитието на политики, свързани с общественото здраве и защитата, насърчаването и подкрепата на кърменето на регионално и национално ниво в световен мащаб.

### *Препоръки на световните медицински организации*

Основните принципи за успешно кърмене на Глобалната стратегия за хранене на кърмачето са заложени в препоръките на световни педиатрични и други асоциации и организации на тяхна база се установяват стандарти и добри практики за здравна грижа по отношение на кърменето.

Препоръките на СЗО са за ранно начало на кърменето в първия час след раждането, изключително кърмене (т.е. без предлагане на вода, чай или други течности или храни)

до 6-месечна възраст, кърмене на поискване (толкова често, колкото бебето иска, денем и нощем), без използване на шишета и залъгалки, и продължаващо кърмене до 2-годишна възраст и след това, като след 6-ия месец бебето трябва да приема и безопасни и адекватни за нуждите и възрастта му допълващи храни заедно с продължаващото кърмене.[72] [73]

Американската академия по педиатрия (ААП) препоръчва изключителното кърмене в продължение на около 6 месеца след раждането, а относно оптималната продължителност на кърменето насоките са срокът да е поне 1 година. Освен това ААП препоръчва болниците или центровете за раждане да прилагат практики за грижи за майката, за които е доказано, че подобряват началото, продължителността и изключителността на кърменето. Центърът за контрол и превенция на заболяванията (CDC) и Съвместната комисия наблюдават практиките за кърмене в болниците в САЩ. ААП оценява решаващата роля на педиатрите в болниците, индивидуалните практики и в общностите като защитници на кърменето и поради това насърчава тяхното обучение относно ползите от кърменето за майките и децата и относно организацията и успешното поддържане на кърменето.[74]

Насоките на Австралийския национален съвет за здравеопазване и медицински изследвания (NHMRC) за хранене на бебетата също препоръчват изключително кърмене до 6-месечна възраст и продължаване на кърменето заедно с предлагането на допълващи храни до 1 година и по-късно. [75]

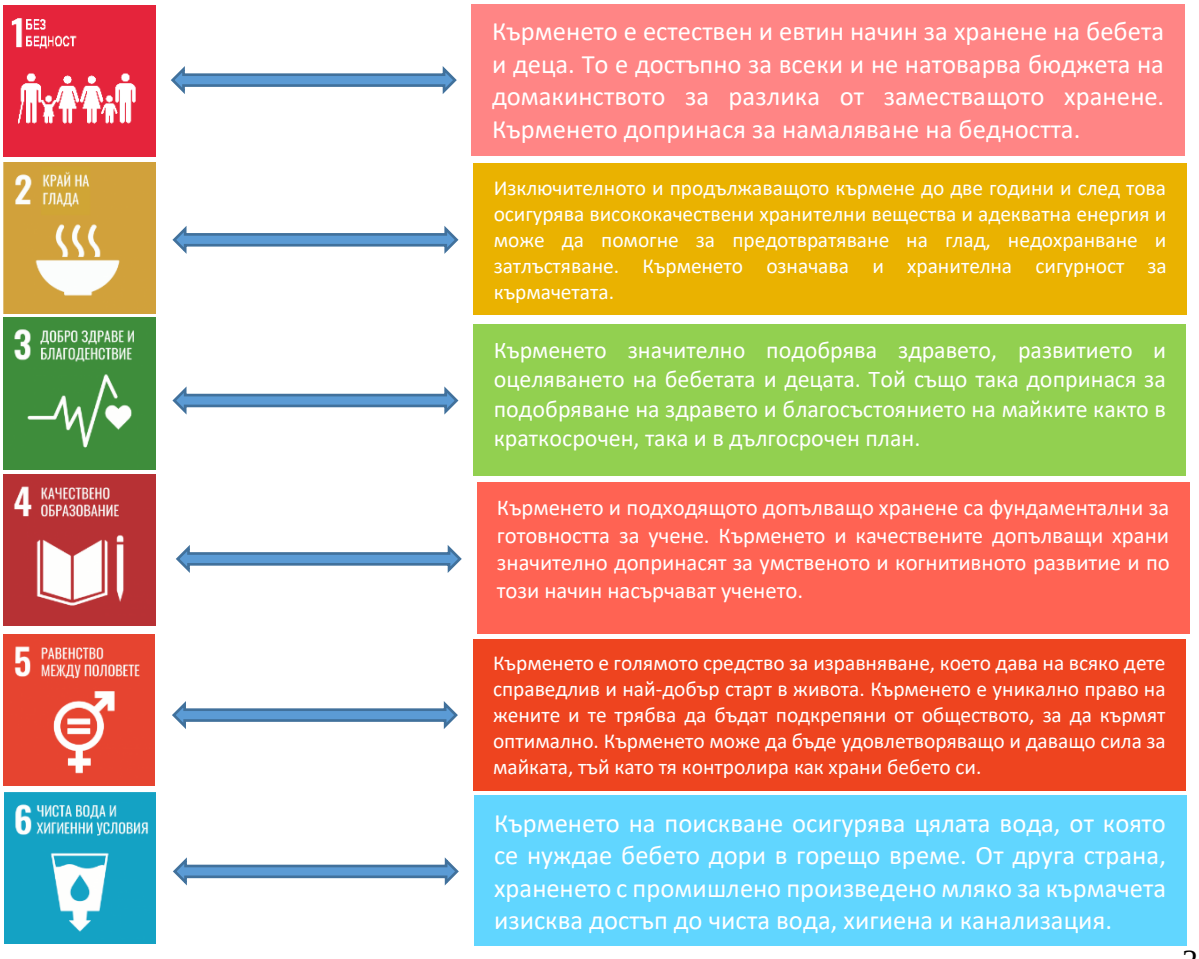
Същите са препоръките за изключително кърмене до 6-месечна възраст и на Канадското педиатрично общество,[76] но по отношение на продължаващото кърмене те са в синхрон с препоръките на СЗО за кърмене до 2 години и след това, докогато майката и бебето желаят.[77]

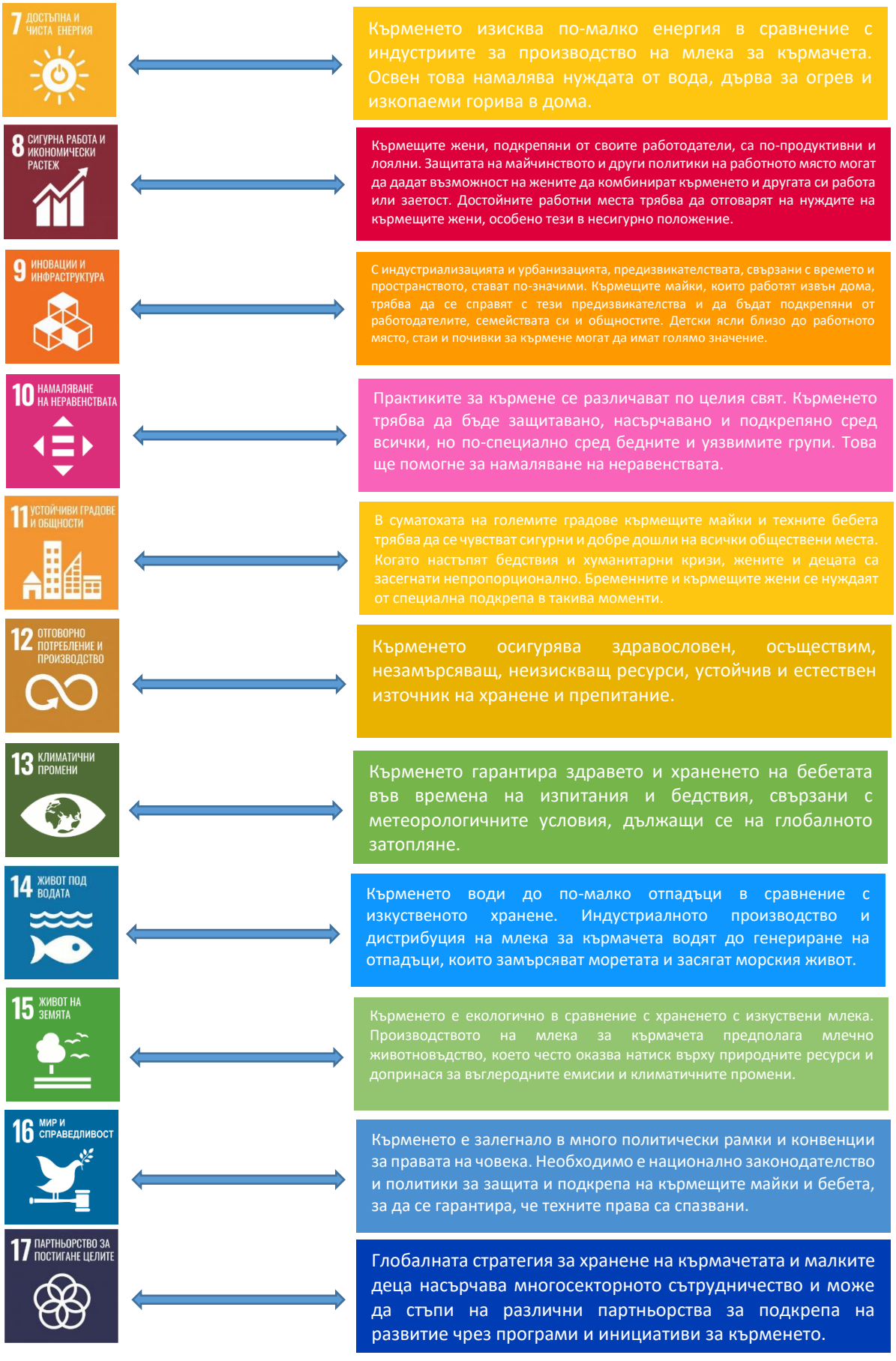
Европейската общност по детска гастроентерология, хепатология и хранене (ESPGHAN) също има препоръки, подкрепящи кърменето, в голямата си степен в съзвучие с препоръките останалите световни организации. През 2009 г., въз основа на събраните научни данни и позициите на другите организации, Комитетът на ESPGHAN излиза с позиция, че „пълното или изключително кърмене за около 6 месеца е желана цел. При изключително или частично кърмени бебета, допълващото хранене, като всякаква твърда или течна храна, различна от кърма или мляко за кърмачета и преходно мляко, не трябва да се въвежда в храненето на което и да е бебе преди 17 седмици (навършени 4 месеца) или да се отлага след 26 седмици (навършени 6 месеца).“ По отношение на оптималната продължителност на кърменето изобщо ESPGHAN не се

ангажира с конкретна горна граница, но изразява позиция, че кърменето трябва да продължи толкова дълго, колкото майката и детето желаят. [78]

### *Цели за устойчиво развитие и кърменето*

През 2015 г. на среща на върха по устойчивото развитие в рамките на ООН е приет политически документ за дневния ред за развитие на света след 2015 г., наречен „Програма за устойчиво развитие до 2030 г.”[79] Документът е одобрен от всички 193 държави членки на ООН, включително и България. В Програмата са изброени и формулирани 17 Цели за устойчивото развитие (Sustainable Development Goals (SDGs), като към всяка една от тях има и подцели, които са общо 169. Всички те са насочени към преодоляване на най-острите проблеми в света: крайната бедност, глада, болестите, както и разрешаване на въпросите, свързани с опазването на околната среда, постигането на устойчиво икономическо развитие и потребление, изграждането и функционирането на демократични институции, спазването на правата на човека, равенството на половете и др. Кърменето има ключова роля в пътя към устойчивото развитие и WABA (Световният алианс за действие в областта на кърменето) демонстрират неразривните връзки между 17-те Цели и кърменето. [80] (Фиг. 12)






*Фигура 12. Целите за устойчиво развитие и връзката им с кърменето*

**Международната мрежа за действие за храненето на бебетата (IBFAN)** е основана на 12 октомври 1979 г. след съвместната среща на СЗО и УНИЦЕФ в Женева относно храненето на бебетата и малките деца, когато се полагат основите на Международния кодекс за разпространение на заместителите на майчина кърма. Това е една от най-устойчивите мрежи, създадени с конкретна цел и продължаващи да преследват постигането й. IBFAN се състои от групи в обществена полза, работещи по целия свят за намаляване на заболеваемостта и смъртността при кърмачета и малки деца. Мрежата работи за универсално и пълно прилагане на Международния кодекс и последващите резолюции.

През 1993 г. група лекари на среща на Международната асоциация на консултантите по лактация (International Lactation Consultants Association - ILCA) започват да обсъждат идеята за създаване на мултидисциплинарна лекарска организация, посветена на науката за кърменето. Идентифицирайки общи проблеми и предизвикателства, основната група от 12 лекари създава организацията „Лекари, застъпващи се за кърменето“ (Physicians Advocating Breastfeeding - PHAB). През 1995 г. организацията се преименува и официално се регистрира като **Академия по медицина на кърменето (АМК)**.

АМК има за цел да осигури основани на доказателства решения на предизвикателствата пред кърменето по целия свят, тъй като клиничната практика изостава от натрупаните научни доказателства за кърменето. От основаването си през 1993 г. АМК изгражда глобална общност от лекари с различен произход, опит, перспективи и специалности и създава мрежа от експерти и застъпници, които да движат напред медицината в областта на кърменето и има изключително важна роля за напредъка и позитивните промени чрез обучение на доставчици на здравни услуги и институции, насърчаване на глобална професионална общност от лекари с различни специалности, ангажирани с грижата за жените и децата, и развитие на научните изследвания и практики, които формират обществената политика в подкрепа на кърменето. АМБ създава медицинските протоколи за третиране на проблеми и състояния, свързани с кърменето. [81]

През 1991 г. се създава **Световният алианс за действие в областта на кърменето (World Alliance for Breastfeeding Action – WABA)** и свързва в глобална мрежа от лица и организации, които работят за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето и улеснява съвместните им усилия в областта на социалната мобилизация,

застъпничеството, разпространението на информация и изграждането на капацитет. Членове на Алианса са СЗО, УНИЦЕФ, Международната конфедерация на акушерките, Международната организация на труда, неправителствени организации в подкрепа на кърменето и др. WABA основава работата си върху принципите на международните документи (Декларацията „Иноченти“, Глобалната стратегия за храненето на кърмачето и малкото дете) и е глобалният координатор на Световната седмица на кърменето (ССК) от 1 до 7 август, която се отбелязва ежегодно от 1992 г. насам. [82]

Кампанията на WABA „Топла верига на подкрепа за кърменето“ представя по ясен и достъпен начин необходимостта от цялостен модел, интегриращ здравните и обществените системи за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето. „Топлата верига“ поставя диадата „майка-бебе“ в центъра и се стреми да свърже различните участници чрез координиране на усилията във всички нива, за да се осигури непрекъснатост на грижите през първите 1000 дни, които са от ключово значение за установяване на основите за правилно хранене и развитие на бебето. (Фиг. 13)




*Фигура 13. „Топла верига на подкрепа за кърменето“ – действащи участници*

През 2004 г. стартира инициатива за събиране и анализ на актуални данни от страните по целия свят – **Световната инициатива за тенденции в кърменето (WBTi)**. Тя има за цел да подпомага страните да оценят състоянието на националните си политики и програми и да направят стандартизирано сравнение на напредъка в изпълнението на Глобалната стратегия за хранене на кърмачетата и малките деца. Инициативата се базира на инструмента на СЗО за национална оценка на политиките и програмите за хранене на кърмачета и малки деца. WBTi помага на страните да измерват по десет параметъра силните и слабите страни на политиките и програмите за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето и по пет допълнителни параметъра практиките за оптимално хранене на кърмачетата и малки деца:

*I. Политики и програми*

1. Национални политики, програми и координация
2. Инициатива "Болница – приятел на бебето" (Десет стъпки към успешно кърмене)
3. Международнен кодекс за маркетинг на заместителите на майчината кърма
4. Защита на майчинството
5. Системи за грижи за здравето и храненето (в подкрепа на кърменето и храненето на кърмачето и малкото дете)
6. Подкрепа за майките и работа в общността
7. Информационна подкрепа
8. Хранене на кърмачетата и ХИВ
9. Хранене на кърмачетата при извънредни ситуации
10. Механизми за мониторинг и оценка

*II. Практики за оптимално хранене на кърмачетата*

11. Ранно започване на кърменето
12. Изключително кърмене
13. Средна продължителност на кърменето
14. Хранене от шише
15. Допълващо хранене/захранване [83]

Друга колаборация между световни организации, застъпващи се за кърменето, е **Глобалният колектив за кърмене (The Global Breastfeeding Collective)** – партньорство на известни международни агенции, които призовават донорите, политиците и гражданското общество да увеличат инвестициите в кърменето в световен мащаб.

Алиансът се застъпва за разумни инвестиции в кърменето, помага на политиците и неправителствените организации да прилагат решения и мобилизира обществената подкрепа, за да се постигнат реални резултати в увеличаването на относителния дял на кърмене. Глобалният колектив за кърмене има четири стратегически цели:

- Насърчаване на лидерството и съюзите за активизиране на подкрепата за кърменето.
- Ефективно интегриране и предаване на посланията за кърмене, за да се достигне до стратегическите аудитории.
- Мобилизиране на ресурси и насърчаване на отчетността.
- Натрупване на знания и доказателства за подобряване на политиките, програмите, финансирането и комуникацията в областта на кърменето.

Част от членовете на Глобалния колектив са: СЗО, УНИЦЕФ, Световната банка, USAID, WABA, Международната асоциация на консултантите по лактация ILCA, IBCLE, Академията по медицина на кърменето, CDC – Центърът за контрол и превенция на заболяванията на САЩ, ЛЛЛ, Фондация „Бил и Мелинда Гейтс“ и др.)[84]

От 2017 г. насам Глобалният колектив ежегодно представя Глобална карта за оценка на кърменето анализира показатели за това как държавите защитават, насърчават и подкрепят кърменето чрез финансиране или политики. Картата проследява напредъка по следните политически приоритети:

1. Финансиране
2. Прилагане на Международния кодекс за разпространение на заместителите на майчина кърма
3. Защита на майките на работното място
4. „Болница – приятел на бебето“
5. Специализирано консултиране за кърмене и обучение
6. Програми за подкрепа в общността
7. Системи за мониторинг
8. Хранене на кърмачето и малкото дете при спешни ситуации.

Глобалната карта за оценка е предназначена да документира напредъка в защитата, подкрепата и насърчаването на кърменето в унисон с Целите за устойчиво развитие 2030, чиито таргети са заложени в нея. Част от показателите за напредък са:

- Донорско финансиране (в щатски долари) на живородено дете

- Правен статут на Международния кодекс за разпространение на заместителите на майчина кърма
- Мониторинг на Кодекса за разпространение на заместителите на майчина кърма
- Стандарти за отпуск по майчинство
- Стандарти за условия за кърмене на работното място
- Относителен дял от ражданията в болници и родилни отделения, които са „Болници приятел на бебето“
- Относителен дял от ражданията с подкрепа за кърмене при раждането
- Относителен дял от медицинските работници, консултирани относно храненето на кърмачето и малкото дете
- Включване на подкрепата на храненето на кърмачето и малкото дете в учебните програми за академична подготовка
- Относителен дял на новородените, кърмени в рамките на един час след раждането
- Относителен дял на бебетата до 6 месеца, кърмени изключително
- Относителен дял кърмени бебета на 1-годишна възраст
- Относителен дял кърмени малки деца на 2-годишна възраст

Определените и синхронизирани с Глобалните цели за устойчиво развитие целеви показатели за постигане до 2030 г. са:

- Донорите да допринасят по минимум 5 щатски долара на новородено за подкрепа на кърменето в 25% от случаите (към 2021 г. постигнати 6%).
- Пълно прилагане на Международния кодекс за разпространение на заместителите на майчита кърма в 40% от страните (към 2021 г. постигнати 13%).
- 60% от страните да прилагат препоръките на Световната организация по труда за право на платено майчинство и политики за подкрепа на работното място (към 2021 г. само 11% от страните постигат този стандарт).
- В 40% от страните повече от половината раждания да са в болници и родилни отделения „Приятел на бебето“ (постигнати 14% към 2021 г.).
- В 80% от родилните отделения да се предлага консултиране за хранене на кърмачето и малкото дете (към 2021 г. в 75% това се случва).

- В 80% от страните да има общностни програми за подкрепа на кърменето (според данни на УНИЦЕФ към 2021 г. в 72% от 102 страни има такива програми; липсват данни за достигнатите жени чрез такива програми).
- В 75% от страните програмите за подкрепа на кърменето да преминават през мониторинг и оценка (през последните 5 години – към 2021 г. – само 25% от страните са преминали през оценка по критериите на WBTi).
- В 60% от страните да се събират данни за честотата на кърмене (42 % са събирали данни през последните години преди 2021 г.).
- 70% от бебетата да са закърмени през първия час след раждането си (в периода 2013-2018 г. това се е случило при 48% от ражданията).
- 70% от бебетата да са изключително кърмени до 6-ия месец (това се е случило при 44%).
- 80% от бебетата да се кърмят все още на 1-годишна възраст (в 68% от случаите това е така).
- 60% от бебетата да се кърмят все още на 2-годишна възраст (44% от 2-годишните получават кърма).[85]

Глобалната карта служи като призив за действие за политиците по целия свят да превърнат подкрепата за кърменето в общ национален приоритет. [86]

### *Нови промени в световните политически документи и ключови проучвания*

#### Ревизия на Десетте стъпки на БПБ

През 2018 г. СЗО ревизира Десетте стъпки по посока на разширяване на формулировките. Една от промените е разделянето им на две подгрупи: ключови управленски процедури и ключови клинични практики[1]. Важна цел на тази промяна е по-широко споделяне на отговорността с други значими участници в системата за подкрепа (освен здравните специалисти и клиничните структури, се по-активното включване на правителствата, общностите, самите родители) и зачитане в по-голяма

[1] Терминът „клинични практики“ в международните документи на СЗО и УНИЦЕФ (вкл. Десетте стъпки и инициативата БПБ) обозначава комплекса от действия на здравните специалисти, които подкрепят кърменето в родилните и неонатологичните отделения и почиват на научни доказателства за ефективност. В настоящата дисертация той се използва взаимозаменяемо с израза *„болнични практики“*, който е по-широко употребяван в контекста на българската здравна система.

степен на човешките права и алтернативни избори. Актуалните „10 стъпки за успешно кърмене” са:

*Ключови управленски процедури*

1a. Да спазват изцяло Международния кодекс за маркетинг на заместителите на кърма и свързаните резолюции на СЗА.

1b. Да има писмени насоки за поощряване на кърменето, с които редовно да се запознава целият персонал на заведението.

1c. Да има налични системи за постоянен мониторинг и управление на данните.

2. Всички сътрудници да имат достатъчни знания, компетентности и умения, за да поощряват кърменето.

*Ключови клинични практики*

3. С бременните жени и техните семейства да бъдат обсъждани значението и практическото осъществяване на кърменето.

4. Да се подпомага незабавния и непрекъснат контакт кожа до кожа и майките да бъдат подпомагани в поставяне на бебето на гърда възможно най-рано след раждането.

5. Майките да бъдат подкрепяни да започнат да кърмят и да се справят с обичайните затруднения при кърменето.

6. На новородените да не се дават нито течности, нито други храни, ако това не се препоръчва по здравословни причини.

7. Майките и децата трябва да бъдат оставяни заедно и да бъдат в една стая 24 часа на ден.

8. Майките да бъдат подкрепяни да разпознават и отговарят на сигналите на бебето за нуждата му хранене.

9. Майките да бъдат консултирани за използването и рисковете от хранене от шише, гумени биберони и залъгалки.

10. При изписването от болницата или родилния дом да се осигури достъп на родителите и децата им до навременна и продължителна подкрепа и грижа.

Надеждите са, че промените в Инициативата ще спомогнат БПБ да се прилага по-ефективно от гледна точка на разходите и да стане по-универсална, икономически ефективна и устойчива, като за целата е необходимо да бъде поет ангажимент от страна на политиците за интегрирането й в здравните системи и финансирането на здравеопазването. [87]

### Актуализиране на Международния кодекс за разпространение на заместителите на майчина кърма

През 2017 г. Международният кодекс е актуализиран и са включени и някои допълнения и промени:

- Преходните млека за кърмачета след 6-месечна възраст също не могат да бъдат рекламирани и попадат в обхвата му.
- Върху етикетите на храните за захранване да се пояснява, че е нужно кърменето да продължи 2 години и че не трябва да се предлагат преди 6-месечна възраст.
- Да се избягва кръстосана реклама чрез еднакъв дизайн на етикетите на заместителите на майчино мляко с тези на другите продукти на компаниите.
- Потвърждение, че всяко дарение за здравната система (вкл. за здравни работници и професионални асоциации) от компании, разпространяващи храни за кърмачета и малки деца, представляват конфликт на интереси и трябва да се избягват.
- Да не се допуска спонсорство за форуми на здравни специалисти и научни форуми от страна на компании, които разпространяват млека за кърмачета и малки деца. [88]

Продуктите, включени в обхвата на Международния кодекс, са: заместителите на майчиното мляко (млека за кърмачета и преходни млека за бебета и малки деца над 6-месечна възраст); други храни и напитки, представяни като подходящи за хранене на бебето през първите 6 месеца от живота му, включително бебешки чайове, сокове, води; шишета за хранене и аксесоарите им, като тази регулация се разширява и към помпи и други артикули, ако са продукти на същата фирма с цел избягване на кръстосана реклама (помпите сами по себе си не попадат в обхвата на Международния кодекс, но само ако фирмата-производител не произвежда шишета и биберони).

### Актуализиране на препоръките на ААП

През 2022 г. ААП хармонизира напълно насоките си с тези на СЗО и удължава препоръчителния срок за кърмене до 2-годишна възраст на кърмачето и след това. [89]

### Анализ на Световната банка за здравните и икономическите ползи на кърменето

През 2017 г. е публикуван анализ на Департамента по човешко развитие на Световната банка, което показва, че усилията за насърчаване и защита на кърменето са „основополагаща инвестиция в човешкия капитал“. Кърменето има вероятно най-голямото въздействие върху детската смъртност в сравнение с всяка друга превантивна здравна мярка и може да помогне за предотвратяването на над 800 000 смъртни случая на деца поради инфекции и заболявания в детска и по-късна възраст и 20 000 смъртни случая на майки в световен мащаб годишно поради различни причини, включително рак на гърдата и други форми на рак, диабет и др. [90]

По изчисления на Световната банка са необходими инвестиции в размер на 4,70 долара на новородено или 5,7 милиарда долара за 10 години за всички страни със средни и ниски доходи, за да се постигне глобалната цел за поне 50% изключително кърмене до 2025 г.[2] Само 6% от страните, които получават международна помощ за развитие, получават поне 5 щатски долара на раждане за програми за подкрепа на кърменето. Повечето държави получават под 1 щатски долар на раждане.[91] България като член на ЕС попада в категорията на страните със среден висок доход и не е получател на такъв тип помощ, но данните на Световната банка показват колко малки инвестиции в програми за подкрепа на кърменето са необходими за постигане на значим ефект.

Други ключови послания на анализа във връзка с постигането на глобалната цел на СЗА:

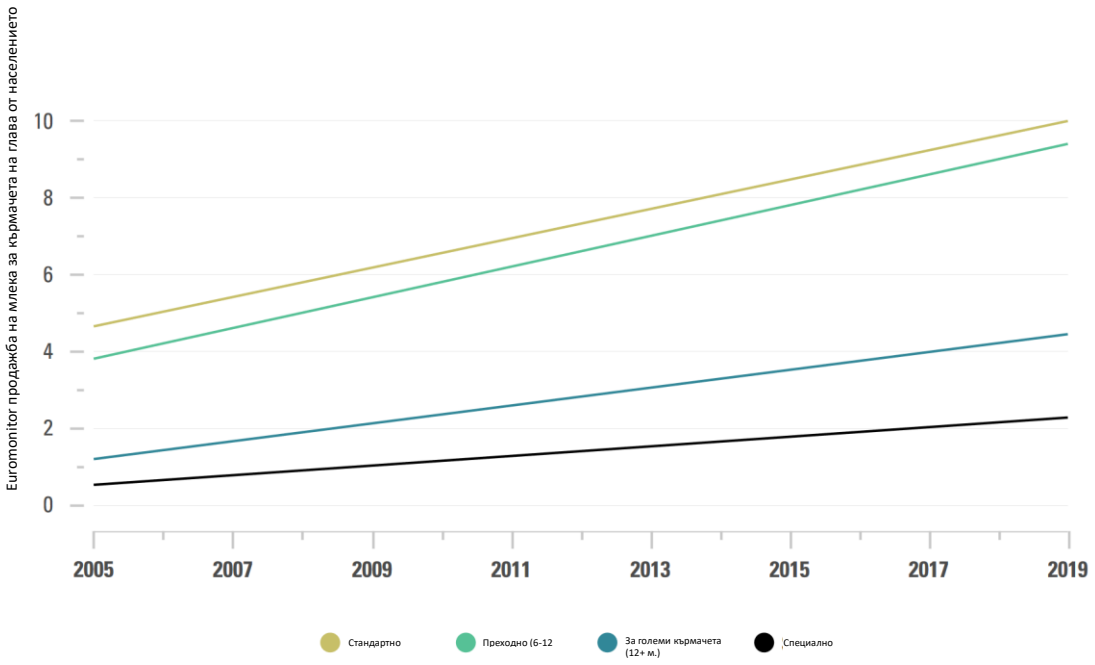
- Цената, ако не се направи инвестиция от 4,70 долара на новородено, би била най-малко 520 000 смъртни случая на деца и 105 милиона деца, които не са изключително кърмени, плюс допълнителна заболеваемост от детски болести и когнитивни загуби.
- Инвестирането в този пакет ще донесе 298 милиарда долара икономически печалби за 10 години във всички страни с ниски и средни доходи. Смята се, че всеки инвестиран долар генерира 35 долара икономическа възвръщаемост, което прави стратегията за кърмене една от най-добрите инвестиции, които една страна може да направи.

[2] През 2012 г. 194-те страни-членки на СЗА се ангажират за постигането на целева стойност от 50% изключително кърмени бебета на 6-месечна възраст до 2025 г. при базова стойност от 37% към 2012 г.

- Удължаването на паричните обезщетения за отпуск по майчинство до шест месеца, което може да увеличи относителния дял на кърмене и да генерира други социални, здравни и свързани с развитието ползи, се оценява на допълнителни 24,1 милиарда долара за 10 години.
- Въпреки че постигането на тази цел изисква значителни усилия и ресурси, тя изглежда по-малко амбициозна от другите глобални цели в областта на храненето. Анализите показват, че може да има възможност за надхвърляне на настоящата цел до 2025 или 2030 г.[92]

### Проучване за влиянието на маркетинга на млека за кърмачета

През 2022 г. излизат резултатите от голямо проучване на СЗО и УНИЦЕФ за влиянието на маркетинга на промишлено произведени млека за кърмачета върху решенията на родителите за храненето на децата и за генерирането на безпрецедентни печалби чрез заобикаляне или директно нарушаване на препоръките на Международния кодекс (55 милиарда долара за 2020 г., като 3 милиарда от тях са разходи само за маркетинг).




Източник: Euromonitor International; индустрия за пакетирана храна, издание 2019 (190 страни)

*Фигура 14. Продажби на промишлено произведени млека за кърмачета на глава от населението (0-36 месеца), 2005-2019 г.*

Ръстът на продажбите в индустрията от 2005 до 2019 г. е главоломен, като особено висок е в сегмента млека за над 12-месечна възраст (когато бебетата са вече напълно захранени и няма никаква необходимост от преходно мляко), където компаниите хвърлят особено големи усилия за маркетиране, след като регулациите в линия с препоръките за изключително кърмене до 6-месечна възраст и препоръчително поне до 1 година (по-старите препоръки на Американската педиатрична асоциация) накърняват търговските им интереси в по-ниската възраст.

Единствено продажбите в сегмента на специалните млека за кърмачета със специфични здравословни състояния и проблеми (чието място е най-значимо) са устойчиви и при тях не се наблюдава подобен изкуствено генериран растеж. (Фиг. 14)

Проучването обхваща над 8500 жени и 300 здравни професионалисти в 8 страни. Критикуват се агресивните маркетингови практики на индустрията за храни за кърмачета и малки деца и се разкрива въздействието им върху семействата и децата. В доклада се призовава цялото общество да заеме активна позиция и очертава възможностите за действие. [93]

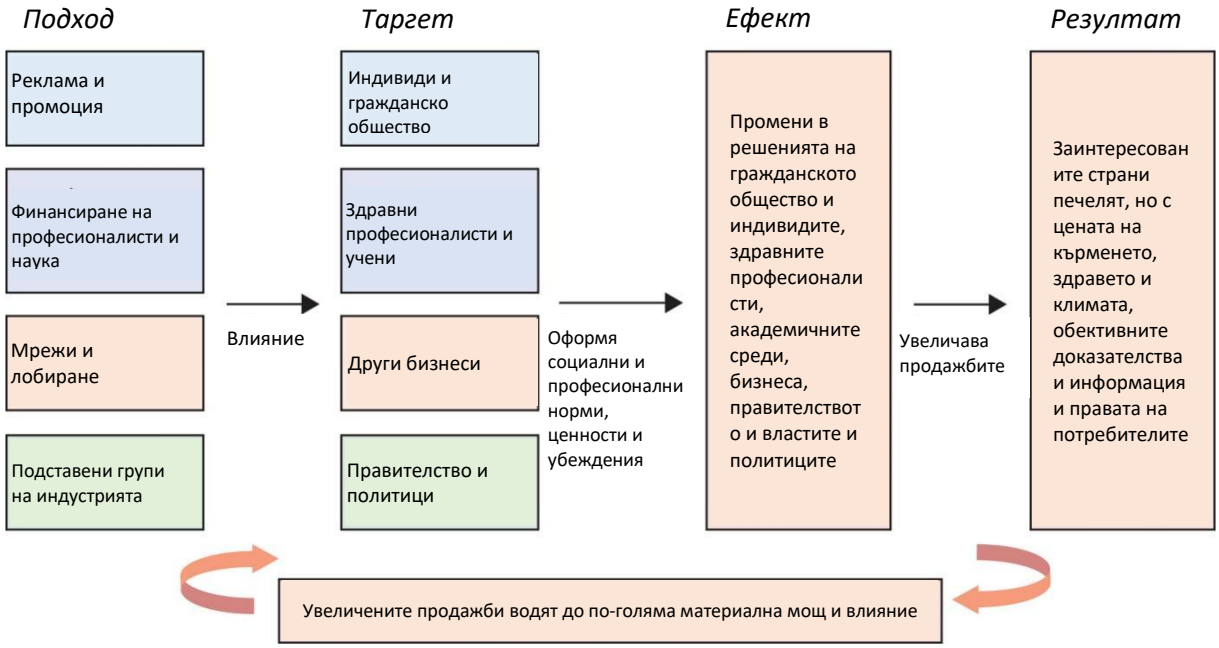
### Позиция на ESPGHAN от 2022 г.

През октомври 2022 г. ESPGHAN публикува на сайта си изявление, в което декларира продължаваща подкрепа за кърменето като оптималния начин за хранене на бебетата, но поставя под съмнение наличието на връзка между маркетинга и компрометирането на кърменето и отхвърля насоките педиатричните асоциации да не приемат спонсорство от търговски производители на заместители на майчина кърма. ESPGHAN нарича заключенията за подобна връзка „допускане“ и изказва мнение, че „по-голямата част от европейските бебета ще приемат заместители на майчина кърма през първата си година дори да са изключително кърмени през първите месеци“. Според изявлението високите продажби на заместители са следствие на ниските нива на кърмене в Европа, а не причина за тях, а причините трябва да се търсят само в други фактори – социо-културни аспекти, липса на практическа и навременна подкрепа за новите майки. ESPGHAN не виждат конфликт на интереси във финансирането на конференции и образователни събития от търговски компании, свързани с производство на заместители на майчина кърма и считат, че могат да гарантират прозрачност и безпристрастност на процедурите, чрез свои механизми. В бележка в края на изявлението се споменава, че четирима от осемте настоящи членове на образователната програма на ESPGHAN, в

рамките на която от 2015 година се организират по около 15 образователни събития по педиатрична гастроентерология, хепатология и хранене, са представители/консултанти на производителите на заместители на майчина кърма. [94]

### Втора серия от проучвания за влиянието на маркетинга на млека за кърмачета

През февруари 2023 г. научното списание The Lancet публикува серия от научни доклади на три нови проучвания, подкрепени от СЗО, които подчертават още веднъж подоптималния напредък в практиките за кърмене в световен мащаб, съчетано със значима корелация между продажбите на промишлено произведени млека за кърмачета и разпространението на кърменето на национално ниво. Докладите очертават разнообразие от изключително ефективни стратегии, използвани от производителите на търговски млечни формули, за таргетиране на родители, здравни специалисти, академични институции, политици. Разходите за реклама на производителите на млека са нараснали със 164% през последното десетилетие, въпреки че 144 (74%) от 194-те държави-членки на СЗО, са приели законови мерки за прилагане на Кодекса, в който изрично се посочва, че не трябва да се рекламират пред широката общественост продукти, попадащи в неговия обхват. Наблюдава се политическа подкрепа от страна на правителствата чрез скрито лобиране с помощта на търговски асоциации и подставени групи с цел заобикаляне на законодателството в подкрепа на кърменето и оспорване на разпоредбите за хранителни стандарти. (Фиг. 15).




*The Lancet* DOI: (10.1016/S0140-6736(22)01931-6)
Copyright © 2023 World Health Organization

*Фигура 15. Концептуална рамка на търговския маркетинг на млека за кърмачета - подсилваща система за влияние.*

Серията статии очертава как типични и напълно закономерни поведения на бебетата, като плач, нервност и непродължителен нощен сън, се описват от индустрията за производство на млека като патологични и се представят като основателна причина за въвеждане на промишлено произведено мляко в храненето на бебето, с което да се облекчи дискомфорта и лошия сън, когато всъщност тези поведения са често срещани и естествени за развитието. Производителите дори твърдят, че техните продукти могат подобрят развитието на мозъка и интелигентността, което е напълно необосновано. Храненето на кърмачетата допълнително се обвързва търговски чрез кръстосано популяризиране на млека за различните възрасти (включително за възрасти, когато те вече не са необходими), използващи една и съща марка и линия с цел да изграждане на лоялност към марката – крещящ опит за заобикаляне на законодателството, което забранява рекламирането на млека за кърмачета. [95] [96] [97]

През 2023 г. Световната здравна организация (СЗО) публикува насоки за регулаторни мерки, насочени към ограничаване на дигиталния маркетинг на заместители на майчиното мляко. Тези насоки са разработени в контекста на нарастващото използване на цифрови платформи за промотиране на такива продукти, които могат да подкопаят усилията за насърчаване на кърменето и да затруднят информирания избор на

родителите. Основни акценти на насоките са: дигиталният маркетинг като основен канал за промоция; необходимостта от специфични регулаторни механизми в новата дигитална среда; забрана за използване на инфлуенсъри и родителски групи за подкрепа от старана на фирми-производители и разпространители; подобряване на мониторинга и прилагането на регулациите. [98]

Въпреки че Европейският съюз разполага с някои регулации относно маркетинга на заместители на майчината кърма, контекстът на дигиталния маркетинг затруднява тяхното прилагане и страните от европейския регион все още са уязвими към агресивния маркетинг на тези продукти.

### *План за действие за защита, насърчаване и подкрепа на кърменето в Европа*

Освен Глобалната стратегия за храненето на кърмачето и малкото дете, като отправна точка за планирането на мерки на национално ниво за България като страна-членка на ЕС е важно да се вземе под внимание и стратегическата рамка на европейско ниво – Плана за действие за защита, насърчаване и подкрепа на кърменето в Европа.

През 2004 г. в Дъблин на конференция за страните от ЕС за промоция на кърменето в Европа се представя финансиран от ЕК разработен от представители на всички страни от ЕС проект за политически документ, който да координира и насочи действията на страните в региона, където честотата на кърмене и наличието на политики и добри практики са неудовлетворителни. Планът за действие за защита, насърчаване и подкрепа на кърменето в Европа стъпва на основата на Глобалната стратегия за хранене на кърмачето и малкото дете и включва специфични интервенции, основани на доказателства за ефективност. Той има за цел подобряване на практиките и показателите за успешно кърмене (започване, изключителност и продължителност), осигуряване на възможности повече родители да са уверени в себе си и да са удовлетворени от опита си в кърменето и повече здравни работници да са с подобрени умения и по-голяма удовлетвореност от работата си в тази област.

Очертани са т. нар. „детерминанти на кърменето“ – факторите, които трябва да бъдат взети под внимание при планирането и прилагането на мерки, за да бъдат те ефективни и осъществими:

- *майката, детето и семейството* с техните здравни, демографски, психологически, образователни, социално-икономически и др. особености
- *здравната система* с наличието на достъп до перинатални и постнатални услуги за подкрепа на кърменето и тяхното качество, както и възможностите

за насочване към подкрепа в общността (пиър-консултиране, „Майки подкрепят майки“).[3]

- *Обществоздравните политики* и степента на тяхното приоритизиране, финансиране, наличие на разписани политики и препоръки за кърмене, системи за проследяване и оценка, качество на подготвително и продължаващо обучение на медицинските специалисти в областта на кърменето, финансова подкрепа за услуги в общността („Майки подкрепят майки“), застъпничество и информационно-образователни кампании в медиите
- *Социални политики и култура* и наличното законодателство и прилагане Международния кодекс за разпространение на заместители на кърмата и за защита на майчинството, медийно представяне на храненето на бебетата и майчинството, подкрепа на кърменето на обществени места, разпространение и ниво на активност на групите за подкрепа на „Майки подкрепят майки“ в общността, обща информираност и познания на общността [99]

В Плана за действие интервенциите са групирани в 6 приоритетни области с формулирани подобласти и задачи, отговорни изпълнители и целеви и оперативни резултати.

Планът за действие покрива всички нива на системата за подкрепа на кърменето:

- създаване и прилагане на политики и програми;
- създаване и функциониране на специализирани структури за координиране на изпълнението им (комитети по кърмене); финансиране на планираните дейности;
- информиране и образование за родителите, семействата, общностите и обществото като цяло;
- осигуряване на висококачествено специализирано академично и продължаващо образование за здравните специалисти;

[3] Пиър консултиране е подкрепата, оказвана на майките, почти винаги индивидуално, от жена (не винаги майка), специално обучена и често сертифицирана да бъде пиър съветник/консултант; пиър консултирането може да бъде предоставено или да се предлага по-активно; пиър консултантите могат да работят като доброволци или да работят платено под ръководството на здравния орган или агенция, която е създала програмата за консултиране. Подкрепата „Майки подкрепят майки“ се оказва от опитни кърмещи майки към други майки, индивидуално или групово, на доброволна основа; някои групи са самоустановени и самообучаващи се и са склонни да работят като част от по-свободна организация; други групи (напр. световната организация „Ла Лече Лига“) са част от по-големи организации, които осигуряват висококачествено обучение, редовно продължаващо обучение, акредитация, отлична информация за кърменето, както и ясно дефинирани отговорности и оперативни насоки, включително документация за всички дейности и редовно отчитане.

- синхронизиране на международните (Глобалната стратегия и Международния кодекс) и националните документи и промени в законодателството;
- реформиране на болничните отделения и пълно въвеждане на инициативата „Болница – приятел на бебето“;
- осигуряване на висококачествени услуги за подкрепа на кърменето след болничния период от различни нива специално обучени специалисти и работещи в общността доброволци;
- подкрепа и създаване на условия за кърмещите майки на работното място;
- мониторинг на изпълнението и стандартизиране на протоколи и процедури за предоставяне на услуги за подкрепа на кърменето и за спазване на свързаното с Международния кодекс законодателство;
- изследвания за кърменето и тяхното финансиране и популяризиране.

Планът за действие задава рамка за изграждане на национални модели за защита, насърчаване и подкрепа на кърменето в държавите-членки на ЕС.

През 2005 г. осем страни се ангажират да тестват модела на плана за действие: Белгия, Франция, Люксембург, Ирландия, Италия, Полша, Латвия и Дания, и по-конкретно чрез разработване на национални планове за насърчаване на кърменето чрез интегрирането им в националните политики за хранене и здраве и събиране на данни за кърменето.

Планът за действие претърпява една ревизия през 2008 г. след отчитане на прогреса и натрупването на опит в страните в региона след първите години на прилагане, като запазва всички приоритетни области, единствено темата „Мониторинг“ е инкорпорирана изцяло в другите пет области (Приложение 1). [100]

Едно от най-новите политически решения на ниво ЕС е приетата през есента на 2023 г. резолюция на Европейския парламент по доклад „Намаляване на неравенствата и насърчаване на социалното приобщаване по време на криза за децата и техните семейства“, в която се идентифицира важността на кърменето в ситуации на криза за гарантиране на дългосрочното здраве и оцеляване на децата и препоръчва на ЕК и държавите-членки да създават съответно законодателство и други политики за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето.[101]

*Норвегия – пример за успешен модел на държавна политика за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето*

Норвегия е една от страните с най-високи стойности на показатели за кърмене в Европейския регион. Затова техният национален модел за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето заслужава внимание и би могъл да бъде пример за ефективни политики и добри практики.

В страната годишно се раждат около 53 хиляди бебета. [102] Показателите й за кърмене са едни от най-високите в Европа (според проучването от 2019 г. сред 11 развити европейски държави данните за Норвегия са 98% ранно начало на кърмене, 71% кърмене на 6 месеца и 35% кърмене на 12 месеца).

Национално представително проучване за храненето на децата на 6-месечна възраст, проведено през 2018 г. от Норвежкия институт по обществено здраве показва подобна картина: 97% от децата в родилните отделения се кърмят, на 1 месец 81% са изключително кърмени, на 6-месечна възраст 78% все още получават кърма, а на 1-годишна възраст делът на кърмените деца е около 48%. Докладът отчита, че много майки изпитват проблеми с кърменето, които биха могли да бъдат предотвратени или разрешени с по-квалифицирана помощ.[103]

Предвид добрите показатели за кърмене, съвсем закономерно Норвегия е една от страните-пионери по отношение на политиките за кърмене. Заедно със Швеция, те са първите две страни, приели през 1983 г. Международния кодекс за заместителите на майчина кърма. Тя е и една от първите страни, въвели Инициативата БПБ след нейното стартиране от СЗО и УНИЦЕФ в началото на 90-те години.

В Норвегия официалните документи за общественото здраве и храненето включват политики за кърмене, а федералният план за действие в областта на храненето включва количествени цели за изключително кърмене и кърмене въобще. [51]

През 2017 година е приет последният Национален план за действие за храненето, в който подкрепата на кърменето е една от основните теми. Планът идентифицира като важни за норвежкия контекст две приоритетни цели от формулираните през 2012 г. от СЗО шест глобални цели за подобряване на храненето на майките, кърмачетата и малките деца до 2025 г.:

- Цел 4. Да не се увеличава броят на децата с наднормено тегло
- Цел 6. Увеличаване на относителния дял на изключителното кърмене до поне 50 % през първите 6 месеца.

Една от основните мерки в плана е насърчаване, подкрепа и защита чрез инициативата БПБ и инициативата „Приятел на бебето“ в здравните услуги в общността. [104]

Норвегия има национален орган, който отговаря за прилагане на най-добрите стандарти и координиране на политиките и практиките по въпросите на кърменето – Норвежко национално консултативно звено по въпросите на кърменето (ННКЗК). [105]

ННКЗК стартира като Национален център по въпросите на кърменето в университетската болница „Рикхоспитале“ в Осло през 1999 г. Основата е поставена от проекта „Приятел на майката и детето“ (1993-96 г.), финансиран от Норвежкия съвет по здравеопазване, чието прилагане показва голямата нужда от национален, координиращ ресурсен център за кърмене. [106]

През януари 2003 г. е публикуван доклад № 16 (2002-2003 г.) за политиката в областта на общественото здраве, в който се посочва, че „Правителството ще създаде постоянна функция на национален координатор по кърменето. Понастоящем тази функция се изпълнява от Националния център по кърмене.“ [107] През 2005 г. Министерството на здравеопазването и социалните грижи по препоръка на Дирекцията по здравеопазване и социални въпроси променя името му в „Национален компетентен център в областта на кърменето“. През 2011 г. центърът получава настоящото си название: Норвежко национално консултативно звено по въпросите на кърменето. [108] [109]

Мисията на ННКЗК е да спомогне за натрупването и разпространяването на знания за кърменето и майчиното мляко, така че възможно най-много жени да кърмят децата си и бебетата да получават оптимално хранене. Функциите му са насочени към здравните служби и населението. Задачите на ННКЗК са свързани с изграждане на национална компетентност, провеждане на изследвания, участие в разработването на национални насоки и тяхното разпространение, проучване на свързани с кърменето клинични проблеми, често в сътрудничество с други професионални среди и здравни органи, предоставяне на обучителни курсове и супервизия на медицински специалисти. [110] Службата работи за създаването на професионална мрежа във всеки здравен регион, която да поеме и да се грижи за тази дейност на местно ниво. До края на 2021 г. ННКЗК е със седалище в Университетската болница в Осло, но от 2022 г. е част от Норвежкия институт по обществено здраве. [105]

ННКЗК отговаря за инициативата „Приятел на майката и детето“ в болниците и в здравните услуги в общността. Инициативата „Приятел на майката и детето“ (Mor-barn vennlig initiativ - MBVI) е норвежкото продължение на БПБ. То стартира през 1993 г., а

университетската болница „Риксхоспитале“ в Осло е оценена и одобрена през 1994 г. като първата болница, приятел за майката и детето. Инициативата е продължена и към неонатологичните отделения и специално създадените здравни центрове за кърмене (ammekyndige helsestasjoner). Ефектът от инициативата е добре документиран и вече има статут на *стандарт за качество* (както за неонатологичните отделения, така и за здравните центрове за кърмене), който се очаква от съответната здравна услуга. Нарича се „Стандарт, подходящ за майката и детето“ (Mor-barn-vennlig standard - MBV).[111]

Четиридесет от общо 46 родилни отделения в Норвегия покриват този стандарт. През 2018 г. над 90% от норвежките деца са родени в MBV сертифицирани болници. През 2016 г. в 110 от общо 428 общини с общински здравни центрове, предоставящи услуги на майки и бебета, са определени като отговарящи на стандарта MBV. Повече от половината от бебетата и малките деца в страната участват в рутинната профилактична програма предлагана от общинските здравни центрове. [104]

Академичните програми в Норвегия за всички професионалисти по здравни грижи, които работят с майки и бебета (акушерки, медицински сестри, неонатални сестри, педиатрични сестри, лекарски асистенти), кърменето е застъпено в значителна степен. При обучението на лекарите все още то е в относително по-ограничен обем. ННКЗК предоставя допълнителна възможност за здравните специалисти в обучението за подкрепа за кърмене от 2022 г. За да се улесни академичното усъвършенстване и да се постигне по-голяма последователност в обучението на медицинския персонал, е разработена програма за дистанционно обучение по кърмене, основана на Десетте стъпки за успешно кърмене. Програмата дава на курсистите задълбочено въведение в темата, като те трябва да преминат през тестове и да изпълнят задачи, за да преминат курса. След това университетите могат да ползват завършилите курса студенти, които по метода на „обърнатата класна стая“, подпомагани от преподавател със задълбочена компетентност в областта на кърменето, работят със своите състуденти. Понастоящем програмата се използва широко в повечето университети в Норвегия и вече е преминала оценка за ефективност. [112]

Здравните специалисти в Норвегия имат интерес към темата кърмене и се стремят към придобиване на допълнителни знания в областта. Проучване сред 547 акушерки относно тяхната оценка за програмите им за обучение две от споменатите теми, по които те искат да имат допълнителни знания, са кърмене и как да учат жените за стратегии за справяне.[113]

Подкрепата в общността се осигурява не само чрез изградените в рамките на системата на здравеопазването центрове. Една от най-старите организации, работещи по подхода „Майки подкрепят майки“, е именно в Норвегия – „Амехйелпен“. Организацията е един от факторите за промяната на цялостната политика на държавата по темата през 60-те и 70-те години, като предизвиква обществения дебат и чрез застъпническите си усилия допринася за изграждането на норвежкия модел за подкрепа на кърменето. Доброволците на организацията са майки с предходен опит в кърменето, преминали през допълнително обучение и професионалисти, които помагат на кърмещите жени да се справят с предизвикателствата на кърменето чрез телефонни консултации, имейл и домашни посещения. „Амехйелпен“ са ресурсен хъб и за медицинските професионалисти, които работят в тясно сътрудничество с нейните специалисти. Ежегодно „Амехйелпен“ организират и провеждат национална конференция по кърмене за медицински специалисти, на която се представят най-новите постижения в науката за кърменето. „Амехйелпен“ остава важна част от този модел и получава ежегодно частично делегирано държавно финансиране за дейността си, към 2022 г. в размер на 1,5 млн. норвежки крони.[114]

Политиките в Норвегия за защита на кърмещите жени на работното място също са от най-благоприятните в Европа. Право на обезщетение имат всички майки, които са работили и са били осигурявани поне 6 от последните 10 месеца. Продължителността на отпуска постепенно се увеличава през годините. Размерът на обезщетенията за родителите им позволява да останат вкъщи с детето през първата му година. То се заплаща в пълен размер на заплатата за 49 седмици (66 при близнаци), като 15 седмици са задължително запазени за всеки родител, или 80% от заплатата на родителя за 59 седмици (80 при близнаци), като 19 седмици са задължително запазени за всеки родител. Отделно майката има право на 3 седмици преди раждането, като те не засягат нейната квота от родителския отпуск. [115] Отпускът по бащинство е въведено през 1993 г. (първоначално 4-седмичен). С него се цели да се укрепи връзката баща-дете и да се подчертае необходимостта от участието на бащата в грижите за детето.

Прилагането на този цялостен модел, в който са разработени и функционират добре почти всички елементи от системата за подкрепа на кърменето, закономерно води до забележителните резултати по отношение на кърменето в Норвегия.

## 6. Здравна политика за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето в България

През 90-те години на миналия век с помощта на УНИЦЕФ България се присъединява към глобалните усилия за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето.

Година по-рано, през 1989 г. от Министерство на народното здраве в София е създадена първата и единствена и до днес в България Банка за майчина кърма. Банката е структура към Столична община. С постановление от 1997 г. са определени реда и правилата за предоставяне на кърма. Банката предоставя с приоритет и безвъзмездно кърма на семейства с кърмачета и майки със заболявания, като има възможност и за закупуване на кърма от частни лица.[116]

През 1995 г. се създава българската група на Глобалния алианс за защита на детското здраве и хранене, който включва международните мрежи IBFAN и WABA. Групата се състои от различни професионалисти (здравни работници, журналисти, специалисти по храненето, научни работници, учители, студенти) и дейността и включва организиране на събития и обучения в подкрепа на кърменето, работа с неформалните групи „Майки подкрепят майки“, организиране на кампании, от 2001 г. провеждане на перманентен мониторинг на пазара на детски храни за спазване на Международния кодекс и др. Активната дейност на организацията продължава повече от 15 години и постепенно се преустановява. [117]

През 90-те години стартира инициативата БПБ и в следващите години 11 болници тръгват по този път и получават акредитация:

- МБАЛ Добрич
- УМБАЛ Плевен
- МБАЛ „Христо Ботев“, Враца
- МБАЛ Шумен
- МБАЛ „Д-р атанас Дафовски“, Кърджали
- МБАЛ „Проф. д-р Стоян Киркович“, Стара Загора
- СБАГАЛ „Майчин Дом“ - гр. Варна
- СБАГАЛ „Проф. Д. Стаматов“, Варна
- МБАЛ „Свети Панталеймон“, София
- МБАЛ „Д-р Братан Шукеров“, гр. Смолян
- МБАЛ „Св. София“, София

След външна оценка постепенно всички болници губят статута си. В оценката от 2010 г. по поръчка на УНИЦЕФ на външния одитор д-р Бевърли Чалмърс от Катедрата по акушерство и гинекология, Университет Отава, когато всички болници (без МБАЛ Враца, която го губи по-късно) губят статута си поради неспазване на 10-те стъпки, има отправена препоръка да се създаде и приложи всеобхватна програма за акушерска и неонатална реформа, която да включва:

- Инициативата БПБ;
- Основана на доказателства акушерска и неонатална практика;
- Грижите по време на бременността и първите месеци след раждането да бъдат фокусирани върху семейството;
- Променени ръководства за акушерски и неонатални грижи;
- Наблюдение на кърменето и перинаталните практики. [118]

През 2005 г. се създава български клон на най-старата и най-голяма международна организация, работеща по подхода „Майки подкрепят майки“ – Ла Лече Лига. Тя успява да обедини и да помогне за обучението на част от неформалните групи кърмещи майки, които споделят позитивния си опит с кърменето.[119]

От 2006 г. в България започва да функционира и Национален комитет по кърмене (НКК) към МЗ с председател проф. д-р Ваня Недкова, педиатър и детски гастроентеролог, ръководител катедра „Детски болести“ при МУ Плевен. НКК функционира няколко години и постепенно дейността му замира поради липса на финансова и политическа подкрепа от страна на държавата.

През 2006 г. осем майки от неформален алианс „Майки подкрепят майки“ преминават през програмата на обучение на УНИЦЕФ за консултиране в подкрепа на кърменето и започват да работят под ръководството на д-р Анета Попиванова, педиатър-неонатолог от СБАЛАГ „Майчин дом“, София и зам.-председател на НКК.

НЦОЗА също има важна роля в тези процеси. По инициатива на научния и експертния състав на Центъра под ръководството на проф. д-р Стефка Петрова се създава и утвърждава от МЗ Национален план за действие “Храни и хранене” 2005-2010, в който се отчитат дефицитите в България – липсата на хармонизиране с международно приетите стандарти и дефиниции (изключително кърмене, преобладаващо кърмене, смесено хранене, изкуствено хранене[4], захранване от 6-и месец и др.), липсата на подготовка на

[4] В момента в националната терминология вече се използва терминът „заместващо хранене“ с еквивалентните изрази „хранене с мляко за кърмачета“, „хранене със заместители на майчина кърма“

здравните кадри, неподходящите практики и организация в родилните отделения, липсата на национални проучвания, съобразени с международно приетите от СЗО стандартизирани дефиниции, индикатори и методи, за определяне на честотата и продължителността на кърменето, твърде голямата активност на производителите на млека за кърмачета, липсата на подкрепа за кърмещите майки както в здравната система, така и в контекста на семейството, общността и обществото. Две от приоритетните задачи на Плана за действие са пряко насочени към темата за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето „Подобряване информираността на населението и компетентността на здравните работници за успешно начало, протичане и увеличаване на продължителността на кърменето“ и „Подобряване храненето на кърмачетата и малките деца“. В техните рамки са заложени дейности за системно адресиране на проблемите на национално ниво.[120] След приключването на периода за изпълнение на този план той не получава своето продължение, а храненето е включено в Плана за действие към Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести (НППХНБ)[121], като темата за кърменето е много слабо представена само чрез информационни дейности. В Плана за действие към Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2021-2030 (НППМДЗ) [122] също има включени дейности по темата кърмене, но те също са със здравно-промотивен и частично с обучителен характер. През 2023 г. е утвърдена Национална стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030, която в своя План за действие за 2023-2025 г. предвижда изпълнение на дейности в подкрепа на кърменето, свързани с организирането на информационни кампании и други комуникационни дейности и с насърчаване на лечебните заведения с родилни отделения за развиване на дейности по обучение, насърчаване и подкрепа на кърменето. Няма целево финансиране по тези дейности – то е в рамките на бюджетите на отговорните институции (МЗ, НЦОЗА, РЗИ) и/или други програми (НППМДЗ).[123]

Под егидата на НКК през 2010 г. се създава Национална асоциация „Подкрепа за кърмене“ (НАПК), което обединява доброволните консултанти по кърмене от неформалния алианс „Майки подкрепят майки“, преминали през обучителната програма на УНИЦЕФ, със специалисти. Д-р Попиванова става председател на асоциацията. Разкриват се консултативни кабинети по кърмене – първо в „Майчин дом“ – София, а по късно в Пазарджик и Варна, в които работят медицински лица и доброволни консултанти. Сдружението разкрива национална телефонна линия за консултиране; започва да организира обучения за медицински специалисти и нови доброволни

консултанти по кърмене по 45-часова програма, основана на програмата за подготовка на СЗО/УНИЦЕФ; да консултира бременни и кърмещи майки по телефон, имейл с домашно посещение и в социалните мрежи; да провежда кампании по повод ССК.

Понастоящем активните доброволни консултанти в мрежата на НАПК са 116 и работят в 42 по-големи и други по-малки населени места. Освен майки-доброволки, работещи след обучение и под супервизия, в организацията членуват и лекари, акушерки, магистър-фармацевти, психолози, логопеди и други професионалисти от свързани професии. [124]

Като цяло, всички стартирали инициативи в България са започнати благодарение на изключително активните застъпнически усилия и ресурсно обезпечаване от страна на българския офис на УНИЦЕФ и са поддържани от отделни знакови фигури – български професионалисти и експерти, които са счели, че кърменето е значима тема. В момента, в който УНИЦЕФ намалява интензитета на усилията си в България по тази тема, а част от тези професионалисти по различни причини вече не са налични, инициативите спират да съществуват. Първоначалният подем не е задържан на необходимото ниво и не са осигурени национални механизми за устойчивост и системни промени, които да го поддържат.

Добра пилотна практика за следболнична грижа в подкрепа на кърменето е поставена от УНИЦЕФ с техните два центъра за майчино и детско здраве в Шумен и Сливен с патронажна грижа за майки и бебета, предлагана от специално подготвени медицински сестри, преминали и модул на обучение за подкрепа за кърмене, воден от специалисти с IBCLC квалификация. По данни на УНИЦЕФ „патронажните сестри са подкрепили над 11 000 деца и семейства в областите Шумен и Сливен или близо 70% от всички момчета и момичета до 3 години в двете области.“[125] От 2023 г. само центърът в Сливен все още продължава да функционира, докато центърът в Шумен е закрит поради липса на финансиране.

В рамките на НППМДЗ са създадени 31 здравно-консултативни центъра за майчино и детско здраве, които обаче фокусират дейността си в организиране на комплексното медицинско наблюдение на деца с увреждания и хронични заболявания, бременни с повишен медицински риск, с патология на бременността или наличие на хронични заболявания и увреждания. Специалистите в тях не са специфично подготвени по темата кърмене, не се планират и провеждат обучения за подготовката им в това отношение и освен това самите центрове са непопулярни в общността и родителите рядко знаят за съществуването им.[126]

През годините се въвеждат и някои мерки в законодателството и нормативната уредба, които подкрепят кърменето. С Наредба за изискванията към състава, характеристиките и наименованията на храните за кърмачета и преходните храни от 2007 г. чрез Българската агенция за безопасност на храните (БАБХ) се следи за частично покриване на някои изисквания на Международния кодекс за разпространение на заместителите на майчина кърма в синхрон с регламент: етикетиране на храните като млека за кърмачета (до 6 м.) с информация, че продуктът е подходящ да задоволи специфичните хранителни потребности на новородени в случаите, когато те не са кърмени, и преходни храни (над 6 м.) с указание, че продуктът се използва само като част от разнообразното хранене на тези кърмачета и не може да се използва като заместител на майчината кърма през първите 6 месеца на кърмачето и че решението за въвеждане на допълнително хранене на деца под тази възраст следва да се вземе на база препоръката на квалифициран специалист в областта на медицината, фармацията и храненето или друг професионалист в областта на майчини и детски грижи в зависимост от преценка на база данните за индивидуалните потребности и нарастването на теглото на кърмачето; Върху етикетите на храните за кърмачета се поставя надпис „важно“ или негов синоним, след който се добавя текст, изтъкващ първостепенното значение на кърменето; етикетът на храните за кърмачета не трябва да съдържа изображения на бебета или други образи или текст, които да идеализират употребата на този продукт и др. [127]

Наредбата е отменена в преходните разпоредби на Постановление № 111 на МС от 26 март 2021 г.[128] В момента тези изисквания са в обхвата на Делегиран регламент (ЕС)2016/127 на Комисията от 25 септември 2015 година за допълване на Регламент (ЕС)No 609/2013 на Европейския парламент и на Съвета по отношение на специфичните изисквания за състава и предоставянето на информация за храните за кърмачета и преходните храни и по отношение на изискванията за информация, свързана с храненето на кърмачета и малки деца (ОВ, L 25 от 2 февруари 2016 г.)[129].

От 2021 г. Наредба 9 за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК даде възможност за посещение на родилката в дома й от патронажна сестра или акушерка в рамките на 14 дни след раждането, а от 2023 г. – в рамките на първите 6 месеца. [130] Патронажните сестри и акушерки трябва да имат договор с лекарска практика, т.е. лекарите трябва да припознаят необходимостта от такъв вид услуга за техните пациенти. Продължава да стои въпросът за подготвеността на специалистите от патронажната грижа за подкрепа за кърмене предвид изложените вече съображения за обема и качеството на образованието по темата кърмене.

Според Кодекса за социалното осигуряване и поднормативните му актове майките имат право на двугодишен отпуск по майчинство, като през първите 410 дни (считано от 45 дена преди термина) имат право да получават 90% от средния си трудов доход от 24-месеца, предшестващи периода на отпуска, а след това до навършване на 2-годишна възраст – сума, която се определя от Закона за бюджета на държавното обществено осигуряване всяка година (от януари 2023 г. тя е 780 лв.)[131] [132].

Кодексът на труда урежда допълнителен отпуск за кърмещите майки, които са се върнали на работа. Те имат право на 2 часа дневно платен отпуск (наведнъж или на два пъти по 1 час), които да ползват за кърмене или изцеждане, ако бебето им е до 8 месеца, и по 1 час при над 8-месечно бебе, като трябва да се представи документ от личния лекар за това, че бебето се кърми и има нужда от това. При недоносените и близнаците отпускът е по-голям (3 часа до 8 месеца и 2 часа след 8 месеца). (чл. 166 от КТ). [133]

В Кодекса на труда има мерки и за включване на бащите в подкрепа на работещите и кърмещи майки – те имат право на платен 15-дневен отпуск след изписване на бебето, ако имат 6 месеца предхождащ отпуска социалноосигурителен стаж, а от 2022 г. и на общо 2 месеца платен отпуск, който могат да ползват наведнъж или на части до навършване на 8 години на детето, като размерът на обезщетението е същото като за гледане на дете през втората година.

Необходимостта от нов успешен модел за подкрепа на кърменето е предмет на научен интерес и в други научни разработки. Като резултат на проучване на кърменето във Варненска област е предложен следният модел, който да доведе до подобряване на индикаторите за успешно кърмене в нашата страна.[134] (Фиг. 16)




*Фигура 16. Модел на успешното кърмене, Ушева, Н.*

Идентифицирана е нуждата от системен подход и синхронизиране на усилията на елементите в системата за подходящото адресиране на проблемите и ефективна защита, подкрепа и насърчаване на кърменето.

## Заключение

В последните 30 години е извървян дълъг път по отношение на установяването на световни стандарти и добри практики и разработването на съответни политики, които да зададат подходящата рамка за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето в световен мащаб. Някои страни прилагат успешни модели и това има резултат по отношение на честотата на изключително и продължаващо кърмене и по отношение на всички косвени краткосрочни и дългосрочни здравни ползи за децата и техните майки.

България е направила опит да тръгне по този път, но по-голямата част от изграденото в първоначалния период на подем вече не е налице. Необходимостта от рестартирането на процеса и разработването на съвременен модел за политики и програми за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето в България, базиран на междусекторното сътрудничество, е безспорна. Фокусирането на усилия в ранните периоди на кърменето и осигуряване на адекватна болнична и патронажна грижа има ключова роля за успеха на кърменето и ще има силен ефект за подобряването на

индикаторите за кърмене в България. Настоящият дисертационен труд, на базата на анализ на актуалната ситуация в България и оценка ефекта от прилагането на набор от добри практики за подкрепа на майките по отношение на кърменето в болничния период и в първите седмици след раждането, ще има за цел да представи предложение за системни мерки, които да бъдат използвани за основа на национален здравно-политически модел за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето.

# II. Цел и задачи, материал и методи

## 1. Цел

**Целта** на разработката е 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.

Критериите за изключване са: възраст на бебето под 36 гестационна седмица и/или тегло при раждане под 2500 г.

## 5. Методи

За изпълнение на целта и поставените задачи в настоящия дисертационен труд са използвани следните методи:

### *1. Социологически методи*

#### *1.1. Документален анализ*

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 анализ е проведен сравнителен преглед 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 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 $p<0,05$.

Анализът на получените данни е извършен с приложение на статистическия пакет SPSS ver. 23.0.

### *Организация на проучването*

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.

### *Изследвани лица*

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

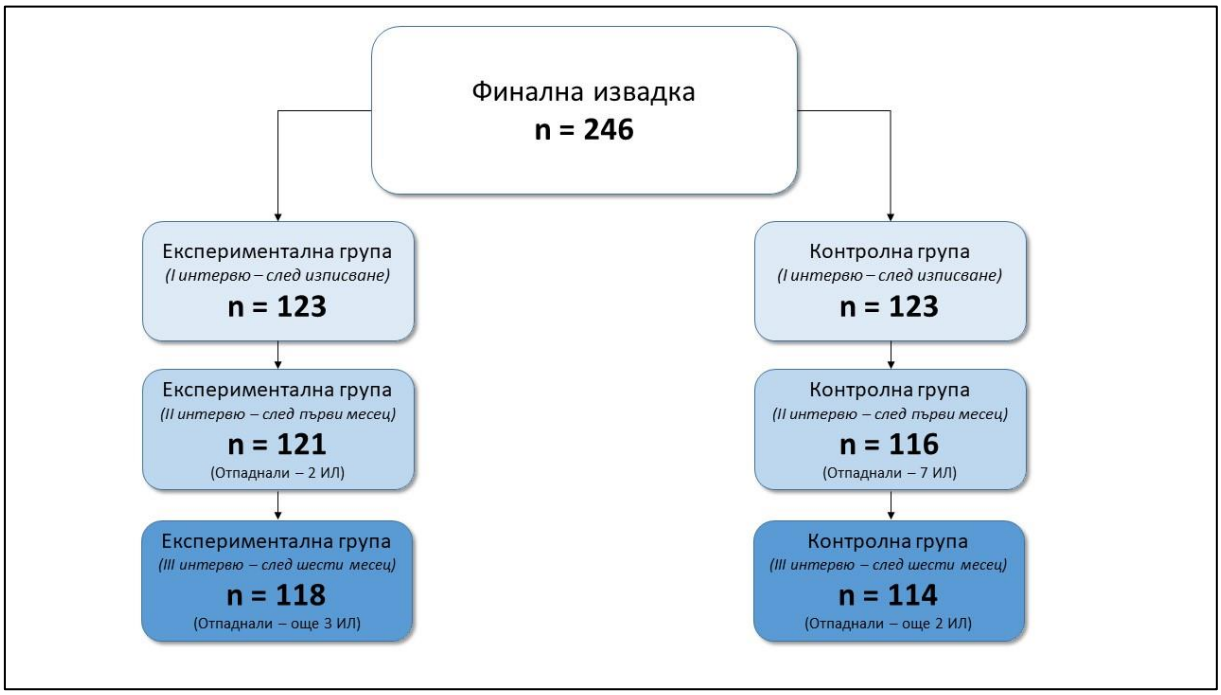
Определени са критерии за включване:

- 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. 17)




*Фигура 17. 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 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, IBCLC и акушерка, преминала през 45-часа обучение по програмата на УНИЦЕФ, от СБАЛАГ „Майчин дом“, София;
- акушерка, IBCLC 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-висок дял от ИЛ в ЕГ са от двете акушерски практии, 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 IBCLC или са преминали през водено от IBCLC комплексно специализирано обучение за оказване на консултативна помощ в сферата на кърменето (45-часовия курс за подкрепа на кърменето на НАПК, базиран върху 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 (табл. 1).

Таблица 1. Ключови клинични практики на Десетте стъпки на БПБ и наличието им в избраните акушерски практики

| **Ключови клинични практики (БПБ)** | **Приложение в АП „Зебра“ и АК „La Vita Nova“** |
|---|---|
| 3. С бременните жени и техните семейства да бъдат обсъждани значението и практическото осъществяване на кърменето. | *И в двете практики се организира курс за подготовка с модул за кърмене*. |
| 4. Да се подпомага незабавния и непрекъсван контакт кожа до кожа и майките да бъдат подпомагани в поставяне на бебето на гърда възможно най-рано след раждането. | *рутинно се прилага и в двете практики* |
| 5. Майките да бъдат подкрепяни да започнат да кърмят и да се справят с обичайните затруднения при кърменето. | *Всички майки получават специфична подкрепа в първите часове и по време на целия престой от обучени медицински специалисти.* |

| | |
|---|---|
| 6. На новородените да не се дават нито течности, нито други храни, ако това не се препоръчва по здравословни причини. | *Няма рутинна практика за предлагане на мляко за кърмачета или вода.* |
| 7. Майките и децата трябва да бъдат оставяни заедно и да бъдат в една стая 24 часа на ден. | *Всички майки се настаняват заедно с бебетата си.* |
| 8. Майките да бъдат подкрепяни да разпознават и отговарят на сигналите на бебето за нуждата му хранене. | *В рамките на цялостната подкрепа, оказвана от обучените специалисти, се предоставя и такава подкрепа.* |
| 9. Майките да бъдат консултирани за използването и рисковете от храненето от шише, гумени биберони и залъгалки. | *Рутинното предлагане на биберони и залъгалки не е характерно за тези акушерски практики и майките са насърчавани да не ги използват* |
| 10. При изписването от болницата или родилния дом да се осигури достъп на родителите и децата им до навременна и продължителна подкрепа и грижа. | ➢ *В едната практика част от предлагания пакет услуги включва посещение в дома в първите седмици от обучен специалист;*<br>➢ *В другата практика се предоставя консултация в кабинет с обучен специалист в първите седмици след раждането, в рамките на която се засягат и темите за кърмене;*<br>➢ *И двете акушерски практики информират майките за вариантите за подкрепа в общността на следващите етапи на кърменето – IBCLC консултанти, НАПК, ЛЛЛ).* |

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 няколкото 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 КГ 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 от майката.

### *Инструментариум на проучването*

Използваният инструментариум за полевото изследване включва 3 въпросника: първоначален въпросник в първите дни след изписването (Приложение 2.), въпросник след края на 1-вия месец (Приложение 3.) и въпросник след края на 6-тия месец (Приложение 4.)

Първият въпросник се състои от 53 въпроса и събира информация за:

- Социално-демографски и здравни показатели (местоживеене, възраст, образование, семейно положение, брой деца, рождена дата на бебето, тегло и ръст на бебето при раждането и тегло при изписването, някои потенциално влияещи на кърменето здравни състояния на майката преди и по време на бременността).
- Раждането (място на раждане, гестационна седмица, начин на родоразрешение, допълнителни медицински интервенции около раждането).
- Предходен опит в кърменето.
- Подготовката на майката по време на бременността – курсове, самоподготовка.
- Нагласи по отношение на храненето на бебето – желание за кърмене или хранене с мляко за кърмачета и причини за избора, планове за продължителност на кърменето, евентуални опасения за успеха на кърменето.
- Практиките за подкрепа в родилното отделение от гледна точка на майката (необходимост от предварително осигуряване на аксесоари за хранене на бебето, налична реклама на млека за кърмачета, първи опит с кърменето, рутинно предлагане/липса на предлагане на млека за кърмачета и вода, съвети за управление на кърменето и за използване на средства за поддържане на лактацията, помощ при възникнали проблеми и др.).
- Обща оценка на майката за подкрепата за кърмене в родилното отделение (получила ли е такава и доколко ефективна е била за нея, имало ли е материали за кърменето, насочена ли е къде да търси помощ след изписването).

Вторият въпросник се състои от 31 въпроса и събира информация за:

- Антропометрични данни за бебето – тегло и ръст около първия месец.

- Хранене на бебето през първите дни и в края на периода (изключително кърмене, преобладаващо кърмене, смесено хранене или хранене с мляко за кърмачета).
- Причини за прехода от един вид хранене към друг (ако има такъв)
- Получена специализирана извънболнична подкрепа за кърмене в рамките на първия месец.
- Практики за храненето на бебето (кърмене от гърда, предлагане на изцедена кърма, други алтернативни методи за предлагане на кърма).
- Възникнали проблеми във връзка с кърменето и начини за справяне и резултати от тях.
- Оценка на майката за причините за успеха с кърменето в периода на първия месец (личен опит, подкрепа от неформалния кръг на майката, специализирана подкрепа в болничния и следболничния период и др.).

Третият въпросник се състои от 14 въпроса и събира информация за:

- Антропометрични данни за бебето – тегло и ръст около шестия месец.
- Млечно хранене на бебето в периода от втори до шести месец (изключително кърмене, преобладаващо кърмене, смесено хранене или хранене с мляко за кърмачета).
- Практики за кърмене на бебето (кърмене от гърда, предлагане на изцедена кърма, други алтернативни методи за предлагане на кърма).
- Възникнали проблеми във връзка с кърменето, и начини за справяне (търсена подкрепа или самостоятелно) и резултати от тях.
- Начало на захранването и избор на метод и тип храни за захранване.
- Източници за информиране и подкрепа по въпросите за захранването.
- Оценка на майката за причините за успеха с кърменето в периода втори-шести месец (личен опит, подкрепа от неформалния кръг на майката, специализирана подкрепа в началото или по време на периода от втори до шести месец и др.)

# III. Резултати и обсъждане

## 1. 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.

| **План за действие за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето в Европа** *Приоритетна област 1 „Политики и планиране“* | | **Ситуация в България** |
|---|---|---|
| **Подобласти** | **Задачи** | |
| 1.1. Политики | ▪ Разработване на цялостна национална политика, основана на Глобалната стратегия, и интегрирането ѝ в цялостната политическа рамка на здравеопазването; | Липсва разработена цялостна национална политика за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето |
| | ▪ Интегриране в националната политика на специфични политики за социални групи и деца в неравностойно или силно затруднено положение с цел намаляване на неравенствата; | Липсват специфични политики в тази сфера, насочени към уязвими групи |
| | ▪ Насърчаване на професионалните асоциации да издават препоръки и практически ръководства въз основа на националните политики и стандартизирани препоръки и да осигурят следването им от страна на своите членове. | Няма ръководства на професионалните асоциации, насочени към кърменето |

| | | |
|---|---|---|
| 1.2. Планиране | ▪ Определяне на приоритети, цели и таргети въз основа на цялостната национална политика; | Не е приложимо предвид липсата на цялостна политика<br>(частични и непълни дейности заложени в други планове и програми) |
| | ▪ Разработване на дългосрочен (5-10 години) стратегически план в рамките на националния здравен план, който да се ревизира след оценка; | Липсва дългосрочен план |
| | ▪ Разработване на краткосрочни (1-2 години) национални/регионални оперативни планове, които да се ревизират въз основа на мониторинга; | Липсват краткосрочни планове |
| | ▪ Координиране на инициативите за кърмене с други планове и активности в областта на общественото здраве и промоцията на здраве; | Частично координиране на инициативите за кърмене с други области на общественото здраве и промоцията на здраве – включени са в планове и програми в свързани области на общественото здраве и промоцията на здраве |
| | ▪ Създаване на система за мониторинг на честотата за кърмене основана на универсално приети стандартизирани дефиниции и методи | Липсва система за мониторинг |
| | ▪ Публикуване и разпространяване на резултатите от мониторинга и използването им за проследяване и информиране по отношение на бъдещо планиране на инициативи за кърменето | Не е приложимо предвид липсата на мониторинг |
| 1.3. Управление | ▪ Определяне на подходящо квалифициран национален/регионален координатор с ясен мандат по отношение на политиките и плановете; | Липсва национален координатор по отношение на политиките и плановете за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето |

| | | |
|---|---|---|
| | ▪ Създаване на национален/регионален междусекторен комитет по кърменето, който да съветва/подкрепя националния/регионалния координатор;<br><br>▪ Осигуряване на приемственост на дейността на националния/регионалния координатор и на комитета;<br><br>▪ Редовно проследяване на напредъка и периодично оценяване на резултатите от изпълнението на националния/регионалния план. | Липсва национален комитет по кърмене<br><br>Не е приложимо предвид липсата на координационни структури<br><br>Не е приложимо предвид липсата на координационни структури и национален план |
| 1.4. Финансиране | ▪ Отделяне на достатъчно човешки и финансови ресурси за защита, насърчаване и подкрепа на кърменето<br><br>▪ Гарантиране, че развитието на политики, планирането, изпълнението, мониторинга и оценката на дейностите са независими от финансиране от производителите и дистрибуторите на продукти, попадащи в обхвата на Международния кодекс за разпространение на заместителите на майчина кърма. | Недостатъчно отделяне на финансови ресурси по национални програми<br><br>Липсват механизми, които да гарантират независимост на финансирането на програми и политики от производители и дистрибутори на продукти в обхвата на Международния кодекс |

След приключването на Националния план за храни и хранене 2005-2010 и прекратяването на дейността на Националния комитет по кърмене в България липсва цялостна политика за подкрепа на кърменето. Разпределянето на ангажиментите между две други национални програми (НППХНБ и НППМДЗ) и включването на още някои в новата Стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа е непълноценно и покрива много малък сегмент от важните приоритетни области – основно по отношение на здравно-промотивни и частични обучителни дейности. Заложените дейности в Плана за действие 2023–2025 към Стратегията са ограничени по обхват и се финансират „в рамките на утвърдените бюджети“ на съществуващи институции (МЗ, НЦОЗА, РЗИ) и други програми (НППМДЗ), без осигурено целево финансиране или гарантиран ресурс. Индикаторите по съответните дейности са предимно дескриптивни и не измерват въздействие (напр. промяна в дела на изключително кърмените бебета), не отчитат качество на подкрепата

(напр. брой сертифицирани по утвърден стандарт или програма специалисти; брой обучения по утвърдена стандартизирана програма) и не проследяват устойчивост и институционална рамка (напр. дали болниците работят по БПБ). Това поставя под съмнение ефективността на заложените мерки и подсказва липса на системен политически подход за адресиране на тази област като ключов обществоздравен приоритет.

Липсва ангажимент и от страна на релевантните професионални медицински асоциации (дружествата по педиатрия, неонатология, АГ и др.) и няма препоръки и практически ръководства за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето, насочени към професионалните им общности.

Няма национален координационен орган, който да участва в планирането, координирането и изпълнението на дейности в подкрепа, защита и насърчаване на кърменето.

Финансирането на дейности е ограничено – в рамките НППХНБ и НПМДЗ, основно за информационни и кампанийни дейности. Според одитен доклад на Сметната палата за изпълнението на НПМДЗ за 2021-2022 г. по Плана за действие 2021-2023 г. изпълнените дейности от информационен характер (в рамките на които има планирани и във връзка с кърменето) са били без предвидени и разходвани средства по утвърдените план-сметки, т.е. организациите са изпълнили дейности в рамките на бюджетите си. Едва през 2023 г. в утвърдената план-сметка са предвидени 20 000 лв. за НЦОЗА за финансово обезпечаване на изпълнението на общо пет дейности по три мерки от два приоритета на Програмата (само една от тези дейности е свързана с кърменето) и 56 000 лв. за РЗИ за финансиране на седем дейности по две мерки от Приоритет 1 на Програмата (отново само една дейност е свързана с кърменето).[135] Не се финансират услуги в доболничната и болничната помощ в подкрепа на кърменето.

| **План за действие за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето в Европа**<br>*Приоритетна област 2 „Комуникация за поведенческа и социална промяна“* | | **Наличие в България** |
|---|---|---|
| **Подобласти** | **Задачи** | |
| 2.1. Информация, образование и комуникации за жени и техните семейства | ▪ Предоставяне на бременните и младите родители на индивидуални консултации лице в лице от подходящо обучени здравни работници, доброволни консултанти по кърмене и групи за подкрепа „Майки подкрепят майки“; | В България има недостатъчен брой подходящо обучени здравни професионалисти и доброволни консултанти |
| | ▪ Гарантиране, че всички информационно-образователни материали, изготвяни и разпространявани от здравните власти, съдържат ясна, точна и последователна информация, в съответствие са с националните и регионалните политики и препоръки и се използват в подкрепа на взаимодействието лице в лице; | Липсва механизъм за гарантиране на качеството на предоставяната информация в информационно-образователните материали (изключение правят издаваните материали от НЦОЗА, УНИЦЕФ, НАПК, ЛЛЛ) |
| | ▪ Да се включат комуникационни модели за защита на кърменето в информационно-образователните материали относно използването на кърмата като индикатор за замърсяване на околната среда (биомониторинг) | Липсват комуникационни модели, свързващи кърменето с ползите за опазването на природната среда |
| | ▪ Идентифициране и активно посрещане на конкретните потребности от информация и умения на родителите с първородни деца, имигранти, подрастващи, самотни майки, жени с по-ниско образование и други членове на обществото, за които понастоящем има по-малка вероятност да кърмят, включително майки с предишен труден и неуспешен опит в кърменето; | Липсва идентифицирането на специфичните информационни нужди на специфични групи в обществото (с изключение на усилията на неправителствения сектор) |
| | ▪ Идентифициране и посрещане на информационните нужди на други членове на семейството, напр. партньор на майката/баща на бебето, баби и дядовци на бебето, братя и сестри и др.; | Напълно липсва идентифициране на информационните нужди на членовете на близкия кръг на кърмещите жени |

| | | |
|---|---|---|
| | ▪ Гарантиране, че няма реклама или друга форма на популяризиране сред широката общественост на продукти, попадащи в обхвата на Международния кодекс, включително разпространяването на информационни материали, разработени или спонсорирани от тези продуктови компании | Широко се разпространяват информационни материали за кърменето, разработени в конфликт на интереси |
| 2.2. Информация, образование и комуникации за общности | ▪ Разработване и разпространение на информационно-образователни пакети в съответствие с националните политики и препоръки за използване от здравните и социални заведения, от всички нива на училищното образование, от местата, предоставящи грижи за бебета и деца, от политиците и лицата, отговорни за вземането на решения, от медиите; информацията трябва да бъде безплатна на мястото на предоставяне; | Няма разработени информационно-образователни пакети за тези групи |
| | ▪ Представяне на изключителното кърмене до шестмесечна възраст и продължаване на кърменето до две години и по-натам като нормално за храненето и отглеждането на бебета и малки деца във всички писмени и визуални материали; | Не е приложимо предвид липсата на информационно-образователни пакети, разработени за съответните групи по предходната задача |
| | ▪ Използване на международните, националните и местните седмици за повишаване на осведомеността за кърменето като възможност за стимулиране на обществения дебат в различни кръгове и медии и разпространяване на важна информация; | Ежегодно отбелязване на ССК и стимулиране на обществения дебат по актуалните за кърменето теми (участват НЦОЗА, РЗИ, НАПК, ЛЛЛ, БАПЗГ, УНИЦЕФ и др.) |
| | ▪ Проследяване, информиране и използване на всички видове медии за насърчаване и подкрепа на кърменето и гарантиране, че то винаги е представяно като нормално и желателно. | Има позитивно отразяване и информиране по медийните канали, но най-често е около кампанийни дати |

| | | |
|---|---|---|
| | ▪ Наблюдение върху знанията, нагласите и поведенията за кърменето на обществено ниво, така че да се възприеме по-информиран подход за ефективното му насърчаване, подкрепа и защита | Не се извършва никакъв анализ и наблюдение върху поведенията и кърменето на обществено ниво с цел по-ефективни подходи |

Липсва единен стандарт в комуникацията на посланията, свързани с подкрепа, защита и насърчаване на кърменето. Съдържанието на разработваните комуникационни материали на тази тематика е разнородно, често несъобразено със световните препоръки или обвързано с фирми в конфликт с Международния кодекс за разпространение на заместителите на майчина кърма. Не се адресират различни групи със съответни специфични послания в подкрепа на кърменето. Широко разпространени остават информационните материали и обученията за бременни в конфликт на интереси, често с участието на здравни заведения като посредник. [136]

Наличните в България малък брой здравни професионалисти и доброволни консултанти по кърмене, които могат да допринасят за информирането и поведенческата промяна при жените и техните семейства, получават основното си или допълнително обучение чрез собствено финансиране на допълнителната си квалификация не в рамките на финансирани с обществени средства образователни форми, а в проектно финансирани обучения на УНИЦЕФ и НАПК и/или собствено финансиране на допълнителната си квалификация.

Специфичните информационни нужди на определени групи в обществото се адресират само от неправителствения сектор на проектен принцип чрез спорадично издаване и разпространяване информационно-образователни материали за кърменето, напр. насочени ромска общност).

Родилни отделения и медицински специалисти в доболничната помощ са посредник в разпространяване на подвеждащи информационни материали за кърменето, разработени от фирми-производителки на млека за кърмачета или други продукти в обхвата на Международния кодекс. Няма механизми за регулиране на това явление.

Позитивно явление е ежегодното отбелязване на Световната седмица на кърменето, в която са въвлечени организации както от гражданския, така и от публичния сектор. Най-често в дните около кампанията майките и семействата се адресират по-активно и получават съвременна информация и обучение. През останалите дни от годината това остава приоритет само за организациите от гражданския сектор, които работят специфично в областта на подкрепа на кърменето.

| **План за действие за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето в Европа**<br>*Приоритетна област 3 „Обучение“* | | **Наличие в България** |
|---|---|---|
| **Подобласти** | **Задачи** | |
| 1.1. Академично обучение | ▪ Разработване или ревизиране (ако има съществуващ) на минимален стандарт (съдържание, методи, времетраене) за до- и следдипломна учебна програма и компетентности относно управлението на кърменето и лактацията за съответните здравни работници, включително фармацевти; | В основното академично обучение на медицинските работници липсва покриващо минимален стандарт обучение за кърменето; има налична програма за академична следдипломна квалификация на специалисти по здравни грижи по специалност „Консултант по кърмене и здравословно и диетично хранене“ |
| | ▪ Разработване или ревизиране (ако има съществуващи) на учебници и материали за обучение в съответствие с актуализираните стандартизирани учебни програми и препоръчителни политики и практики. | Липсват съвременни учебници и материали за обучение по кърмене |

| | | |
|---|---|---|
| 1.2. Продължаващо обучение на работното място | ▪ Предоставяне на продължаващо обучение, основано на ръководството на СЗО/УНИЦЕФ или други основани на доказателства курсове по кърмене и управление на лактацията, като част от въвеждащото и продължаващото обучение на работното място за съответния здравен персонал с особен акцент върху персонала, работещ на първа линия в областта на майчинството и грижите за децата; | Липсва продължаващо обучение на работното място в болниците с родилни отделения; има единични инициативи на отделни болници за преминаване на кратки допълнителни курсове за персонала с квалифицирани в областта лектори |
| | ▪ Разработване или ревизиране (ако има съществуващи) на материали за обучение, които да се използват за такова интердисциплинарно продължаващо обучение, като се гарантира, че материалите и курсовете не са повлияни от производителите и дистрибуторите на продукти, попадащи в обхвата на Международния кодекс; | Липсват разработени материали за продължаващо обучение |
| | ▪ Насърчаване на съответните здравни работници да посещават акредитирани курсове за напреднали по управление на лактацията и за придобиване на сертификат IBCLC или еквивалентен сертификат, за който е доказано, че отговаря на критериите за компетентност на най-добрите практики; | Липсва насърчаване на здравните професионалисти от релевантни области да преминават през международно акредитирани курсове |
| | ▪ Насърчаване на специалистите по кърмене за свързване в мрежи по електронни канали с цел повишаване на знанията и уменията; | Липсва насърчаване на специалистите да търсят повишаване на знанията и уменията чрез свързване в мрежи |
| | ▪ Мониторинг на покритието и ефективността на продължаващото обучение. | Не е приложимо/ липсва система за мониторинг |

Подкрепата на кърменето не се приоритизира в сферата както на академичното обучение, така и на продължаващото обучение на работното място. Академичните програми не отделят достатъчно внимание на кърменето – липсва отделен предмет в релевантните академични програми, тематичното засягане в рамките на друга дисциплина е недостатъчно да покрие световните стандарти. Такъв е

случаят с програмите в МУ – Пловдив[137], Тракийски университет – Стара Загора[138], Русенски университет „Ангел Кънчев“ [139]. В някои университети има допълнителна избираема дисциплина или разкрити курсове за следдипломно обучение по темата (ЮЗУ – Благоевград[140], МУ – Варна[141] [142], МУ – Плевен[143]), но това не е достатъчно всички студенти от специалността да получат подготовка.

Разкрити са програми по специалност „Консултант по кърмене и здравословно и диетично хранене“, която вече фигурира в националната класификация на длъжностите и професиите и в номенклатурата на специалностите в системата на здравеопазването като неклинична специалност. [144] [145] Такава едногодишна специализация за специалистите по здравни грижи е разкрита в някои университети (напр. МУ – Пловдив [146], МУ – Варна [147]). Наличната програма за тази академична следдипломна квалификация е добре да премине оценка доколко адекватно покрива световните стандарти, както и да се стимулира интересът към нея с разкриването на повече възможности за професионална реализация.

Продължаващото обучение на работното място липсва, тъй като няма стандарт, който да изисква предоставяне на качествена услуга в подкрепа на кърменето в доболничната и болничната помощ. БПБ е подобен стандарт, който стимулира поддържането на определено ниво на знания и умения в сферата на подкрепа на кърменето сред персонала и може да мотивира управлението на клиничните звена по-масово да организира и поддържа такъв вид обучение. Отделни болнични екипи, най-често в частни болници, решават да инвестират еднократно в обучение на част от персонала, работещ с родилки. [148]

В неправителствения сектор има възможност за актуална и качествена подготовка на медицински специалисти, която е стъпила на медицина, основана на доказателства – НАПК организира и провежда 45-часови базови курсове, чиято програма следва програмата на СЗО/УНИЦЕФ, лекторите са със сертификация от Международен борд за консултанти по лактация (IBCLC) и имат значителен практически опит. [149] В курсовете се записват медицински специалисти с реален интерес към темата кърмене и желание да надградят знанията и уменията си за работа в собствената си специалност. Това обаче не е решение от системен характер, защото е основано на личната инициатива на медицинските специалисти да повишат квалификацията си и да предлагат подобрени услуги в болничната и извънболничната помощ.

Курсове, които се признават като кредити за покриване на минималното ниво за явяване на изпит и сертифициране от Международен борд (IBCLC) все още не се разпознават достатъчно добре от професионалната общност и здравната система и няма насърчаване за покриването на международния златен стандарт от страна на специалистите; доколкото има специалисти, които преминават през IBCLC сертификация, е по тяхна лична инициатива.

| **План за действие за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето в Европа**<br>*Приоритетна област 4 „Защита, насърчаване и подкрепа“* | | **Наличие в България** |
|---|---|---|
| **Подобласти** | **Задачи** | |
| 4.1. Глобална стратегия за хранене на кърмачето и малкото дете | ▪ Прилагане на политики и планове въз основа на Глобалната стратегия и СЗО/ЕС плановете за действие; | Не е приложимо предвид липсата на самостоятелни политики и планове за храненето на кърмачето и малкото дете като цяло и кърменето в частност, основани на международните политически документи |
| | ▪ Популяризиране на политиките и плановете за кърмене на всички професионални групи в областта на здравеопазването, съответните академични здравни професионални колежи, предлагащи додипломно и следдипломно обучение, НПО и широката общественост; | Не е приложимо предвид липсата на такива политики и планове |
| | ▪ Редовен мониторинг на прогреса и периодична оценка на резултатите на националните/регионалните политики и планове | Не е приложимо/липсва мониторинг |
| 4.2. Международния кодекс за разпространение на заместителите на майчина кърма | ▪ Разработване на регулации на ЕС за предлагането на пазара на заместители на майчиното мляко, които да включват всички разпоредби и продукти, попадащи в обхвата на Международния кодекс като минимално изискване; | *(не е приложимо за национално ниво)* |

| | | |
|---|---|---|
| | ▪ Гарантиране, че Международният кодекс е отразен в позицията на ЕС по време на срещите на Кодекс Алиментариус; [5] | *(не е приложимо за национално ниво)* |
| | ▪ Разработване на национално законодателство, основано на Международния кодекс, включително механизми за прилагане и санкциониране на нарушенията, както и система за мониторинг, която е независима от търговски интереси; | Частично покриване на някои изисквания на Международния кодекс |
| | ▪ Насърчаване на пълното прилагане на Международния кодекс дори преди нови разпоредби на ЕС да изискват това от държавите-членки; | В момента липсват национални мерки за насърчаване пълното прилагане на Международния кодекс |
| | ▪ Информиране на здравните специалисти преди и след дипломирането им и доставчиците на здравни услуги, включително фармацевтите, за техните отговорности съгласно Международния кодекс; | Липсва информиране на тези групи здравни професионалисти за важността и отговорностите им по отношение на Международния кодекс |
| | ▪ Разработване на етичен кодекс, обхващащ критериите за индивидуално и институционално спонсориране на курсове, образователни материали, изследвания, конференции и други дейности и събития, за да се избегне конфликти на интереси, които биха могли да се отразят неблагоприятно на кърменето; | Липсват регулации за избягване на конфликт на интереси във вреда на кърменето в рамките на етичен кодекс на свързаните организации и институции, организиращи курсове, обучения, конференции и други събития.<br>Изключение правят УНИЦЕФ, НАПК и ЛЛЛ България, които има заложени подобни регулации в етичните си кодекси |

[5] Кодекс алиментариус е съвкупност от международно признати стандарти за храни и свързани текстове (кодове на добри практики, ръководства и други видове препоръки). Целта на тези стандарти и свързани текстове е защита здравето на потребителите и осигуряване на честни практики при търговията с храни.

| | | |
|---|---|---|
| | ▪ Разпространение на информация сред обществеността относно принципите, целите и разпоредбите на Международния кодекс и процедурите за наблюдение на спазването му и санкциониране на нарушенията<br><br>▪ Постепенно прекратяване на разпространението на безплатни млека за кърмачета на семейства с ниски доходи там, където това все още се прилага, и замяна със стимули и инициативи за насърчаване и подкрепа на кърменето в семействата, живеещи в бедност или маргинализирани по друг начин.<br><br>▪ Създаване на система за мониторинг, независима от търговски интереси, която да отговаря за проверката на спазването на Международния кодекс, разследване и при необходимост съдебно преследване на нарушенията, както и изготвяне на информация за широката общественост и съответните власти за всяка за извършените нарушения в областта на съответната юрисдикция; | Липсва популяризиране на съществуването, принципите и целите на Международния кодекс. Изключение правят материали, публикувани от или със съдействието на УНИЦЕФ, НАПК<br><br>Липсват подобни фокусирани практики сред специфични групи от населението.<br><br>Не е приложимо/липсва система за мониторинг |
| 4.3. Законодателство за работещите майки | ▪ Разширяване на защитата за майките в националното законодателство, за да са подкрепени да постигнат препоръките за най-добри практики; | В трудовото законодателство присъстват мерки за защита на майките и кърменето; *(биха могли да бъдат разширени)* |

| | | |
|---|---|---|
| | ▪ Гарантиране, че е налице достатъчна законодателна подкрепа, за да могат работещите майки да кърмят изключително своите бебета в продължение на шест месеца и да продължат след това съобразно на препоръките за най-добри практики, основани на доказателства; | Има налична законодателна подкрепа – достатъчно дълъг отпуск по майчинство |
| | ▪ Разширяване на обхвата на разпоредбите за защита на майчинството, така че да обхванат и жени, които понастоящем нямат право на такава: например жени с краткосрочни договори, работещи на временни договори и на непълно работно време, студенти и имигранти; | Разпоредбите все още не са достатъчно разширени до всички групи (права имат работилите по трудово правоотношение и самоосигуряващите се с включено осигуряване на временна неработспособност, бременност и майчинство) |
| | ▪ Гарантиране, че работодателите, здравните работници и обществеността са напълно информирани за законодателството за защита на майчинството и за законодателството за здравословни и безопасни условия на труд, свързано с бременните и кърмещите жени; | Необходими са още усилия за гарантиране информираността на всички участници, имащи отношение по проблема |
| | ▪ Информиране на работодателите за ползите за тях и техните кърмещи служителки от улесняване на кърменето след завръщане на работното място, както и осигуряване на условията това да е възможно (гъвкаво работно време, почивки и условия за изцеждане и съхранение на кърмата); | Необходими са още усилия за информиране на работодателите за ползите от кърменето за тях и техните служителки; има осигурена възможност в трудовото законодателство за почивки на работното място за кърмене; липсват обаче условия на работните места за хигиенично изцеждане и съхраняване на кърма. |

| | | |
|---|---|---|
| | ▪ Мониторинг на изпълнението както в публичния, така и в частния сектор, на националните политики и законодателство, включително законите за защита на майчинството, свързани с кърменето | Липсва система за мониторинг |
| 4.4. Инициатива „Болница – приятел на бебето“ (БПБ) | ▪ Гарантиране, че правителството, здравните власти, професионалните асоциации и съответните неправителствени организации си сътрудничат тясно с УНИЦЕФ и СЗО за утвърждаване на БПБ като стандарт за най-добра практика и че всички доставчици на услуги в областта на майчинството и грижите за деца се стремят към постигане и поддържане на знака "Приятел на бебето", включително съответствие с Международния кодекс; | БПБ в момента не е в приоритетите на правителство, здравни власти и професионални асоциации |
| | ▪ Осигуряване на адекватни ресурси (средства, персонал/време) и техническа подкрепа за обучение, промяна на практиките, оценка и следващи оценки на болниците въз основа на спазването на БПБ; | Липсва каквото и да е финансиране и други ресурси и подкрепа за въвеждане и поддържане на стандарта БПБ |
| | ▪ Гарантиране, че АГ болниците, които в момента не са с акредитация като БПБ, прилагат практиките, описани в 10-те стъпки, тъй като те представляват най-добри практики, основани на доказателства; | Има отделни звена, които се доближават до стандартите на част от 10-те стъпки благодарение на политиката на болницата и усилията на отделни професионалисти |
| | ▪ Включване постигането на всички критерии на БПБ в стандартите за акредитация за качество на доставчиците на услуги, свързани с майчина и педиатрична грижа; | Липсва включване на критериите на БПБ в стандарти за качество |

| | | |
|---|---|---|
| | ▪ Разработване на систематичен подход към предаване на информация за кърменето по време на антенаталните грижи, съобразен с съответните стъпки на БПБ; | Липсва систематичен подход |
| | ▪ Включване на бащите и семействата, за да се гарантира подходяща подкрепа за майките при изписване у дома; | Бащите могат да са включени на много малко места, присъствайки на раждането и като придружители по време на болничния престой, а по време на COVID-19 никъде не са допускани и това остана като устойчива практика в огромния брой родилни отделения |
| | ▪ Гарантиране на изпълнението на стъпка 10 от БПБ чрез подобряване на сътрудничеството между болниците и други заведения за здравни и социални грижи и групите за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“, така че да се осигури оптимална подкрепа за кърмене и консултиране, особено през критичните седмици след раждането; | Липсва разпознаване за необходимостта от подобно сътрудничество – голяма част от професионалистите по здравни грижи имат устойчиво убеждение, че такъв вид общностна грижа и подкрепа е излишна и че се изземва тяхна роля, която те и без това не могат да поемат поради малкия си брой, високата си натовареност, липсата на допълнителна квалификация за подкрепа на кърменето |
| | ▪ Гарантиране на осигуряването на адекватни ресурси и техническа подкрепа за обучение и необходими промени в практиките, така че здравните и социални услуги в общността, насочени към жените, бебетата и децата, ефективно да насърчават и подкрепят кърменето; | Липсват адекватни ресурси и техническа подкрепа за обучение и необходими промени в практиките; наличният капацитет е благодарение на усилията на неправителствения сектор (НАПК, ЛЛЛ България) и УНИЦЕФ |

| | | |
|---|---|---|
| | ▪ Разработване и прилагане на инициативата „Приятел на бебето“ извън средата на родилните отделения и включване на места за здравни и свързани със здравето социални услуги в общността, педиатрични болници, аптеки и работни места. | Липсва прилагане на инициативата „Приятел на бебето“ както в, така и извън родилните отделения |
| | ▪ Изготвяне на протоколи и стартиране на процедури за редовна оценка на практиките в болниците и първичните здравни грижи, въз основа на стандартни критерии за най-добри практики, разработени за БПБ от СЗО/УНИЦЕФ и от национални/регионални комитети | Липсват протоколи и процедури за редовна оценка на практиките в болниците и първичните здравни грижи |
| 4.5. Подкрепа от обучени здравни работници | ▪ Гарантиране, че квалифицираната подкрепа за кърмене, предоставена от здравни и свързани социални работници и работещи по подхода „Майки подкрепят майки“ доброволци, изгражда увереност и овластява майките и техните семейства; | Липсва цялостен механизъм за гарантиране и поддържане на високо качество на услугите за майки за подкрепа на кърменето. Съществуват частични вътреорганизационни механизми на доброволческите организации (НАПК има етичен кодекс за работа с майките, доброволните консултанти работят под супервизия, има продължаващи обучения и др.) |
| | ▪ Гарантиране, че майките с особени трудности при кърменето, включително тези с трудности, които хранят бебетата и децата си с мляко за кърмачета, са индивидуално подкрепени от компетентни консултанти; | Липсва насочена индивидуална подкрепа към майките с по-големи трудности. Компетентните консултанти за по-трудните случаи (IBCLC) са малко и услугите им са платени в рамките на частните им практики, което прави услугата трудно достъпна. |

| | | |
|---|---|---|
| | ▪ Гарантиране, че всички майки имат безплатен достъп до услуги за подкрепа на храненето на кърмачета и малки деца, включително до услугите на специално квалифицирани консултанти по кърмене или друг също толкова компетентен в областта здравен персонал, ако възникнат проблеми; | Липсва гарантиран безплатен достъп до НЗОК финансирани клинични услуги в подкрепа на храненето на кърмачетата и малките деца; услугите на IBCLC са платени, допълнително квалифицирания здравен персонал също е малко, част от него в частни болници, предлагащ услугите си в общия платен пакет. |
| | ▪ Осигуряване на необходимата подкрепа на майките на болни или недоносени бебета, за да се гарантира, че те могат да поддържат лактацията си и да изцеждат достатъчно кърма за нуждите на бебетата си (тази подкрепа трябва да включва безплатно пътуване и настаняване, така че те да могат да бъдат със или близо до своите бебета, доколкото е възможно) или да им се предостави безплатна донорска кърма; | Липсва подкрепа за майките на болни и недоносени деца да поддържат кърмата си и да я дават за бебетата си; често те са съветвани медикаментозно да прекратят лактацията; много неонатологии не приемат кърма за болни и недоносени бебета. |
| | ▪ Създаване на национални и регионални центрове за високи постижения в областта на кърменето, които да се използват като ресурсни центрове за здравните работници и майките; това включва достъп до съответни списания, учебници и материали, както и безплатен достъп до уеб-базирана рецензирана експертна информация; | Липсват национални и регионални центрове за високи постижения и ресурсни центрове в областта на подкрепа на кърменето |

| | | |
|---|---|---|
| | ▪ Гарантиране, че жените, които спират да кърмят, преди да са планирали, са подпомогнати да анализират защо това се е случило, за да се намали чувството на загуба или провал, което може да изпитват, и да им помогне да постигнат по-дълго кърмене при следващо бебе;<br><br>▪ Въвеждане на рутинна обратна връзка от пациентите/клиентите чрез проверка и анкети за удовлетвореност, за да се определи качеството на информацията за кърменето и подкрепата, предоставена от доставчиците на услуги за майчини и педиатрични грижи и практиките за първична здравна помощ | Липсва специална подкрепа за майки, които са прекратили преждевременно кърменето<br><br>Не се търси обратна връзка от пациентите/клиентите специфично по отношение на подкрепа на кърменето |
| 4.6. Подкрепа от обучени доброволни консултанти и групи за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“ | ▪ Насърчаване на създаването и увеличаване на обхвата на подкрепата, предоставяна от обучени доброволни консултанти и групи за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“, особено при по-нисък социално-икономически статус и в маргинализирани общности, където жените е по-малко вероятно да кърмят; | След създаването на НАПК под егидата на тогава съществуващия НКК към МЗ, държавата няма отношение към въпроса за подготовката и обхвата на подкрепата на доброволните консултанти. В момента макар и ограниченото наличие на този тип подкрепа е благодарение на самостоятелните усилия на неправителствените организации НАПК и ЛЛЛ България. |

| | | |
|---|---|---|
| | ▪ Разработване или преразглеждане/актуализиране на учебни програми (съдържание, методи, материали, време) за обучение на доброволни консултанти и групи за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“. | Липсва ангажимент от страна на държавата за наличие на учебни програми за обучение на доброволни консултанти. Неправителствените организации следват програмата на УНИЦЕФ (НАПК) или програмата на Ла Лече Лига Интернешънъл (ЛЛЛ България) |
| | ▪ Укрепване на сътрудничеството и комуникацията между здравните работници, базирани в различни здравни заведения, и обучените доброволни консултанти и групи за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“. | Липсват каквито и да е механизми за сътрудничество между здравните специалисти и доброволните консултанти; като цяло липсва разпознаване на ролята и мястото на доброволните консултанти и групите за взаимопомощ в системата за подкрепа на майките по въпросите на кърменето |
| 4.7. Подкрепа в семейството, общността и на работното място | ▪ Предоставяне на подходяща информация и подкрепа на кърмещите майки, техните партньори и семейства, включително даване на контакти на признати мрежи за подкрепа на кърменето, както официални, така и доброволни; | Не се предоставя информация и подкрепа на майките и семействата къде могат да потърсят подкрепа за кърмене |
| | ▪ Насърчаване на семейната подкрепа чрез обществено образование и местни проекти и чрез общностни програми, основани на сътрудничество между доброволните и официалните доставчици на услуги в общността; | Липсват общностни програми, проекти и др. за насърчаване на семейната подкрепа |

| | | |
|---|---|---|
| | ▪ Идентифициране и адресиране на специфичните нужди от подкрепа на майките с първородни деца, имигрантите, подрастващите, самотните майки, жените с по-ниско образование и други членове на обществото, за които понастоящем има по-малка вероятност да кърмят, включително майки с предишен труден и неуспешен опит в кърменето и майки на бебета, хранени с млека за кърмачета и малки деца; | Не се адресират специфичните нужди на тези групи. Изключение правят неправителствени организации, работещи в специфични общности или в подкрепа на кърменето (Тръст за социална алтернатива, Мрежа на здравните медиатори, Фондация „Здраве и социално развитие, НАПК, ЛЛЛ България и др.) |
| | ▪ Насърчаване на подкрепящите кърменето политики за работа/работни места и в сферата на обществените услуги /обществените места и защитаване правото на жените да кърмят толкова дълго, колкото искат чрез въвеждане на подходящи политики и законодателство. | Липсват изрични законодателни регулации за насърчаване на подкрепящи политики; има отделни компании, обществени места (магазини, търговски центрове), които по своя инициатива създават подкрепяща кърменето среда. |

В рамките на обширната приоритетна област 4 „Защита, насърчаване и подкрепа“ има ключови подобласти, които адресират: прилагането на Глобалната стратегия за хранене на кърмачето и малкото дете, Международния кодекс, БПБ, трудовото законодателство, различните форми на подкрепа в общността – специализирана и от страна на обучени доброволци.

България е една от страните с особено благоприятни политики за подкрепа на кърменето на работещите жени. В законодателството ни са заложени мерки в съответствие с ратифицираната резолюция 183 от 2000 г. на Международната организация на труда. [150]

Все още има нужда от подобрение по последния елемент от модела за защита и подкрепа на кърменето на работното място – наличието на стаи за кърмене или изцеждане, оборудвани по подходящ начин, което да даде възможност на желаещите майки да се върнат на работа, без това да е за сметка на кърменето. Необходимо е по-широко популяризиране на ползите от подкрепата на кърменето сред работодателите – по-малко боледуване на децата и излизания в отпуск по болест на работещите майки и по-високата им удовлетвореност.

По другите подобласти обаче има необходимост от значително подобрение. Има покриване на някои изисквания на Международния кодекс – първоначално в обхвата на наредба, а понастоящем в обхвата на Делегиран регламент (ЕС)2016/127 на Комисията от 25 септември 2015 година за допълване на Регламент (ЕС)No 609/2013 на Европейския парламент и на Съвета по отношение на специфичните изисквания за състава и предоставянето на информация за храните за кърмачета и преходните храни и по отношение на изискванията за информация, свързана с храненето на кърмачета и малки деца (OB,L 25 от 2 февруари 2016 г.). Покриването обаче е само по отношение на етикетирането и няма механизми за добро проследяване и контрол на спазването.

Програмата БПБ практически не функционира в България въпреки стартирането ѝ преди около 30 години – всички болници загубват акредитация, тъй като не покриват и поддържат стандартите на БПБ и няма държавна политика за насърчаването ѝ.[118]

В програмите „Майчино здравеопазване“ и „Детско здравеопазване“ са предвидени АГ преглед за майката до 7-мия и след 30-тия ден и до два прегледа при педиатър за бебето през първия месец, в които да е включена промоция на кърменето, но предвид обема на дейности по време на консултациите (общ преглед на майката, оценка на психичен статус, измерване на артериално налягане, проследяване на инволуция на матката и кървене от гениталиите; анамнеза и подробен статус на бебето и други съвети за грижи за новороденото) възможността кърменето да се адресира пълноценно в този ключов за майката период е ограничена. [151] Училищата за бременни в болниците с родилни отделения не предлагат съвременна подготовка за майките, тъй като се водят от специалисти, които са получили обща подготовка по специалността си, без специализирано обучение за кърмене. В родилните отделения също липсват обучени специалисти – предвид липсата на клинично признаване и нормативно регулиране на специалисти по лактация и съотв. механизми на финансиране чрез НЗОК на подобни услуги, в болниците не се назначават такива специалисти. В много малко болници има преминали специализирано обучение консултанти по кърмене, до чиито услуги да има свободен достъп всяка родилка.

Обучените здравни специалисти, предоставящи специализирани услуги в подкрепа на кърменето, са малко (основно в рамките на проведени през последните 20 години обучения на УНИЦЕФ и НАПК, които предлагат системна програма за подготовка), а тези с най-висока квалификация за помощ в най-трудните случаи (IBCLC|) – още по-малко, едва 13 на брой. Услугите не са масово достъпни – най-често в частни болници или практики. Липсват и съответни механизми за проследяване и поддържане на качеството на услугите.

В България функционират мрежи за подкрепа в общността (доброволни консултанти, работещи по подохда „Майки подкрепят майки“, групи за подкрепа), но те са плод на усилията на гражданския сектор и не са подкрепени и дори достатъчно разпознати като ресурс от страна на държавата и на професионалната общност. Изключение прави създадената под егидата на НКК Национална асоциация „Подкрепа за кърмене“, която е единствения пример за подкрепена инициатива в краткия период, в който държавата е била по-активна по въпросите на подкрепа на кърменето.

| **План за действие за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето в Европа** *Приоритетна област 5 „Изследвания“* | | **Наличие в България** |
|---|---|---|
| **Подобласти** | **Задачи** | |
| | ▪ Насърчаване и подкрепа на научните изследвания в областта на кърменето въз основа на договорените приоритети и дневен ред, като се използват съгласувани дефиниции за кърменето и без конкурентни и търговски интереси; | Липсват целеви средства за провеждане на научни изследвания в областта на кърменето; някакви актуални данни за кърменето има в тематично по-широкообхватни изследвания, финансирани в рамките на национални програми. |
| | ▪ Подкрепа и осигуряване на интензивен обмен на експертен опит в областта на изследванията на кърменето между изследователските институции в държавите-членки. | Липсва достатъчен обмен на експертен опит в областта на изследванията на кърменето |

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, 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 специалисти.

## 2. Проучване за оценка на ефекта от приложение на добрите клинични практики за подкрепа на кърменето около раждането и в първия месец

### Демографски характеристики на изследваните лица

Средната възраст общо за изследваните лица е 32,02±5,17 години – 32,68 ± 4,74 г. за ЕГ и 31,34± 5,52 г за КГ, като разликата помежду им не е статистически значима (Unpaired Samples t-test t=-1,975; p=0,05). Съотнесено към средната възраст на майката при раждане за страната, която е 29 г., тук стойностите за двете групи изследвани лица са по-високи. Един от факторите за това вероятно е профилът на групата по отношение на местоживеенето – преобладаващата част от майките са от големи градове, където средната възраст на раждане е по-висока от средната за страната. [152]

По отношение на местоживеенето разпределението е относително равномерно – в големите и средни градове съотв. 89,8% (n=106) и 87,7 % (n=100) за ЕГ и КГ, а в малките градове и села – съотв. 10,2% (n=12) и 12,3% (n=14) (табл. 2).

Таблица 2. Структурно разпределение на участниците в проучването по местоживеене

| Населени места | Експериментална група | | Контролна група | |
|---|---|---|---|---|
| | **бр.** | **%** | **бр.** | **%** |
| София | 90 | *76,3%* | 74 | *64,9%* |
| Варна | 3 | *2,5%* | 1 | *0,9%* |
| Плевен | 7 | *5,9%* | 12 | *10,5%* |
| Перник | 0 | *0,0%* | 3 | *2,6%* |
| Благоевград | 0 | *0,0%* | 2 | *1,8%* |
| Велико Търново | 2 | *1,7%* | 0 | *0,0%* |
| Враца | 1 | *0,8%* | 1 | *0,9%* |
| Ловеч | 2 | *1,7%* | 4 | *3,5%* |
| Други по-големи и средни градове | 1 | *0,8%* | 3 | *2,6%* |
| Малки градове и села | 12 | *10,2%* | 14 | *12,3%* |
| **Общо** | **118** | ***100%*** | **114** | ***100%*** |

По един участник има в следните населени места: в ЕГ – Пловдив, Радомир, Нови Искър, Провадия, Червен бряг, Павликени и Славяново; в КГ – Стара Загора, Кюстендил, Монтана, Нови Искър, Дупница, Харманли, Костинброд, Тетевен, Луковит, Правец, Сапарева баня, Никопол. Разпределението на изследваните лица по тип болница в двете групи има разлики.

### Клинични характерситики на извадката

По-голям дял от майките в ЕГ е от две акушерски практики към частни болници (72%, n=85). Останалите 28% от майките (n=33) са с раждания в държавни/общински болници. При изследваните лица от КГ пропорцията е обратна – 34,2% (n=39) са от частни болници, а 65,8% (n=75) са от общински/държавни болници табл. 3). Причината за това е по-голямото нежелание на частните болници да се включат в подобен изследователски проект с обществена значимост, вероятно заради опасение за неблагоприятни за тях резултати, въпреки че данните няма да се сегрегират и сравняват по лечебни заведения. Единствено в УМБАЛ „Токуда“ е дадено разрешение за достъп до майки в следродилно отделение, които да бъдат поканени за участие в проучването, а останалите изследвани лица от частни болници в групата са привлечени чрез специалисти от извънболничната помощ.

Таблица 3. Структурно разпределение на участниците в проучването според типа на финансиране на болничното лечебно заведение

| Болница | Експериментална група | | Контролна група | |
|---|---|---|---|---|
| | бр. | % | бр. | % |
| **Държавни/общински болници** | **33** | ***28,0%*** | **75** | ***65,8%*** |
| УМБАЛ "Георги Странски" - Плевен | 15 | *12,7%* | 18 | *15,8%* |
| I САГБАЛ "Св. София" - Св. София | 0 | *0,0%* | 27 | *23,7%* |
| II САГБАЛ "Шейново" - София | 0 | *0,0%* | 21 | *18,4%* |
| СБАЛАГ "Майчин дом" - София | 14 | *11,9%* | 4 | *3,5%* |
| МБАЛ "Св. Ана" - Варна | 4 | *3,4%* | 0 | *0,0%* |
| МБАЛ "Св. Иван Рилски" - Дупница | 0 | *0,0%* | 4 | *3,5%* |
| МБАЛ Троян | 0 | *0,0%* | 1 | *0,9%* |
| **Частни болници** | **85** | ***72,0%*** | **39** | ***34,2%*** |
| МБАЛ "Св. София" - София | 49 | *41,5%* | 1 | *0,9%* |
| МБАЛ "Св. Лазар" - София | 36 | *30,5%* | 0 | *0,0%* |
| УМБАЛ "Токуда" - София | 0 | *0,0%* | 32 | *28,1%* |
| МБАЛ "Авис Медика" - Плевен | 0 | *0,0%* | 2 | *1,8%* |
| САГБАЛ "Д-р Щерев" - София | 0 | *0,0%* | 1 | *0,9%* |
| МБАЛ "Вита" - София | 0 | *0,0%* | 2 | *1,8%* |
| МБАЛ "Майчин дом" - Варна | 0 | *0,0%* | 1 | *0,9%* |

Липсата на специалисти със специфична подготовка и добри практики за подкрепа за кърмене е характерно за цялата здравна система, независимо от типа финансиране, което предпоставя подобни резултати и в двата типа болници. Въпреки това ще бъде приложен допълнителен анализ, за да се провери дали тази диспропорция между КГ и ЕГ се отразява върху резултатите на проучването.

Не се установява статистически значима разлика в разпределнието по поредност на раждането между двете групи участници (p>0,05) (Табл. 4).

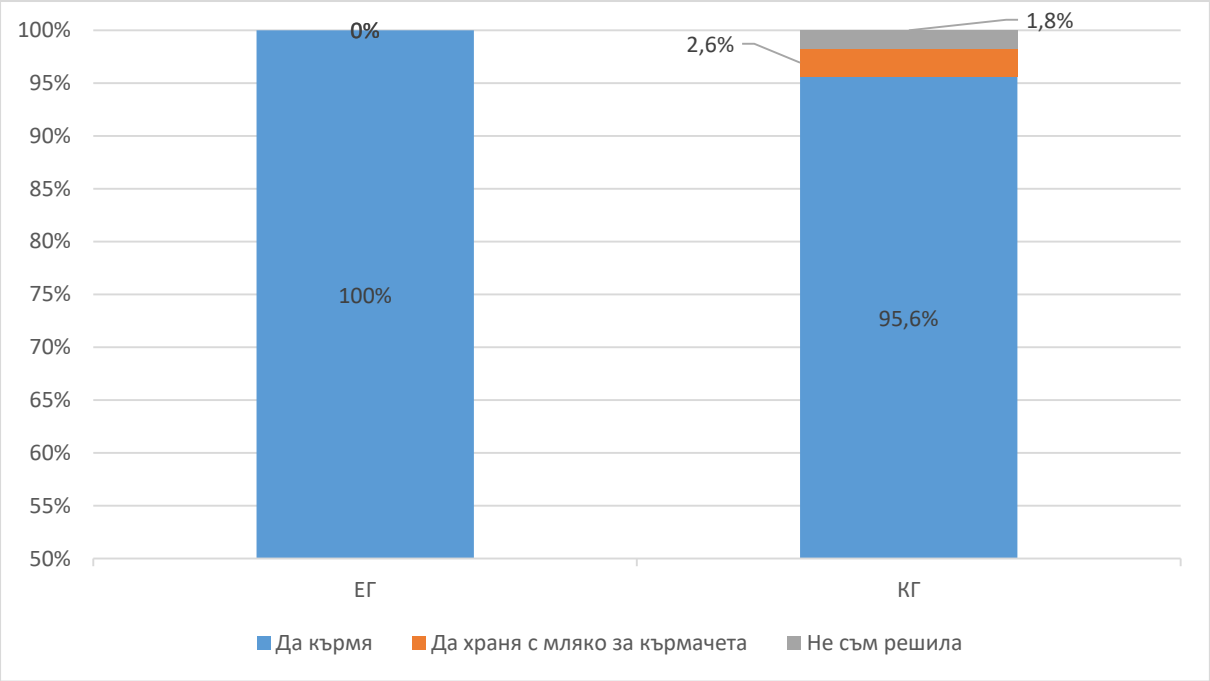
Таблица 4. Разпределение на участниците в проучването според признака „поредност на раждането“

| Група \ Поредност дете | | Първо | Второ | Трето | Четвърто | Общо |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Експериментална група | бр. | 62 | 48 | 7 | 1 | 118 |
| | *%* | *52,5%* | *40,7%* | *5,9%* | *0,8%* | *100%* |
| Контролна група | бр. | 63 | 46 | 3 | 2 | 114 |
| | *%* | *55,3%* | *40,4%* | *2,6%* | *1,7%* | *100%* |

### Съпоставимост на резултатите в експериментална и контролна група

По-голяма част от показателите, влияещи на успеха на кърменето, групите са симетрични, което прави и общите им резултати съпоставими.

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. 18)




*Фигура 18. Нагласи за кърмене по време на първоначалния период*

Относителният дял на майките в КГ с позитивна нагласа за кърмене (95,6%) е по-висок в сравнение с последните данни от национални проучвания по отношение на показателя „кърмене въобще“ (т.е. на майките, които поне са започнали да кърмят): 86,3% и 82,8% съответно за 2014 и 2020 г. [54] [55], което вероятно се дължи на по-високата мотивация на майките, изявили желание за включване в настоящото проучване, фокусирано върху практиките за кърмене. Високата честота на позитивни нагласи в цялата извадка благоприятства сравнимостта на общите данни за успеха на кърменето в двете групи.

По показателя възраст има съпоставимост – средната възраст в двете групи е близка, а абсолютният брой на майките над 35 г. е 33 в ЕГ (28%) и 27 в КГ(23,7%). В КГ в комбинирания показател на майки с по-висока възраст (над 35 г.) и с първо дете, при които се предполага повишен риск от по-трудно установяване на успешно кърмене, са 7% (n=8). В ЕГ изследваните лица над 35 г. и с първо дете са 9,3% (n=11). Статистически тест показва, че разпределението на този комбиниран показател не се различава значимо между групите ($\chi^2(2) = 0,37$, $p = 0,83$). Това относително равномерно разпределение осигурява баланс между групите и не компрометира важността на изводите за влиянието на добрите клинични практики и подкрепата от обучени професионалисти като фактор за успеха на кърменето в ранния период.

В ЕГ майките с висше образование са 90,7% (n=107), а в КГ са 79,8% (n=91). И в двете групи относителният дял е висок с превес в ЕГ. Тъй като образователното равнище може да е фактор, който да повлияе върху крайните резултати ще бъдат съпоставени данните за успеха на кърменето на майките според образователната степен в двете групи.

Таблица 5. Обща характеристика на участниците по отношение на социално-демографските характеристики

| | **Експериментална група** | **Контролна група** | **Общо** |
|---|---|---|---|
| *Възраст (средна ст. ±SD )* | 32 ,68 ± 4,74 г. | 31,34± 5,52 г. | 32,02±5,17 г. |
| *Възрастови групи (бр.)* | | | |
| 0-29 | 45 | 33 | 78 |
| 30-39 | 62 | 77 | 139 |
| 40-49 | 7 | 8 | 15 |
| *Образование (бр.)* | | | |
| Висше | 107 | 91 | 198 |
| Средно | 11 | 22 | 33 |
| Прогимназиално | 0 | 1 | 1 |

По отношение на поредност на раждането и предходен опит с кърменето майките с поне 6 месеца опит с предишно дете са 49 в ЕГ и 20 в КГ или съотв. 41,5% и 17,5%. Поради по-голямата разлика ще бъде направена съпоставка на данните в двете групи при майките с такъв предходен опит.

Дяловете на майките със съпътстващи заболявания и състояния, които биха могли потенциално да затруднят кърменето, е почти изравнен –34,7% от майките (n=41) в ЕГ и 36,8% от майките (n=42) в КГ. 51,9%). Статистическият анализ ($\chi^2$ тест на Пиърсън) не показва значима асоциация между групата и наличието на заболявания ($\chi^2 = 0,030$, df = 2, p = 0,985), което показва, че данните за успешно кърмене в двете групи са напълно съпоставими, без този показател значително да влияе.

В двете групи в извадката има значителна разлика в дяловете на майките, които са родили с Цезарово сечение, тъй като освен добрите практики за кърмене в двете основни акушерски звена към болници, откъдето са набрани майките за експерименталната група, родилните практики също са по-благоприятни и оперативните раждания са по-малко. В ЕГ те са 29 (или 24,6% от общия брой раждания, което е малко по-ниско от средното за

Европа[153]), а в КГ са 64 (или 56,1%, което е малко над средния за страната относителен дял [154]). За да се провери доколко специализираната подкрепа за кърмене позитивно повлиява затрудненията на майките след оперативен начин на родоразрешение, ще се направи анализ на данните на майките с Цезарово сечение в двете групи.

### Общи сравнителни резултати в края на първи и на шести месец и оценка на статистическата значимост на някои показатели

В проучването са включени показатели, които се свързват с влияние върху успеха на кърменето (теоретичните основания за това са разгледани в Глава 3. „Фактори, влияещи върху успеха на кърменето“ от литературния обзор). С цел по-нататъшното им включване в статистическия анализ е направена оценка на статистическата значимост на тези променливи – чрез кръстосани таблици са приложени непараметрични статистически тестове (Хи-квадрат, точен тест на Фишър, линейна асоциация, корелационни коефициенти на Пиърсън и Спирман).

Статистическият анализ в цялата извадка показва, че връзката между комбинираната променлива **„възраст на майката над 35 г. и първо дете“** с успеха на кърменето в края на първия месец не е статистически значима (граничен резултат при p=0,075 при хи-квадрат теста и p=0,069 при точния тест на Фишер). По тази причина този показател няма да бъде анализиран допълнително.

### Социодемографски, здравни и личностни фактори

#### *Ниво на образование*

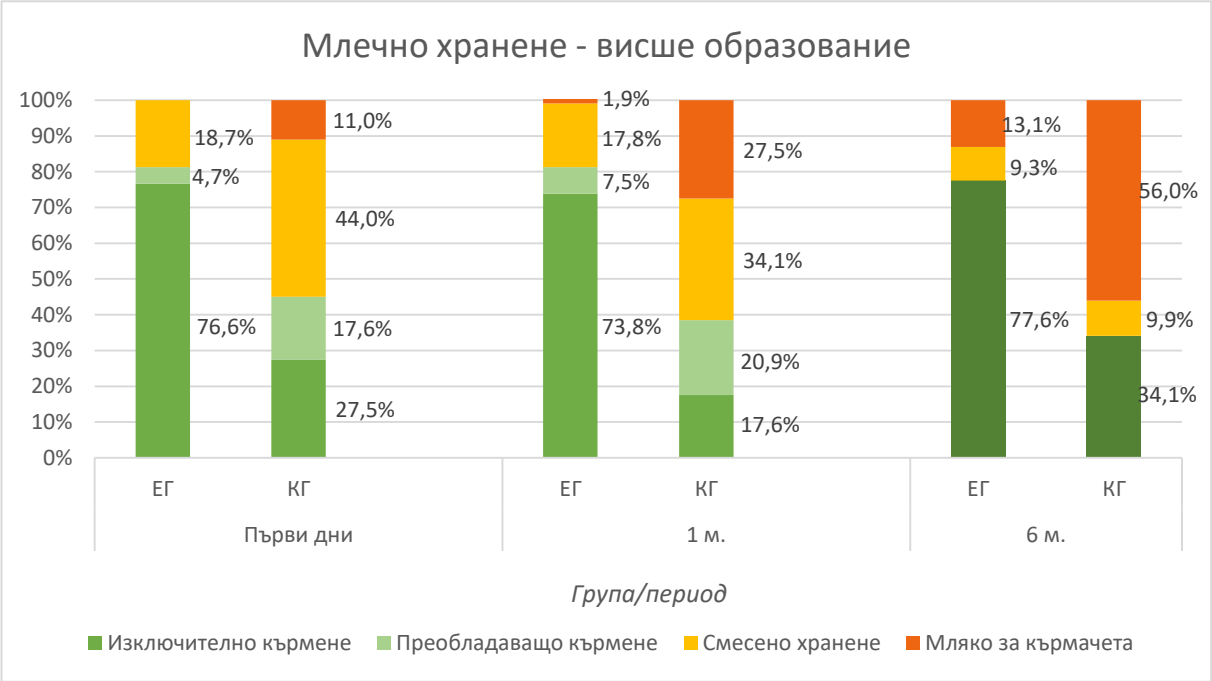
Установява се статистически значима връзка между **нивото на образование** и вида хранене в края на първия месец (n=232, $\chi^2 = 9,8$, p = 0,02) и в края на шестия месец ($\chi^2$ = 9,3, p = 0,03). Майките с по-високо образователно равнище ( ОКС “Бакалавър” и по-висока степен) по-често практикуват изключителното кърмене в края на първия месец и изключително кърмене или кърмене с предлагане на вода (при стартирало захранване) в края на шестия месец, докато тези с по-ниско образователно равнище (гимназиално или по-ниско) е по-вероятно да използват заместващо хранене. Линейната асоциация потвърждава тенденция: с повишаване на образованието се увеличава вероятността за изключително кърмене (p=0,017 на 1 месец; p=0,006 на 6 месеца), като корелацията е много слаба (Пиърсън r=0,16 и 0,18; Спирман ρ=0,15 и 0,18).

Групите се различават по образователен състав (ЕГ: 90,7% висше, n=107; КГ: 79,8%, n=91; $\chi^2(1)=5,46$, p=0,019).

Анализ в групата на майките с висше образование показва, че делът на хранените само с кърма бебета (изключително кърмени плюс преобладаващо кърмени с предлагане на вода) в първите дни след изписването е значително по-висок в ЕГ (81,3%) спрямо КГ (45,1%) ($\chi^2(1) = 26,67$, $p < 0,001$), като това разпределение е сходно с наблюдаваното в общата извадка. В края на първия месец в ЕГ се отчита минимален спад (-2 процентни пункта), докато в КГ намалението е по-изразено (-6,6 процентни пункта).

При смесеното хранене в ЕГ почти няма промяна (от 18,7%, до 17,8%), докато в КГ се наблюдава по-значителен спад – от 44% на 34,1%. Храненето с мляко за кърмачета напълно липсва в ЕГ при изписването; в края на първия месец 1,9% са преминали към него. В КГ на заместващо хранене са 11% от бебетата при изписването, а до края на първия месец този дял се увеличава 2,5 пъти.

В края на шестия месец млечното хранене изцяло на кърма намалява и в двете групи (-1,8 процентни пункта в ЕГ и -4,4% процентни пункта в КГ). Делът на смесеното хранене също спада, по-изразено в КГ, докато най-съществен е е ръстът на заместващото хранене – +11,2 процентни пункта в ЕГи +28,5процентни пункта в КГ. (Фиг. 19)




*Фигура 19. Практики за кърмене по възрастови периоди при майките с висше образование*

По всички показатели резултатите са в полза на ЕГ и са близки до тези от общия анализ (разлики в рамките на 1–3 процентни пункта). Единствената по-отчетлива разлика е малко по-високият дял кърмене и малко по-ниският дял на хранене с мляко за кърмачета при майките с висше образование в КГ. Това подкрепя извода, че нивото на образование има ограничено влияние върху основните резултати, докато наличието или липсата на специализирана подкрепа е съществен фактор.

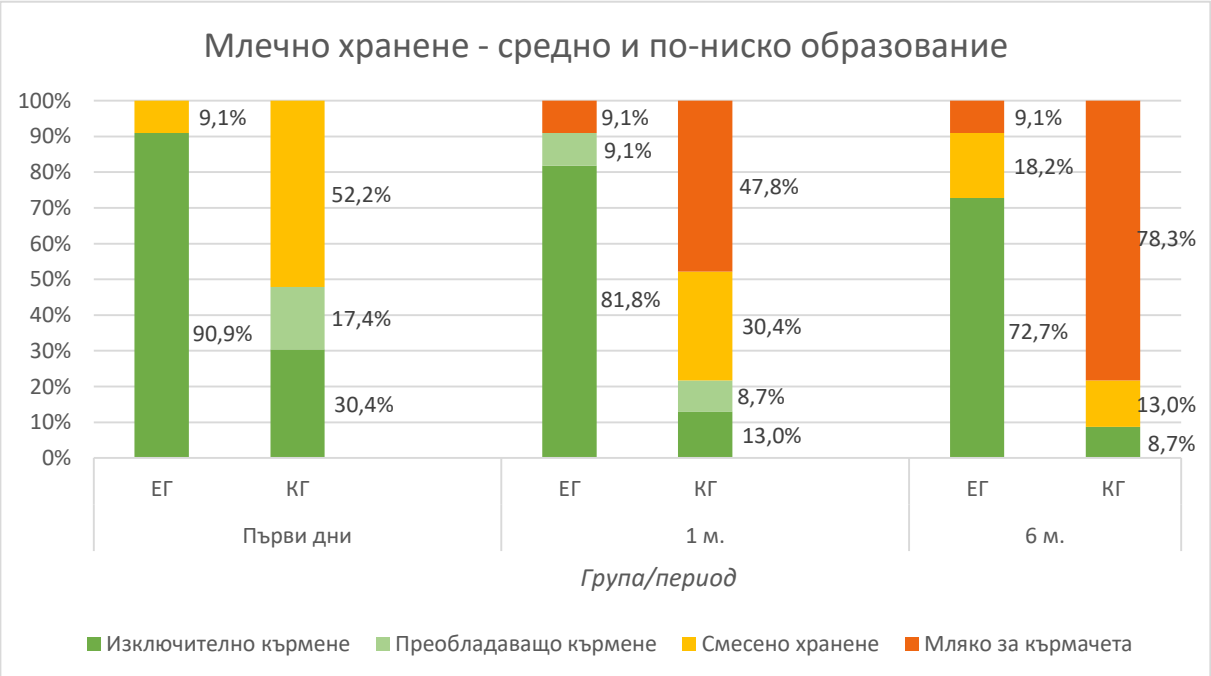
Сред участниците със средно и по-ниско образование в първите дни след изписването делът на изключително кърмените бебета е по-висок в експерименталната група (47,6%) в сравнение с контролната (52,4%).

При сравнение на групите със средно и по-ниско образование (n=11 в ЕГ и n=23 в КГ) разликите стават по-отчетливи.

Честотата на кърмене в първите дни и в края на първия месец спрямо данните в групата с висше образование и в общата извадка е още по-висока в ЕГ и съотв. по-ниска в КГ. След изписването и в двете групи няма бебета, хранени с мляко за кърмачета на този етап.

В края на първия месец делът на заместващо хранене в КГ е по-голям сравнение с данните от анализа в общата извадка и с тези при майките с по-високо образование.

В края на шестия месец продължава отрицателната тенденция на намаляване на кърменето и смесеното хранене за сметка на увеличаване на храненето с млека за кърмачета при майките със средно и по-ниско образование. (Фиг. 20)




*Фигура 20. Практики за кърмене по възрастови периоди при майките със средно и по-ниско образование*

Налице е статистически значима връзка между принадлежност към ЕГ или КГ и начина на хранене на бебетата при участничките в подгрупите с висше и със средно и по-ниско образование и на трите етапа – след изписването, в края на първи и в края на шести месец. (Табл. 6)

Таблица 6. Статистическа значимост на участието в ЕГ или КГ и начина на хранене според образованието

| Етапи | Висше образование | | | | Средно и по-ниско образование | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *$\chi^2$* | *p- $\chi^2$ тест* | *p – точен тест на Фишър* | *Стат. връзка* | *$\chi^2$* | *p- $\chi^2$ тест* | *p - точен тест на Фишър* | *Стат. връзка* |
| След изписването | 50,300 | p<0,001 | p<0,001 | **силно значима** | 10,968 | p<0,001 | p<0,001 | **силно значима** |
| Края на 1-ви месец | 66,496 | p<0,001 | p<0,001 | **силно значима** | 16,485 | p<0,001 | p<0,001 | **силно значима** |
| Края на 6-ти месец | 47,610 | p<0,001 | p<0,001 | **силно значима** | 17,335 | p<0,001 | p<0,001 | **силно значима** |

Най-съществените разлики в сравнение с общия анализ са:

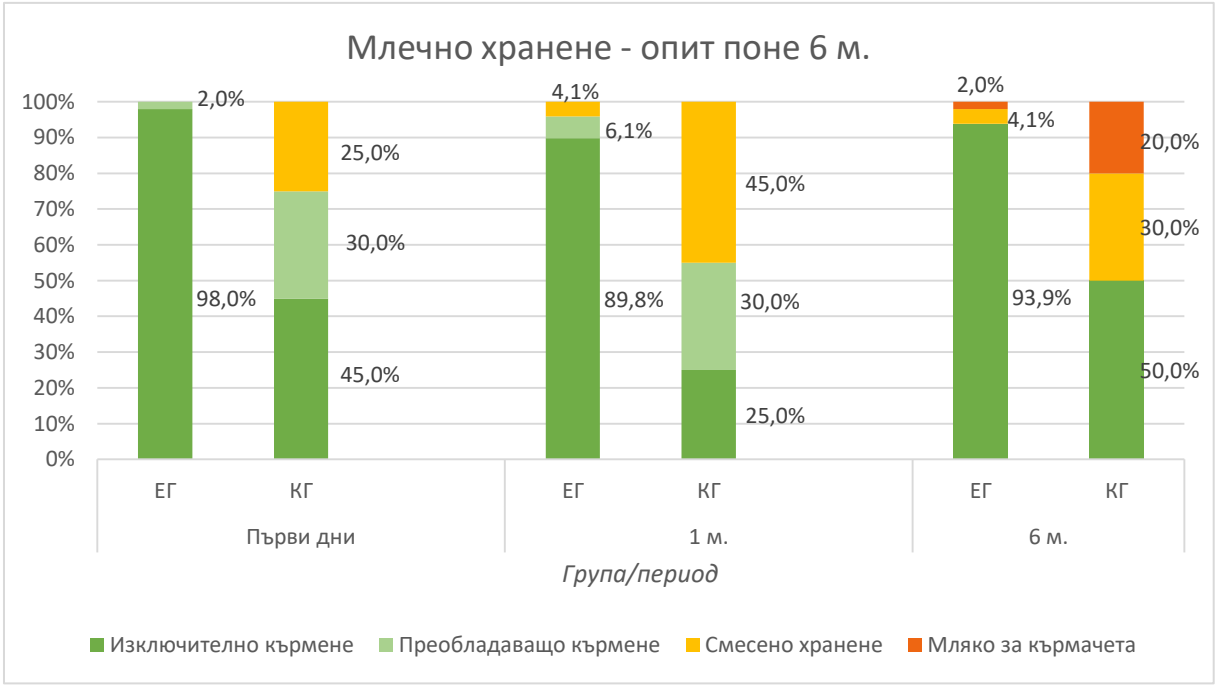
- по-малкият дял кърмене (съотв. -13,4 и -16,8 процентни пункта на първи и на шести месец) и по-големия дял заместващо хранене (съотв. +16,2 и +17,8 процентни пункта на първи и на шести месец) при майките от КГ със средно и по-ниско образование;
- малко по-високият дял кърмене (съотв. +3,4 и +4,3 процентни пункта на първи и на шести месец) и малко по-ниския дял заместващо хранене (съотв. -4,1 и -4,5 процентни пункта на първи и на шести месец) при майките с висше образование в КГ, т.е. се потвърждава, че по-доброто образование е отделен подкрепящ кърменето фактор.

Данните показват, че по-високото образование е самостоятелен подкрепящ фактор за кърменето, но неговото влияние е ограничено. При наличие на специализирана подкрепа честотата на кърмене се повишава значително и в двете образователни групи, като ефектът е по-изразен при майките със средно и по-ниско образование. Това подчертава ключовата роля на целенасочените интервенции в подкрепа на кърменето, особено сред уязвими групи.

*Предходен опит*

Данните от настоящото изследване показват статистически значима връзка между **опита в кърменето** и вида на храненето в края на първия ($\chi^2$ = 57,443 p <0,001) и в края на шестия месец ($\chi^2$ = 61,479, p <0,001), което се показва от резултатите от Хи-квадрат теста и точния тест на Фишър (p <0,001 и за двете променливи). На един месец майките с по-дълъг опит в кърменето е по-вероятно да практикуват изключително кърмене, докато тези с по-кратък опит е по-вероятно да използват смесено или заместващо хранене. Майките с по-дълъг опит в кърменето е по-вероятно да практикуват изключително кърмене на 6 месеца, докато тези с по-кратък опит е по-вероятно да използват смесено хранене или хранене с мляко за кърмачета на 6 месеца. Линейната асоциация (p < 0,001) показва, че с увеличаването на опита в кърменето нараства вероятността за избора на изключително кърмене в края на първия и на кърмене в края на шестия месец. Коефициентите за корелация на Пиърсън (0,294 и 0,287) и Спирман (0,23 и 0,22) сочат положителна корелация между опита на майката и избора на изключително кърмене.

С цел да се установи до каква степен поредността на раждането и в частност предходния опит с кърменето влияят на успеха на кърменето в двете групи, е направена съпоставка между майките, кърмили предишното дете поне 6 месеца. (Фиг. 21)




*Фигура 21. Практики за кърмене по възрастови периоди при майките с предходен опит с кърменето поне 6 м.*

Честотата на кърмене е много по-висока и в двете групи в сравнение с данните от общия анализ – 100% от майките в ЕГ (n=49) и 75% от майките в КГ (n=20) са само на кърма. И в двете групи няма хранени с мляко за кърмачета бебета нито в първите дни, нито в края на първия месец. Въпреки това в ЕГ показателите са значително по-високи с тенденция разликата да се увеличава в края на периода (съотв. 95,9% от майките в ЕГ и 55% от майките в КГ).

В края на шестия месец високата честота на кърмене продължава – 93,9% в ЕГ и 50% в КГ. Макар в КГ да има известно намаляване по показателите за предлагане на кърма и увеличаване на показателя за хранене с мляко за кърмачета (от 0% в края на предходния период на 20% в края на 6-ия месец), факторът „опит“ има своето значение и всички показатели са по-благоприятни в сравнение с общите данни.

Въпреки че предходният опит с кърменето подобрява значително резултатите в КГ във всички периоди, разликите с резултатите в ЕГ остават значителни – и на трите етапа около два пъти повече майки в ЕГ кърмят, което очертава важността на допълнителната подкрепа по отношение на успеха на кърменето дори и в тази ситуация. Комбинацията между двата фактора „опит“ и „специализирана подкрепа“ води до максимално добри резултати.

### *Свързани здравни състояния*

Статистическият анализ в цялата извадка (n=232) по отношение на връзката между **здравните състояния, свързани с кърменето,** и успеха му в края на първия месец, показват статистически значима връзка между двете променливи ($\chi^2 = 14{,}082$; $p = 0{,}029$). Между здравните състояния и успеха на кърменето в края на шестия месец не се открива статистическа значима връзка. Възможно обяснение е, че майките със заболявания, които са успели да стартират успешно кърмене в критичния период на първите седмици, в по-голяма степен успяват да го запазят и по-натам вероятно по-голяма тежест за прекъсване на кърменето имат други фактори.

### *Начин на родоразрешение*

Освен с цел проверка на сравнимостта на резултатите в двете групи в зависимост от фактора родоразрешение, полезно е и да се оцени влиянието на специализираната подкрепа за кърмене в ситуации с обективни обстоятелства, влияещи негативно върху кърменето, каквото е оперативното раждане.

Честотата на оперативно родоразрешение при майките от ЕГе 24,6% (n=29), а в контролната – 56,1% (n=64), като разликата е статичестически значима ($\chi^2$=24,05; p<0,001).

С цел по-задълбочен анализ са изследвани връзките между групата (експериментална/контролна) и хранителните практики в подгрупите майки, родили с Цезарово сечение и по естествен път.

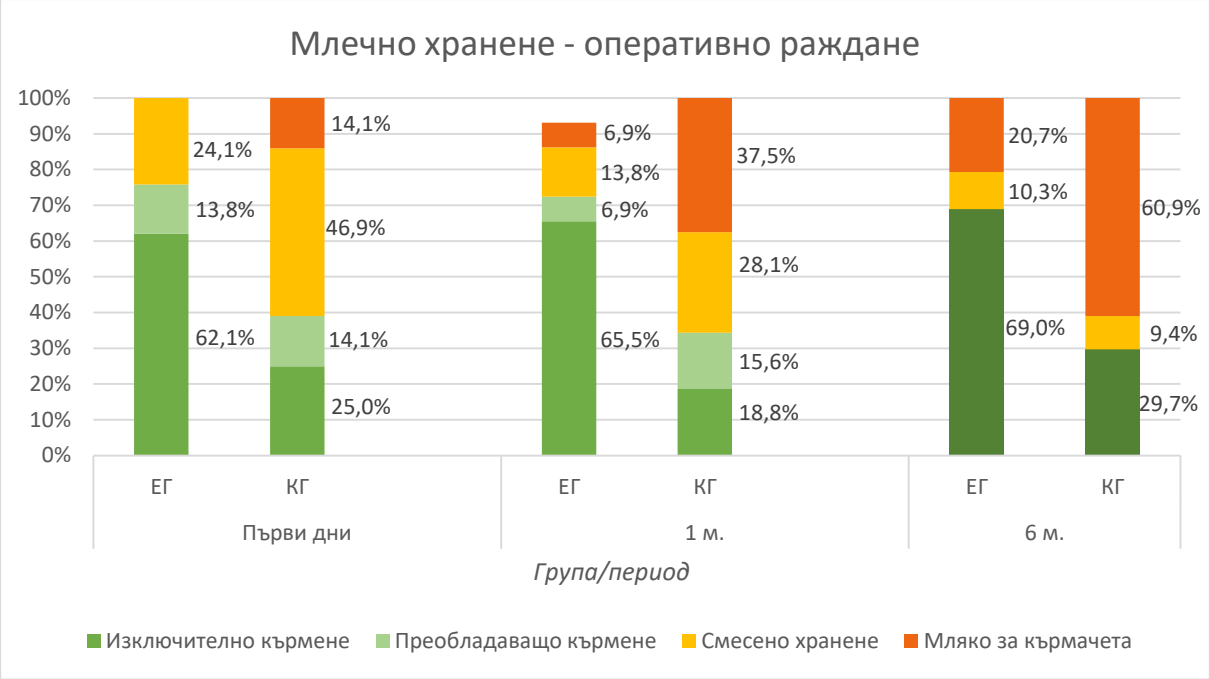
В първите дни след изписването почти два пъти по-висок е относителният дял на хранените само с кърма бебета в ЕГ в сравнение с тези в КГ (75,9%, n=22 срещу 39,1%, n=25), като разликата е статистически значима ($\chi^2$=10,81; p=0,001).

В края на първия месец и в двете групи има известен спад, но в КГ е по-значителен – около 5%. Майките от ЕГ значително по-често запазват изключителното кърмене (20 от 29), докато в контролната група доминира смесено или заместващо хранене – над два пъти и половина нараства относителният дял на майките в КГ на смесено хранене (в абсолютен брой – от 9 майки в началото, в края на първия месец 24 майки от групата вече изцяло предлагат мляко за кърмачета). В ЕГ само 2 майки (6,9%) предлагат хранене с мляко за кърмачета. Връзката между принадлежност към групата и вида хранене е статистически значима и на този етап ($\chi^2$=21,82; p<0,001).

Още в болничния период се наблюдава съществена разлика между майките, получили подкрепа и тези без подкрепа. Когато е имало предоставяна допълнителна подкрепа, при голяма част от майките с оперативно родоразрешение кърменето започва още в родилното отделение, продължава в първите дни след това и през целия първи месец. В КГ по-висок дял от двойките майка-бебе излизат от родилното отделение на смесено хранене или направо преминават още там на мляко за кърмачета.

По отношение на тенденциите в двете групи се установява, че запазване на кърменето от първите дни до края на първия месец има в 86,4% от започналите с кърмене майки в ЕГ (n=22) и в 76% в КГ (n=25). Прогрес от смесено хранене към кърмене има в 42,8% от смесено хранещите майки в ЕГ (3 от 7 майки) и едва 10% от КГ (3 от 30 майки). Негативна тенденция (от кърмене към смесено хранене или от кърмене/смесено хранене към заместващо хранене) има в 13,8% от ЕГ (4 от 29 майки) и в 34,5% от КГ (19 от 55 майки).

След шестия месец има известен спад по отношение на млечното хранене изцяло на кърма и ръст по отношение на заместващото хранене и в двете групи, но в КГ негативните промени са по-значителни 22,5%. Разликите продължават да бъдат статистически значими – при експерименталната група се запазва по-висок дял на кърмене, докато в контролната група храненето с млека за кърмачета преобладава ($\chi^2$=15,87; p=0,001). (Фиг. 22)




*Фигура 22. Практики за кърмене по възрастови периоди при майките с оперативно раждане*

В подгрупата на естественото раждане статистическата значимост на връзката между наличие на интервенция и вида на храненето е налице и на трите етапа – в първите дни ($\chi^2$=13,69; p<0,001), на 1 месец ($\chi^2$=54,82; p<0,001) и на 6 месеца ($\chi^2$=43,29; p<0,001). Значително повече майки в ЕГ започват кърмене веднага след раждането; на 1 месец делът на изключителното кърмене е изключително висок в експерименталната група (68 от 89), докато в контролната само 7 от 50; на по-късен етап в ЕГ се запазва преобладаващ дял на кърмене, докато в контролната група водещо е храненето с мляко за кърмачета.

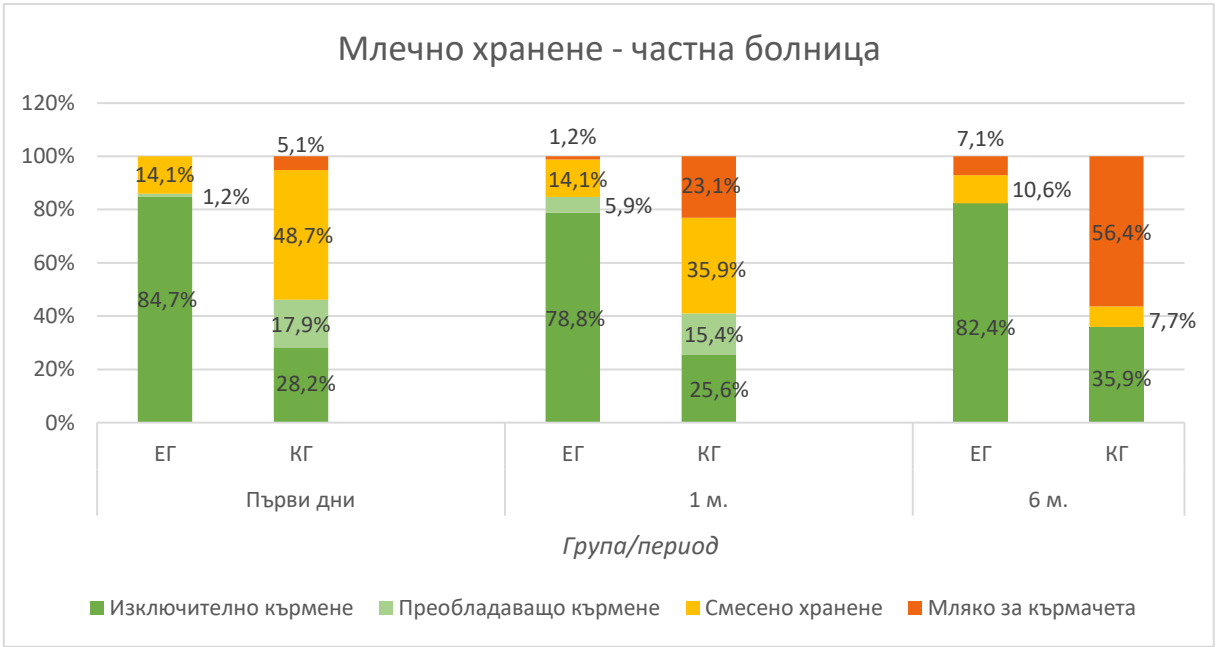
Резултатите при майките с Цезарово сечение са съпоставими с резултатите в общата група за същия период. Независимо от начина на родоразрешение, интервенцията показва значим и устойчив ефект върху поддържането на кърменето. Това е особено важно в контекста на опреативните раждания, при които традиционно се съобщава по-висок риск от затруднения при започване и поддържане на кърмене.

Предвид някои предполагаеми разлики в качеството на здравните грижи е възможно **типът болница** (държавна/общинска или частна) потенциално се отразява на успеха на кърменето.

При проверка за статистическата значимост по този показател и вид хранене на 1 и на 6 м. резултатите от тестовете показват статистически значима връзка (n=232, p<0,001), като линейната асоциация показва повишаване на вероятността за изключително кърмене и намаляване на вероятността за смесено или заместващо хранене при раждане в частна болница. Предвид по-високия дял на раждали в частна болница изследвани лица в ЕГ, е вероятно наличието на интервенция да допринася за статистическата значимост по този показател. Ще бъде направено сравнение на резултатите по отношение на успеха на кърменето на ИЛ от частни болници в двете групи.

### *Тип болница*

В анализа се установи, че между експерименталната и контролната група има статистически значима разлика ($\chi^2$=33,34; df=1; p<0,001) в разпределението по отношение на вида болница, в която са родили майките. В експерименталната група по-голямата част от жените са родили в частни болници (85 от 118), докато в контролната група преобладават майките, родили в държавни или общински болници (75 от 114). С цел по-задълбочен анализ са изследвани разпределенията на вида хранене в отделните подизвадки – частни и държавни/общински болници.




*Фигура 23. Практики за кърмене по възрастови периоди при майките с раждане в частна болница*

В подизвадката на майките, родили в частни болници, има статистически значима разлика между двете групи ($\chi^2$=41,57; p<0,001). (Фиг. 23)

В ЕГ почти всички започват с изключително кърмене (72 от 85), докато в контролната група преобладава смесеното хранене.

В края на първи и в края на шести месец статистически значимата разлика се запазва (съотв. $\chi^2$=36,85 и $\chi^2$=43,58 при p<0,001). Значимата разлика се задълбочава – 67 от 85 майки в ЕГ продължават с изключително кърмене на 1 месец срещу едва 10 от 39 в КГ; на 6 месеца в ЕГ кърменето остава водеща практика, докато в КГ доминира храненето с мляко за кърмачета.

Тези резултати показват, че интервенцията е особено ефективна и в частни болници, където условията за прилагане на добри практики вероятно са по-благоприятни.

При майките, родили в държавна/общинска болница (n=108), също се наблюдават статистически значими разлики в двете групи по отношение на хранителните практики на трите етапа:

- *Първи дни:* $\chi^2$=10,41; p=0,015. В ЕГ делът на майките, започнали с изключително кърмене, е по-висок, а хранене с мляко за кърмачета липсва.
- *Първи месец:* $\chi^2$=30,12; p<0,001. Разликата е още по-изразена – в ЕГ 21 от 33 майки продължават с изключително кърмене, докато в КГ едва 10 от 75.
- *Шести месец:* $\chi^2$=14,39; p=0,002. И в по-късен етап кърмачетата в ЕГ се хранят значимо по-често с майчина кърма, докато в контролната група доминира хранене с мляко за кърмачета.

Тези резултати сочат, че при условията на държавни/общински болници интервенцията има съществено положителен ефект върху запазването на изключителното кърмене.

Като цяло, мястото на раждане не се отразява значително на съотношението на резултатите в двете групи при сравнение с резултатите в общия анализ. И в двата типа болници резултатите са последователни и статистически значими, като експерименталната група демонстрира по-благоприятни хранителни практики във всеки от изследваните периоди. Това потвърждава, че приложената интервенция има силен и устойчив ефект, независимо от контекста на здравното заведение.

### *Други фактори*

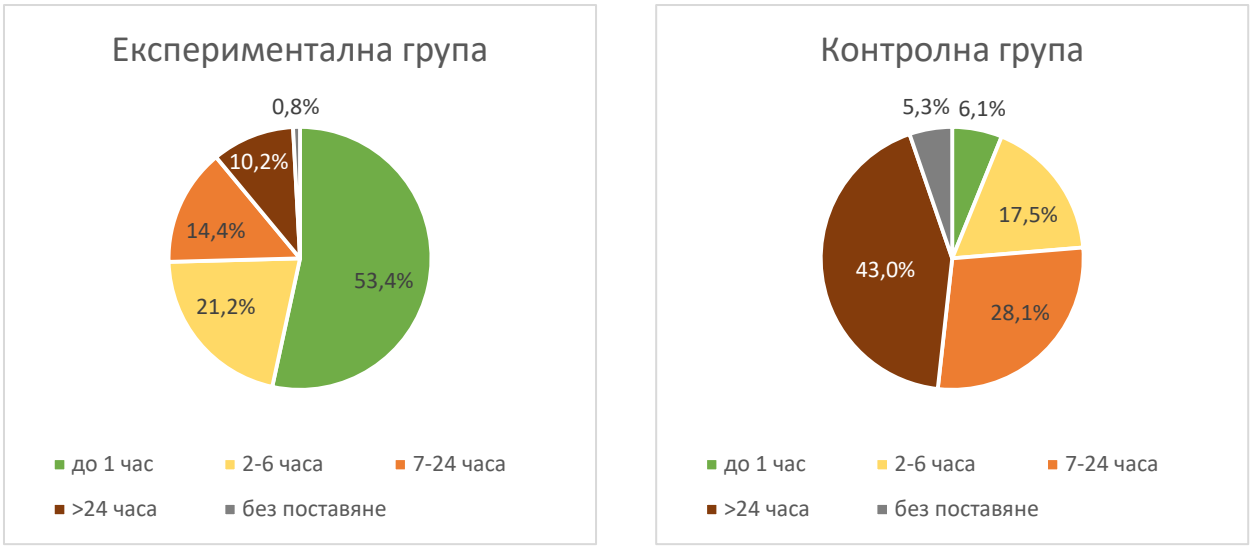
Някои посочени отговори на въпроса за самооценяване от страна на майките за причините за успеха на кърменето им също могат да имат определяща роля. Такива са: **предишния опит**, **мотивацията на майката**, **семейната подкрепа** (фактори, посочени от голям дял от майките и в края на първия, и в края на шестия месец), както и ролята на **първоначалната подкрепа в болницата** и помощта от **специализирана консултация за кърменето през първия месец**. При проверка за статистическа значимост на връзките по тези показатели резултатите от тестовете показват, че най-силни фактори, предсказващи изключителното кърмене на 1 месец при n= 222 са предишния опит ($\chi^2$=10,7, p=0,001, r=0,22), болничната подкрепа ($\chi^2$=56,4, p<0,001, умерена до силна корелация r=0,5), консултацията в рамките на първия месец ($\chi^2$=15,14, p<0,001, r=0,26) и мотивацията на майките, която показва отрицателна корелация ($\chi^2$=14,14, p<0,001). Последното може да се обясни както с по-високото оценяване на вложените лични усилия при наличие на повече трудности и дори на краен неуспех, така и че присъстват други значими фактори (специализирана подкрепа, знания, среда), без които мотивацията не може да допринесе достатъчно. Подкрепата от страна на партньора и семейството не показва статистически значима връзка (n=222, $\chi^2$=1,4, p=0,23). На 6 месечна възраст макар и с намален коефициент (n=184, p<0,05) статистическа значимост показва единствено оценката за приноса на първоначалната болнична подкрепа. По всички показатели на самооценка в анализа са включени само случаите, при които в рамките на съответния период (първи месец или втори-шести месец) е имало кърмене и са изключени майките, които са били изцяло на хранене с мляко за кърмачета.

## Фактори, свързани с клиничната подкрепа на кърменето

Някои добри клинични практики за подкрепа на кърменето, включени в 10-те стъпки за успешно кърмене, също са подложени на дескриптивен анализ и проверка за статистическа значимост в тази извадка.

### *Ранен контакт*

*Стъпка 4: Да се подпомага незабавния и непрекъсван контакт кожа до кожа и майките да бъдат подпомагани в поставяне на бебето на гърда възможно най-рано след раждането. (Фиг.24)*




*Фигура 24. Структурно разпределение на времето за поставяне на гърда през първото денонощие след раждане или след това в експерименталната и контролната групи*

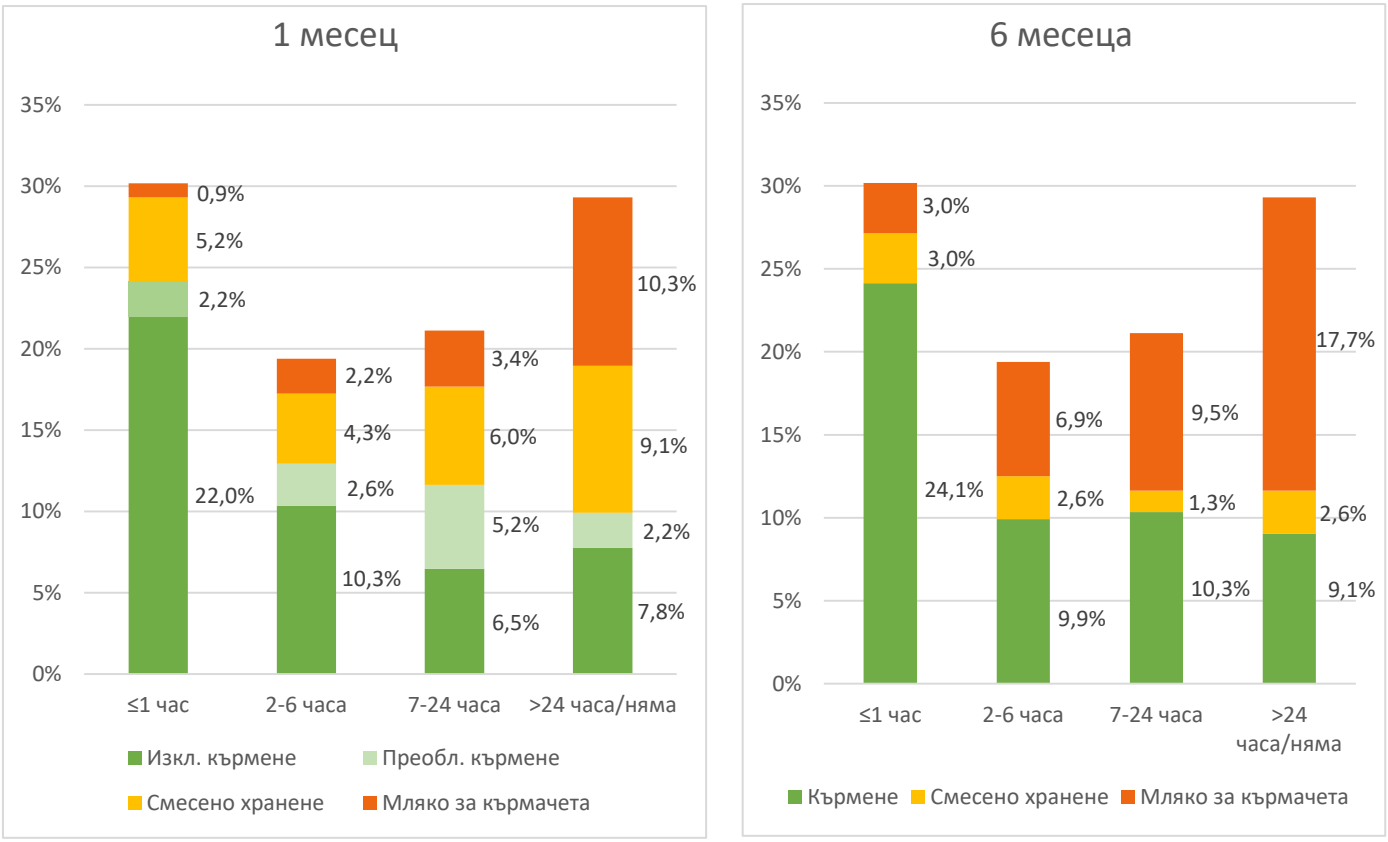
Разликата в дяловете по отношение на „златния стандарт" за ранно начало на кърменето (поставяне на гърда в първия час след раждането) е много голяма – 53,4% от майките в ЕГ срещу 6,1% в КГ. Почти 75% от майките в ЕГ са поставили бебето на гърда за първи път до 6-ия час; в КГ този дял е 24,3%.

Много голям е делът на майките, които не са сложили бебето на гърда в първите 24 часа – 4,5 пъти повече, отколкото в ЕГ. Това се дължи на високият дял Цезарово сечение в КГ (56%) и широко разпространената практика в българските родилни отделения при оперативно раждане майката и бебето да са разделени поне в първите 24 часа. В КГ 75% от майките с оперативно раждане са поставили бебето на гърда след повече от 24 ч.

Анализът на връзката между времето на **първи контакт** между майката и новороденото и начина на хранене на бебето на 1-месечна възраст показва статистически значима зависимост (n=232; $\chi^2$=63,95; $p$<0,001). Установява се положителна умерена статистически значима връзка между времето на първия контакт и и храненето с кърма – коефициенти на Спирман ρ = 0,432 ($p$ < 0,001) и Пиърсън r = 0,435 ($p$ < 0,001).

Тази зависимост се запазва и при проследяване на млечното хранене на 6-месечна възраст ($\chi^2$ = 57,84; p < 0,001). Отново сред майките с първи контакт до 1 час (ранно начало на кърменето) се наблюдава най-висок дял на продължаващо кърмене, докато забавеният контакт след 24 часа се свързва предимно с хранене с мляко за кърмачета. Стойностите на коефициентите на Спирман ρ = 0,401 и Пиърсън r = 0,405 (и двете със статистическа значимост p<0,001) показват умерено силна положителна връзка между ранния контакт и кърменето на 6 месеца. Резултатите от проучването потвърждават, че

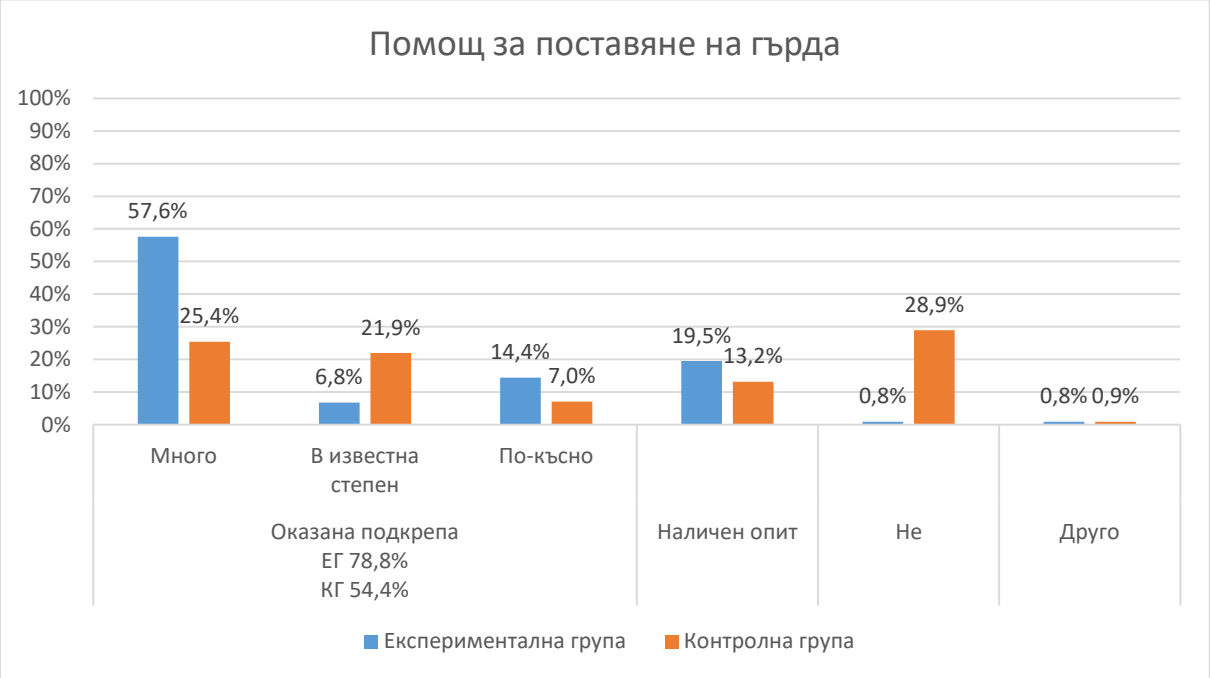
ранният контакт (в рамките на 1 час) е свързан с по-голяма вероятност за изключително кърмене на един месец. Закъснелият контакт (напр. повече от 24 часа) е свързан с по-висока честота на смесено хранене и хранене с мляко за кърмачета. Те подчертават също дългосрочната роля на ранния контакт майка-бебе за устойчивостта на кърменето. (Фиг. 25)




*Фигура 25. Връзка между времето на първо кърмене и начина на хранене на 1 м. и на 6 м.*

### *Подкрепа при първото кърмене*

*Стъпка 5: Майките да бъдат подкрепяни да започнат да кърмят и да се справят с обичайните затруднения при кърменето. (Фиг.26)*

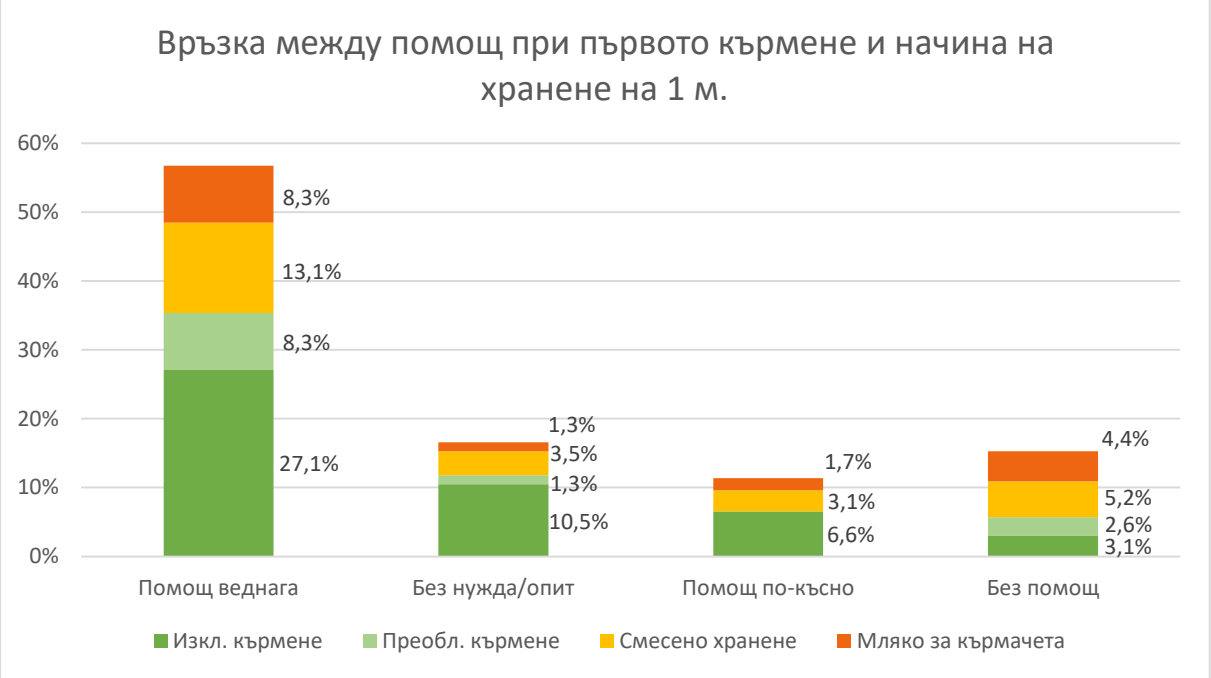



*Фигура 26. Честота на получената помощ за поставяне на гърда за първи път при майките в двете изследвани групи*

Субективната оценка на майките не е много точен измерител, тъй като повечето майки не знаят какви са адекватните мерки, за да могат да ги оценят, а също така има социална желателност в отговорите, но въпреки това се наблюдава значително по-висок дял на подкрепа, и то най-вече на по-високата степен на подкрепа сред майките от ЕГ (57,6% в ЕГ срещу 25,4% в КГ, $p<0,001$).

Анализът показва статистически значима зависимост между получената **помощ при първото кърмене** и начина на хранене на бебето на 1-месечна възраст ($n=232$; $\chi^2 = 33,89$; $p = 0,004$). (Фиг. 27)

На 6-месечна възраст зависимостта между помощта и хранителния модел остава статистически значима ($\chi^2 = 28,57$; $p = 0,018$), но е по-слабо изразена. Коефициентите на корелация показват слаба, но значима връзка на 1 месец (коефициент на Пиърсън $r=0,159$; коефициент на Спирман $\rho = 0,158$; $p = 0,016$), като на 6 месеца връзката вече не е значима ($r=0,118$; $\rho = 0,119$; $p = 0,07$). Това предполага, че първоначалната помощ е важен краткосрочен фактор, но за поддържането на кърменето в дългосрочен план са нужни допълнителни форми на подкрепа.

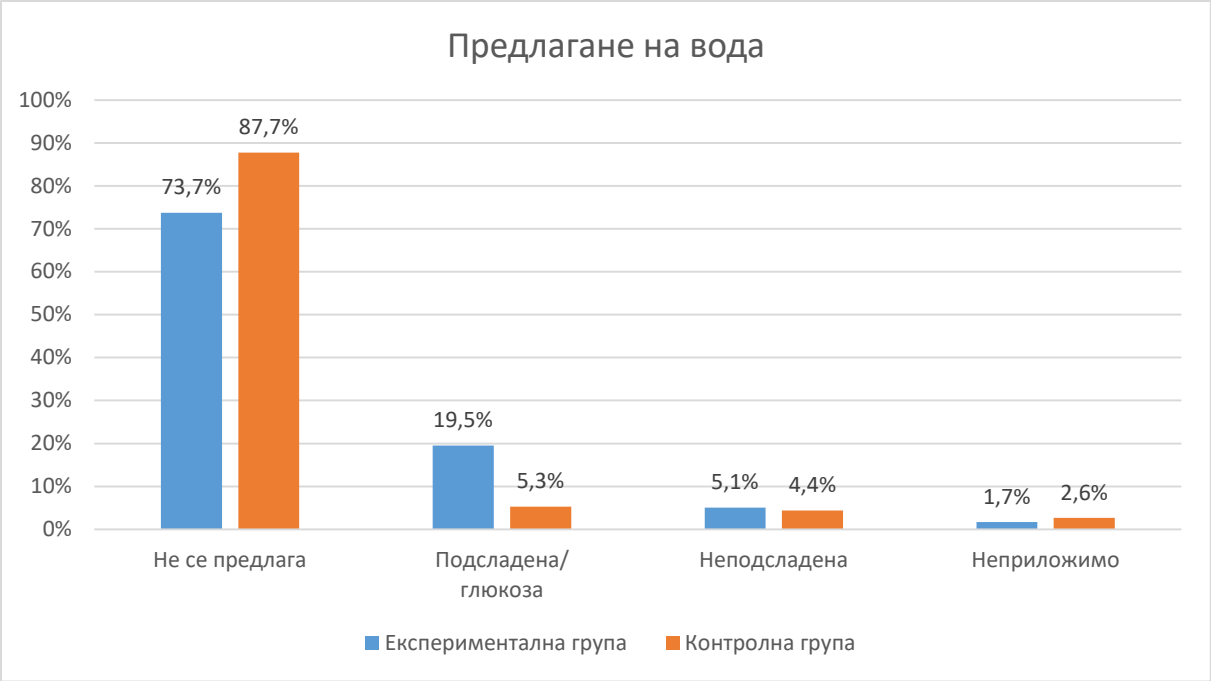



*Фигура 27. Връзка между помощ при първото кърмене и начина на хранене на 1 м.*

### *Предлагане на вода*

*Стъпка 6: На новородените да не се дават нито течности, нито други храни, ако това не се препоръчва по здравословни причини. (Фиг.28)*

Положителен е фактът, че в по-голямата част от болниците рутинното предлагане на вода (подсладена/неподсладена) или глюкоза на бебетата вече не е така разпространено. Има известен превес в дела на майките от КГ, на които не е предлагана вода за бебетата им, тъй като достатъчно голям дял от майките от ЕГ са родили в една от държавните болници с практика за предлагане на подсладена вода и където цялостните услуги в по-малка степен се доближават до пълното изпълнение на критериите на БПБ, а интервенцията по подкрепа за кърмене се прилага от отделен допълнително квалифициран специалист. В едната частна болница с акушерска практика с подготвени за подкрепа на кърменето акушерки майките са имали контакт и с общия персонал на болницата в следродилния период и са получавали някои противоречиви съвети, включително и по отношение на предлагането на вода. Затова въпреки препоръките на акушерската практика майките да подпишат декларация да не им се предлага вода и мляко за кърмачета, при някои майки това не се е случило, което също се отразява на данните по този показател. Като цяло, повечето майки в КГ са родили в болници с цялостна добра практика по отношение на предлагането на вода.




*Фигура 28. Разпределение в двете групи според докладването от страна на майките за предлагане на вода от страна на болничния персонал*

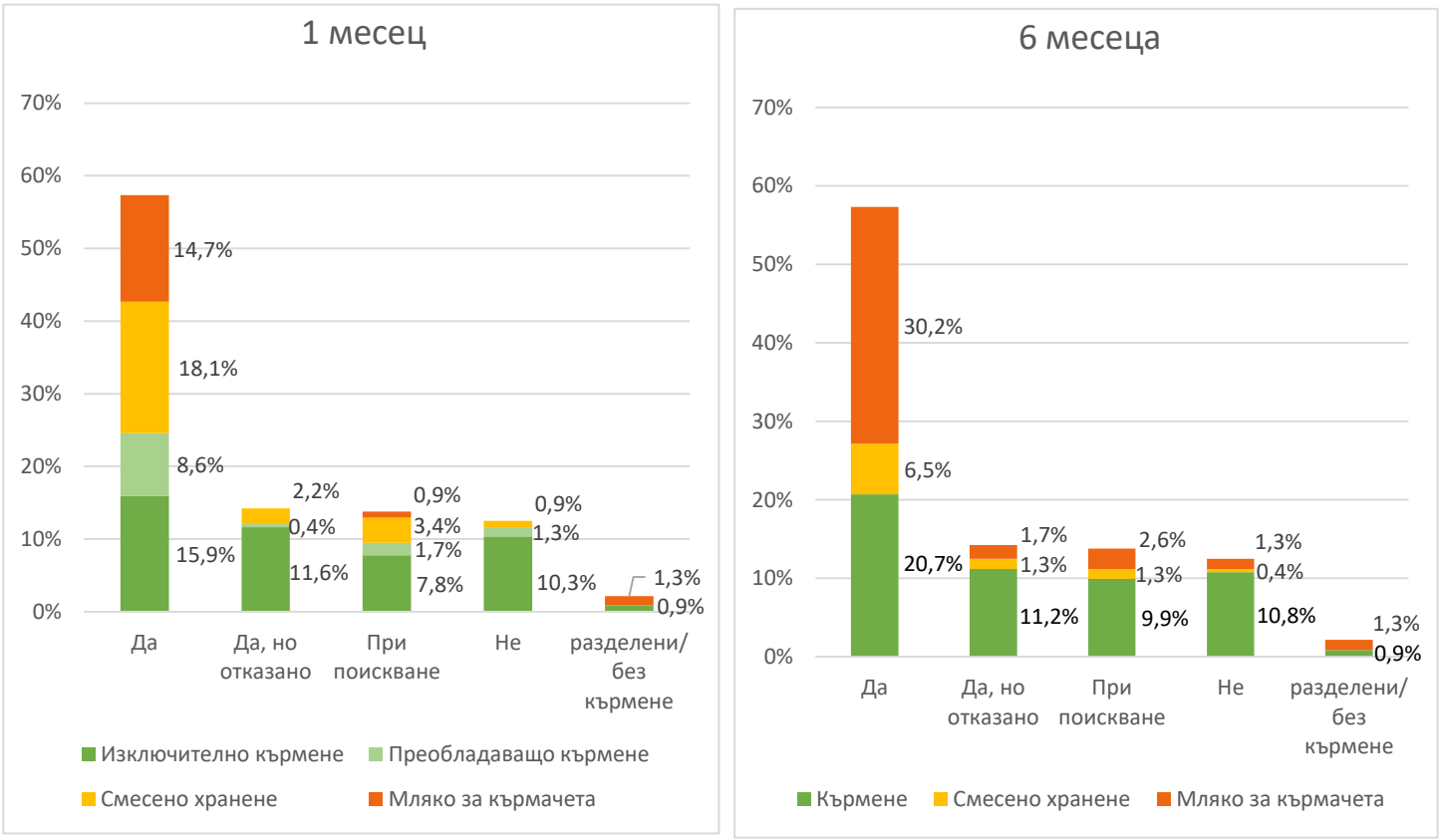
Не се установява статистически значима връзка между **предлагане на вода в болницата и** начина на хранене както на първия месец ($\chi^2 = 14,34$; $p = 0,111$), така и на шестия месец ($\chi^2 = 5,8$; $p = 0,76$).

### *Предлагане на мляко за кърмачета от страна на персонала*

*Стъпка 6. На новородените да не се дават нито течности, нито други храни, ако това не се препоръчва по здравословни причини.*

**Предлагането на мляко за кърмачета от страна на персонала по време на болничния престой на майката** показва значима връзка с типа млечно хранене както на първия ($\chi^2 = 64,5$; $p < 0,001$), така и на шестия месец ($\chi^2 = 46,035$; $p < 0,001$) след раждането. Данните показват, че когато майките са били активно насърчавани или мляко за кърмачета им е било предложено от персонала, без да го търсят сами, значително по-често се наблюдава хранене с мляко за кърмачета или смесено хранене. И обратно, когато майките са отказали предложеното мляко или не са получавали такова предложение, делът на изключително кърмените деца е чувствително по-висок – както на първия месец (например 27 от 33 майки, отказали мляко за кърмачета, са кърмили изключително), така и на шестия месец (51 от 62 майки, които не са получавали мляко за кърмачета, продължават да предлагат само кърма като млечно хранене). (Фиг. 29)

Установената корелация между непредлагането на мляко за кърмачета и честотата на изключителното кърмене е положителна, умерена и статистически значима: коефициенти на Пиърсън r = 0,464 и Спирман ρ = 0,478 за първи месец; коефициенти на Пиърсън r = 0,384 и Спирман ρ= 0,399 за шести месец, всички p < 0,001. Това подчертава ролята на болничните практики, свързани с предлагането на заместители на майчината кърма, като значим фактор, който може да възпрепятства изключителното кърмене и да повлияе на продължителността му.



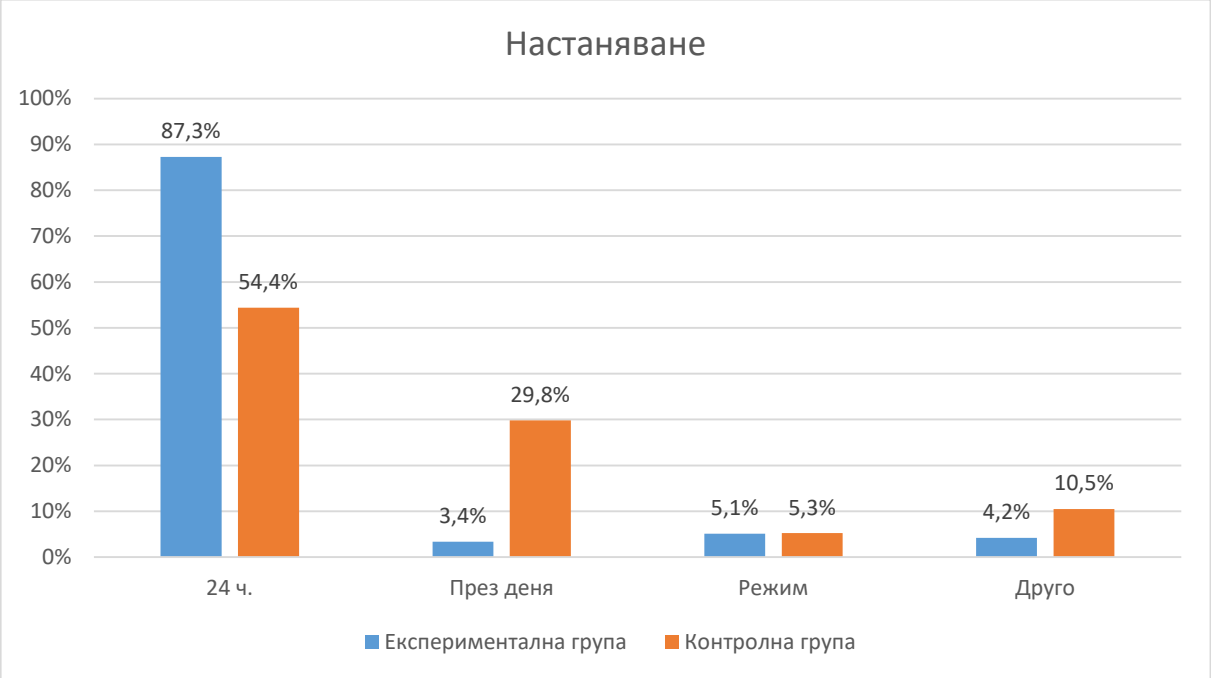

*Фигура 29. Връзка между предлагането на мляко за кърмачета от персонала и начина на хранене на 1 м. и на 6 м.*

### *Настаняване на майката и бебето в една стая*

*Стъпка 7: Майките и децата трябва да бъдат оставяни заедно и да бъдат в една стая 24 часа на ден. (Фиг.30)*

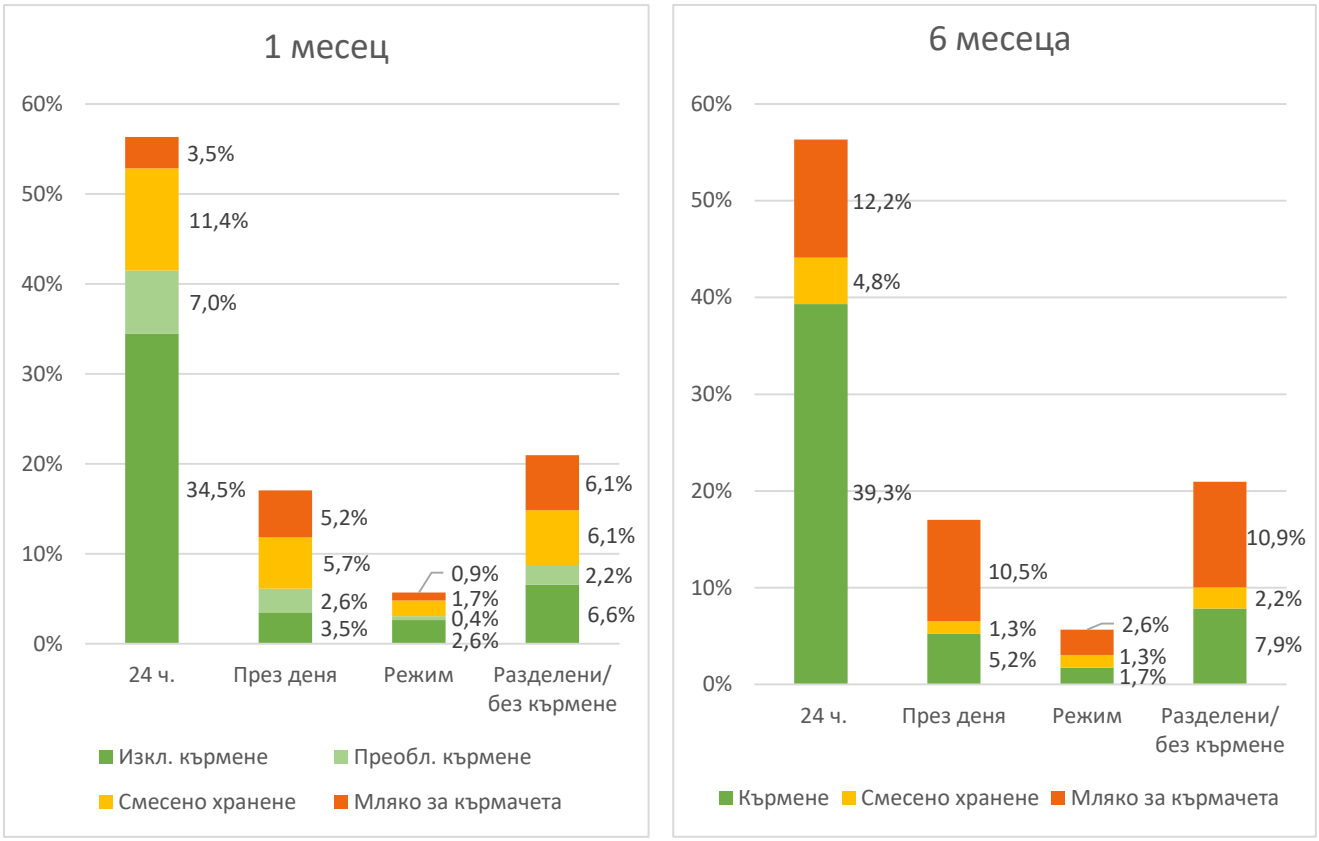
Друга добра практика на клинична грижа в подкрепа на кърменето е осигуряването на непрекъснат контакт и възможност за кърмене чрез настаняването на бебето и майката заедно за цялото денонощие.

Данните показват значително по-висок дял в ЕГ настанени заедно през цялото денонощие. Като цяло и тук има положителна тенденция по отношение на подобряването на практиките и воденето на бебетата под режим за хранене е ниско и в КГ.




*Фигура 30. Разпределение в двете групи според начина на настаняване с бебето след раждането*

Анализът на връзката между **съвместното настаняване на майката и бебето в болницата** и начина на хранене на детето разкрива статистически значима зависимост както на първия месец ($\chi^2 = 50$; $p < 0{,}001$), така и на шестия месец след раждането ($\chi^2 = 41{,}3$; $p < 0{,}001$). Резултатите показват, че при майки, които са били настанени с децата си ден и нощ, значително по-често се наблюдава изключително кърмене както в ранния, така и в по-късния период. В контраст, при частично или липсващо съвместно настаняване се наблюдава по-висок дял на смесено хранене или хранене изцяло с мляко за кърмачета. (Фиг. 31)




*Фигура 31. Връзка между настаняването и начина на хранене на 1 м. и на 6 м.*

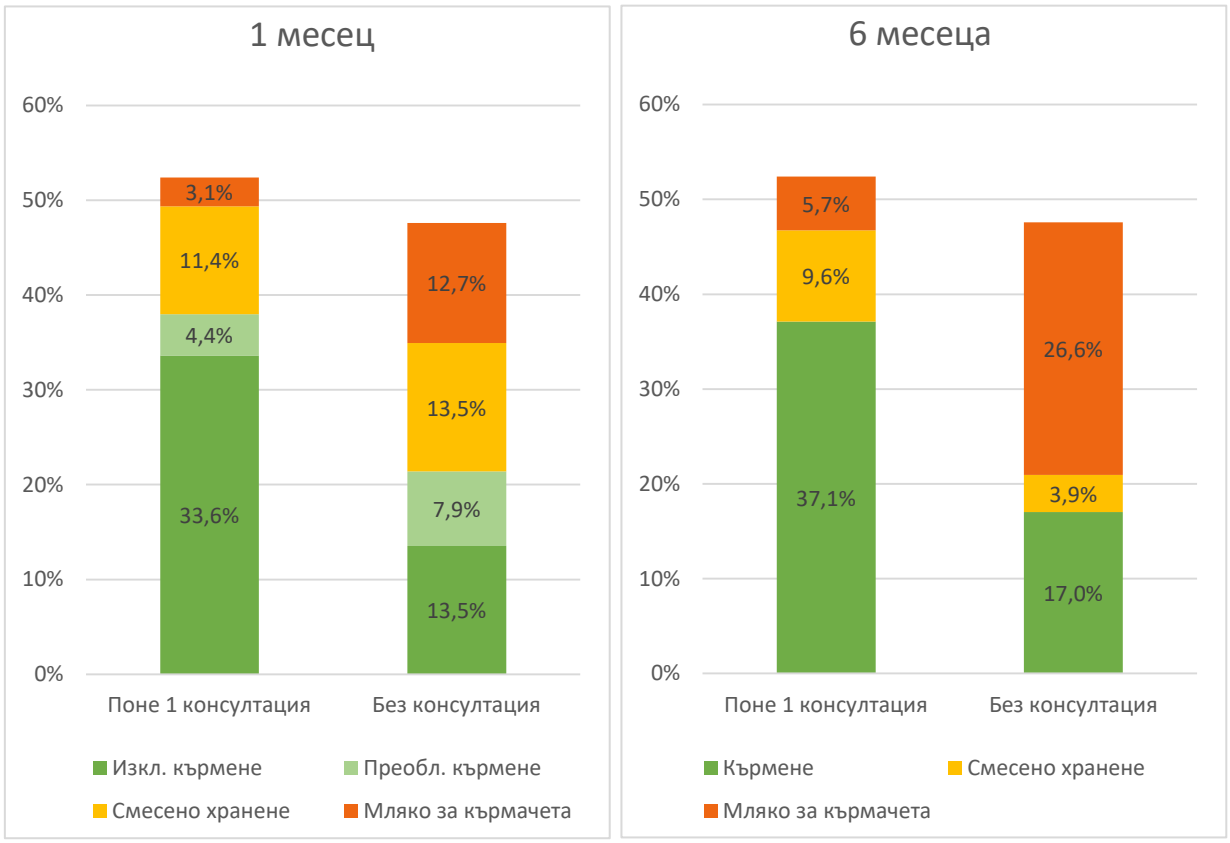
Макар че корелационните коефициенти (Спирман и Пиърсън) не достигат статистическа значимост, наблюдаваната тенденция е консистентна и подчертава потенциалната роля на този елемент от болничната организация на грижите по отношение на подкрепата на успешното и продължително кърмене.

### *Консултиране след изписването*

*Стъпка 10: При изписването от болницата или родилния дом да се осигури достъп на родителите и децата им до навременна и продължителна подкрепа и грижа.*

**Подкрепата за майките след изписването** е важен елемент от цялостния модел за подкрепа, които да гарантират успеха на кърменето. Затова и този фактор е включен в анализа за статистическа значимост. Резултатите от него показват значима връзка с типа млечно хранене както на първия ($\chi^2 = 34{,}38$; $p < 0{,}001$), така и на шестия месец ($\chi^2 = 35{,}55$; $p < 0{,}001$) след раждането. Данните показват, че когато майките не са били консултирани в присъствена консултация или дори дистанционно, значително по-често се наблюдава

хранене с мляко за кърмачета или смесено хранене. И обратно, когато майките са получили подкрепа и съвети за справяне с трудностите през първите седмици, изключително кърмените бебета са със значително по-висок дял както на първия, така и на шестия месец. Корелационните коефициенти сочат умерено положителна връзка между наличието на специализирана подкрепа през първия месец и изключителното кърмене (R = 0,385 и rho = 0,382 за първи месец; R = 0,391 и rho = 0,383 за шести месец, всички p < 0,001). Това показва необходимостта от продължаваща подкрепа и как липсата й възпрепятства изключителното кърмене в краткосрочен план и негативно да повлияе на продължителността му. (Фиг 32)




*Фигура 32. Връзка между консултиране в първия месец и начина на хранене на 1 м. и на 6 м.*

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

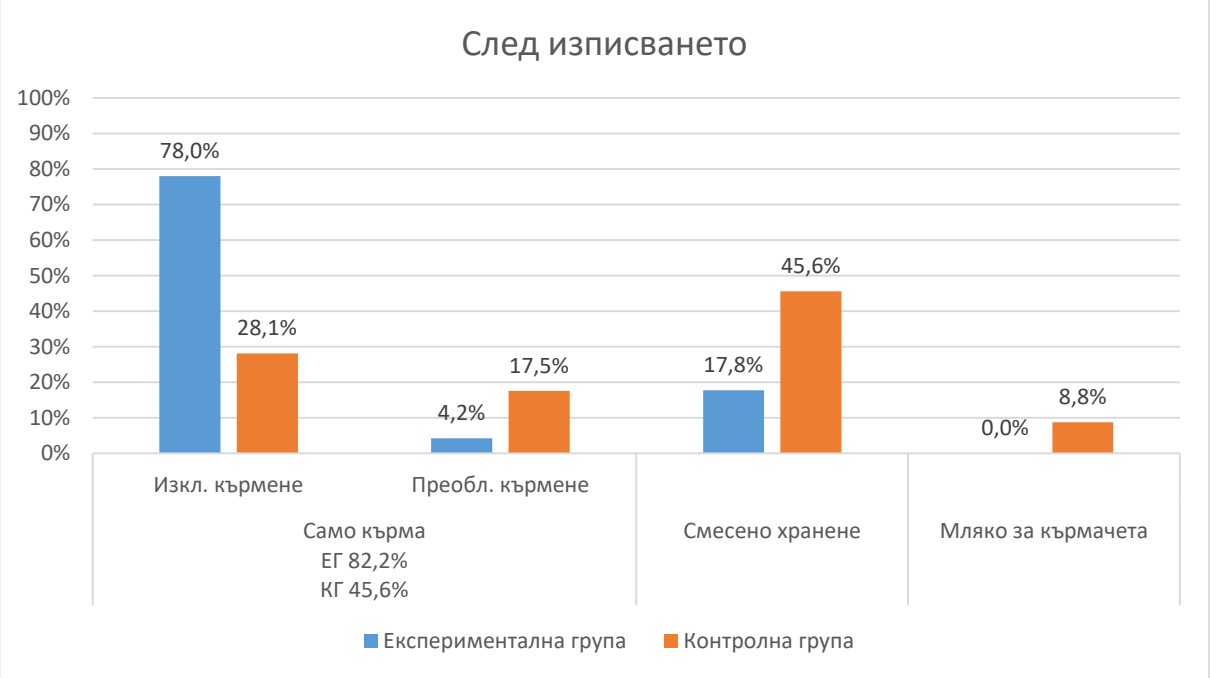
По отношение на показателите изключително кърмене, преобладаващо кърмене, смесено хранене и хранене с мляко за кърмачета в първите дни след изписването и в края на първия месец има значителна разлика в честотата на кърмене между експериментална и контролна група.

В дните след изписване на изключително кърмене са 78% от майките в ЕГ (n=92) и повече от 2,5 пъти по-малко от майките от КГ – 28,1% (n=32). Преобладаващото кърмене (т.е. кърмене с предлагане на вода или чай) е избор на по-висок дял от КГ (17,5%) и на едва 4,2% в експерименталната група. Това показва по-високата степен на информираност на майките в ЕГ за актуалните препоръки относно липсата на необходимост от предлагане на допълнителни течности освен кърма и направения информиран избор от тяхна страна.

Ако се сравни храненето само с кърма и без предлагане на мляко за кърмачета в двете групи, почти два пъти повече от майките от ЕГ (82,2%) са на хранене само с кърма, а делът в КГ е 45,6%.

По показателя „смесено хранене“ пропорцията се обръща – около 2,5 пъти повече майки от КГ са на смесено хранене (45,6%), в експерименталната са само 17,8%.

На заместващо хранене са 8,8% от кърмачетата в контролна група, в ЕГ няма майки, които да хранят само с мляко за кърмачета след изписването. (Фиг. 33)



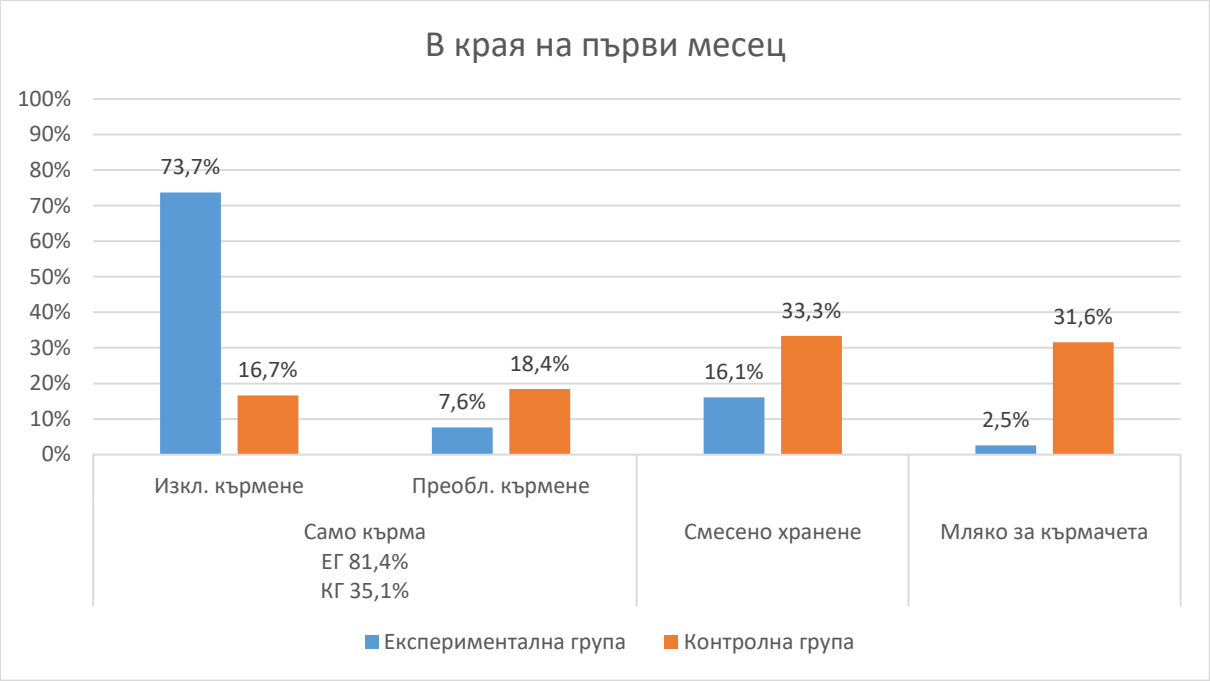

*Фигура 33. Разпределение в двете групи според вида хранене на кърмачетата в първите дни след изписването*

В края на първия месец в ЕГ делът на изключително кърмене се запазва висок 73,7% (n=87), в КГ е спаднал 16,7% (n=19). Честотата на преобладаващото кърмене се е повишило и в двете групи – 7,6% са в експериментална и 18,4% в контролна група. По

отношение на сбора от двата показателя (хранене само с кърма) се наблюдава почти напълно запазен относителен дял в ЕГ и над 10% спад в контролна група.

Относно смесеното хранене се наблюдава спад от 1,7% в ЕГ и над 12% в контролна група.

В рамките на първия месец заместващото хранене в КГ се увеличава около 3,5 пъти (от 8,8% на 31,6%, n=36). Има и някои майки от експериментална група, които са преминали към хранене изцяло с мляко за кърмачета (2,5%, n=3). (Фиг. 34)



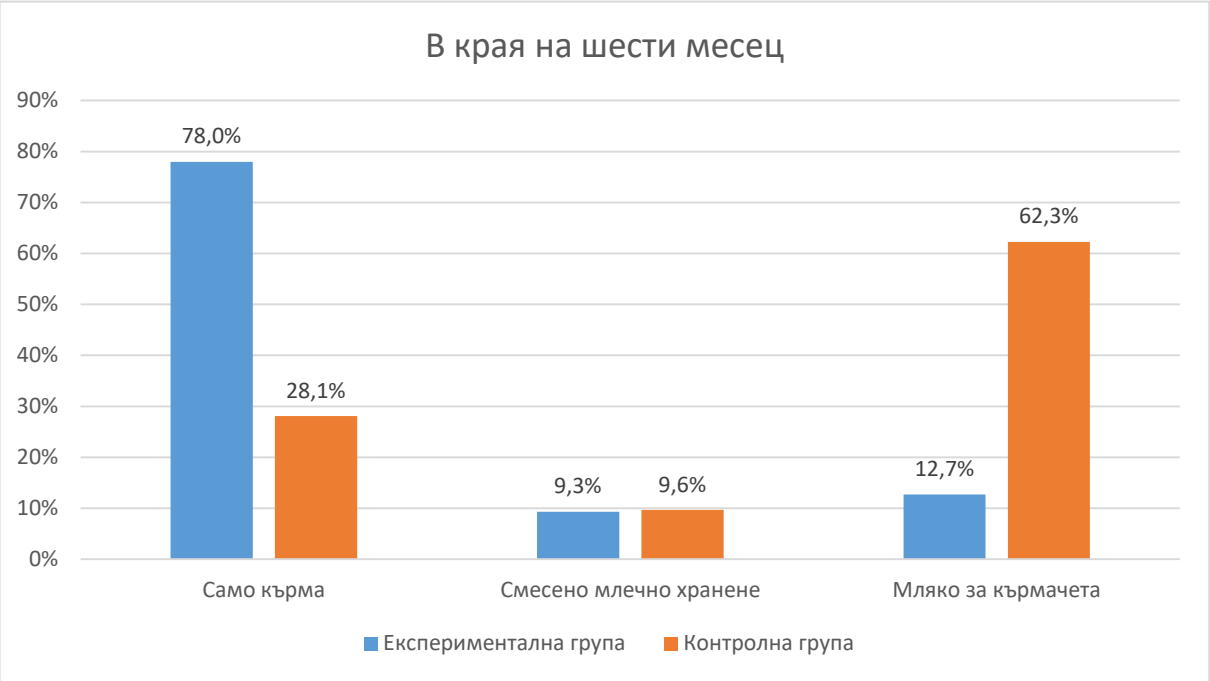

*Фигура 34. Разпределение в двете групи според вида хранене на кърмачетата след края на първия месец*

При срезов анализ, стартиралите на кърма над 82% от майките от ЕГ (n=97) и получили подкрепа веднага след раждането и в седмиците след изписването, почти изцяло продължават да кърмят изцяло бебетата си (81,4%). Кърменето е съхранено в този най-сензитивен период, когато се установява и стабилизира хормоналния баланс и физиологично се програмира лактацията в следващите месеци. Майките в КГ са разпределени почти равномерно между естествено, смесено и заместващо хранене (съотв. 35,1%, 33,3% и 31,6%), като има ясна тенденция за намаляване на естественото и смесено хранене и увеличаване на храненето с мляко за кърмачета през периода.

В края на шести месец анализът показва, че в ЕГ млечното хранене на бебетата е изцяло кърма в близък процент до този от края на първия месец (спад от 3,4%). В КГ

кърмещите в края на първи месец майки също в голяма степен запазват типа млечно хранене (спад от 5,3%).

При смесеното хранене има спад и в двете групи, но спадът в КГ е доста по значителен – съотв. 6,8% в ЕГ и 23,7% в КГ.



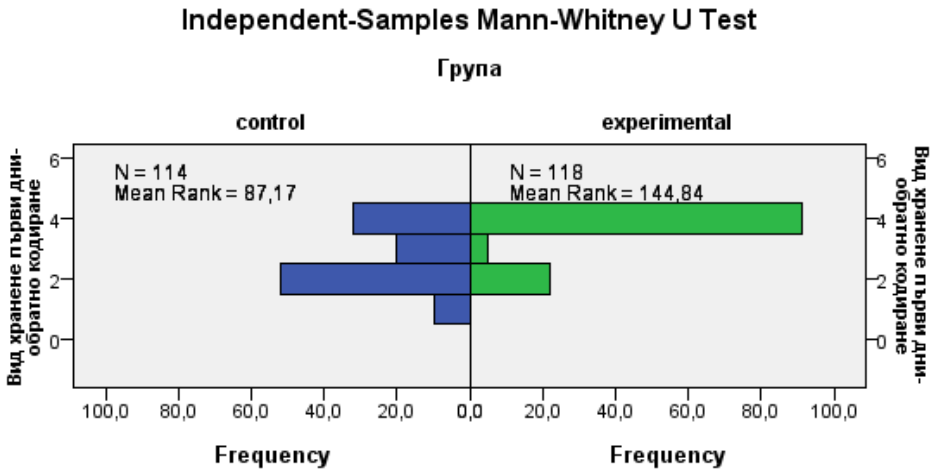

*Фигура 35. Разпределение в двете групи според вида млечно хранене на кърмачетата след края на шестия месец*

По отношение на заместващото хранене се наблюдава сериозен скок в КГ – два пъти повече майки от групата предлагат изцяло мляко за кърмачета в края на шестия месец (от 31,6%, n=36 на 62,3%, n=71). Има увеличение и в ЕГ – 12 майки повече предлагат заместващо млечно хранене в сравнение с края на първия месец. (Фиг. 35)

С цел проверка на хипотезата за разлика в разпределенията в двете под-извадки КГ и ЕГ по отношение на вида млечно хранене (съотв. изключително кърмене, преобладаващо кърмене, смесено хранене или хранене с мляко за кърмачета) в първите дни, в края на първия и в края на шестия месец е приложен непараметричен тест на Mann-Whitney.

Разпределенията са както следва:

➢ В първите дни:




| | |
|---|---|
| **Total N** | 232 |
| **Mann-Whitney U** | 10 070,000 |
| **Wilcoxon W** | 17 091,000 |
| **Test Statistic** | 10 070,000 |
| **Standard Error** | 462,006 |
| **Standardized Test Statistic** | 7,238 |
| **Asymptotic Sig. (2-sided test)** | ,000 |

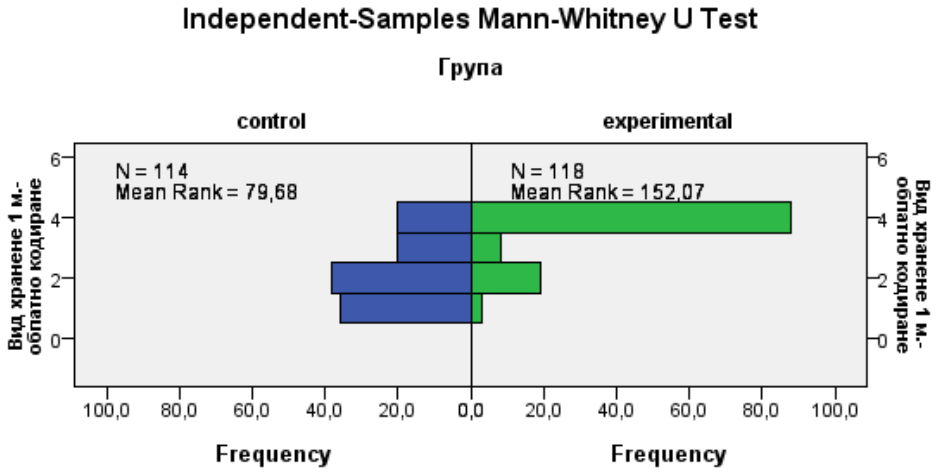
*Фигура 36. Разпределение в двете групи според вида млечно хранене на кърмачетата в първите дни (тест на Mann-Whitney)*

Резултатите от теста показват, че има значителна разлика (U = 10070, p<0,001) по отношение на млечното хранене в двете групи, като в ЕГ стойностите за изключително кърмене и тенденцията за кърмене са по-високи.

Размерът на ефекта се изчислява, като абсолютната (положителна) стандартизирана тестова статистика 7,238 се раздели на квадратния корен от общия брой случаи. Тук размерът на ефекта е 0,475, което е на горната граница на умерения ефект според класификацията на Коен. (Фиг. 36)

➢ В края на първия месец:

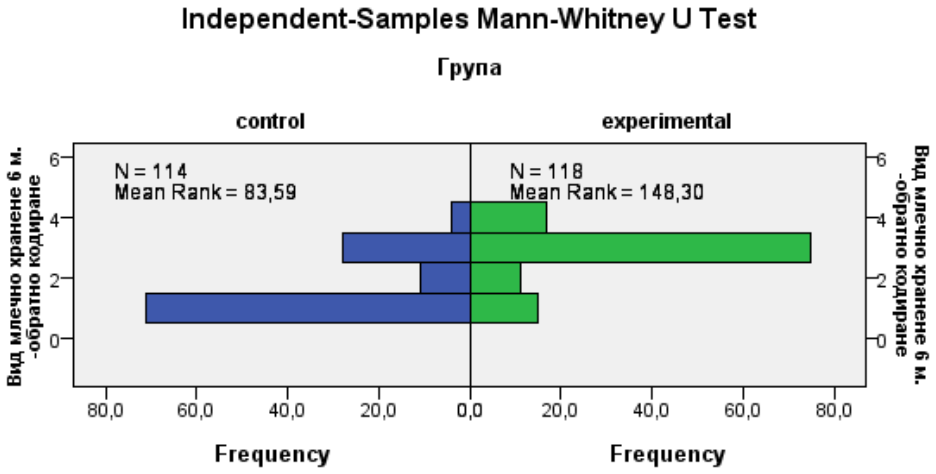
Положителната тенденция по отношение на кърменето в ЕГ в сравнение с КГ се задълбочава (U = 10923, p<0,001), и размерът на ефекта се увеличава (d=0,575). (Фиг. 37)




| | |
|---|---|
| **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 37. Разпределение в двете групи според вида млечно хранене на кърмачетата в края на първия месец (тест на Mann-Whitney)*

➢ В края на шестия месец:



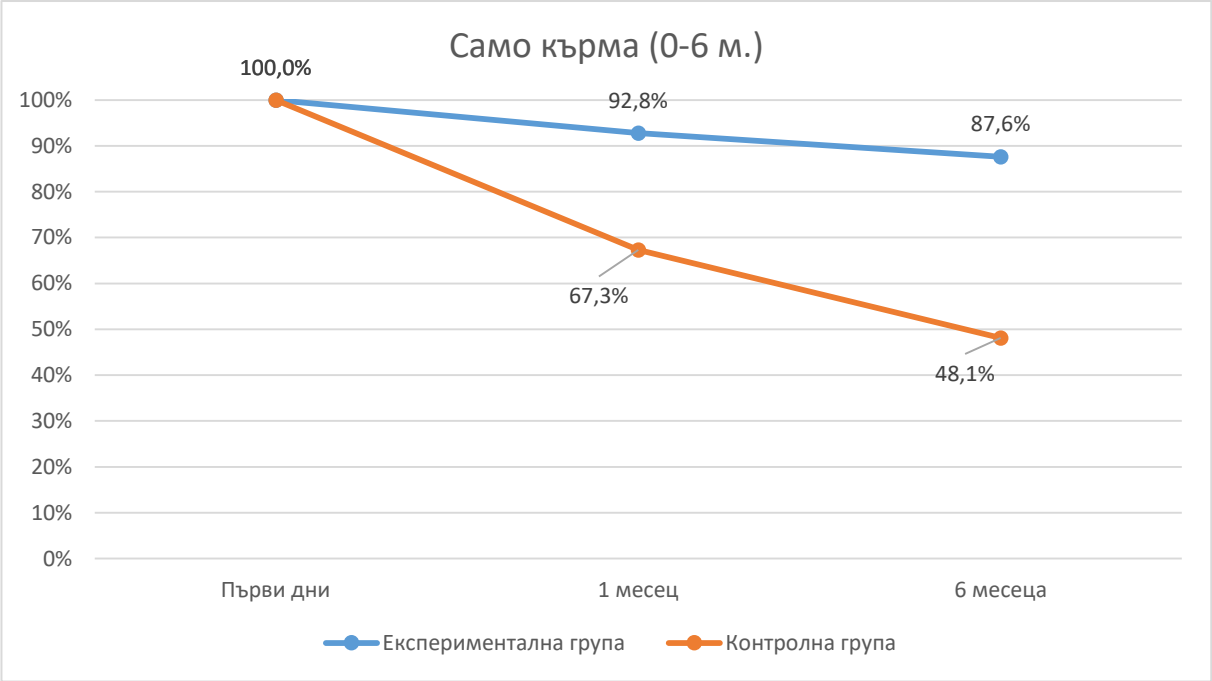

| | |
|---|---|
| Total N | 232 |
| Mann-Whitney U | 10 478,000 |
| Wilcoxon W | 17 499,000 |
| Test Statistic | 10 478,000 |
| Standard Error | 473,941 |
| Standardized Test Statistic | 7,917 |
| Asymptotic Sig. (2-sided test) | ,000 |

*Фигура 38. Разпределение в двете групи според вида млечно хранене на кърмачетата в края на шестия месец (тест на Mann-Whitney)*

И в този период се запазват положителната тенденция по отношение на кърменето в ЕГ в сравнение с КГ (U = 10478, p<0,001) и по-значителния ефект (d=0,520). (Фиг. 38)

### 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. 39)




*Фигура 39. Тенденция в двете групи за запазване на храненето само с кърма от първите дни до 6-и месец, лонгитудинално*

При лонгитудиналния анализ, позитивна тенденция се наблюдава при част от смесено хранещите майки ($n_{ЕГ}$=21, $n_{КГ}$=52) – към кърмене преминават 28,6% от ЕГ и само 9,6% от КГ. Във фиг. 40а и 40б се илюстрират дяловете на преминалите от смесено към друго хранене в двете групи в края на първия месец.







*Фигура 40а. Преминаване от смесено към друго хранене в края на първи месец, експериментална група, лонгитудинално*

*Фигура 40б. Преминаване от смесено към друго хранене в края на първи месец, контролна група, лонгитудинално*

Негативна тенденция (от кърмене към смесено хранене или от кърмене/смесено хранене към заместващо хранене) има в 7,6% от ЕГ и в 36,5% от КГ.

### Обобщение на тенденциите

По отношение на тенденциите от първите дни до края на първия месец се наблюдават следните закономерности:

- Анализът на болничните практики разкрива значими взаимовръзки между редица фактори и начина на хранене на бебето в първия месец след раждането. Един от най-ключовите фактори се оказва предлагането на мляко за кърмачета на майките по време на престоя им в болницата. При активно предлагане се наблюдава значително по-ниска честота на изключително кърмене и по-висока на хранене с мляко за кърмачета в първия месец ($\chi^2 = 64,510$; $p < 0,001$).
- Съществена роля играе и съвместното настаняване на майката и бебето. Данните сочат, че когато те са заедно денонощно, делът на изключително кърмените в края на първия месец е значително по-висок в сравнение с другите форми на настаняване ($\chi^2 = 49,993$; $p < 0,001$).
- Майките, получили целия набор мерки за подкрепа, като цяло в значително по-висока степен запазват изключителното или преобладаващото кърмене до края на първия месец; наблюдава се прогрес при немалка част от майките на смесено хранене; неголям брой майки преминават от кърмене или смесено хранене изцяло към хранене с мляко за кърмачета.
- Майките без специфична подкрепа по-трудно запазват кърменето, в значително по-малка степен успяват да преминат от смесено хранене към кърмене и при голяма част от тях кърменето се компрометира и се преминава към хранене с мляко за кърмачета.

По отношение на тенденциите от края на първия до края на шестия месец се наблюдават следните явления:

- Запазва се негативния ефект на болничното предлагане на мляко за кърмачета и на шестия месец продължава да се наблюдава по-ниска честота на изключително кърмене и по-висока на хранене с мляко за кърмачета ($\chi^2 = 46,035$; $p < 0,001$).

- Съвместното настаняване на майката и бебето също продължава да играе роля и в по-дългосрочен план и данните сочат, че делът на изключително кърмените е значително по-висок в сравнение с другите форми на настаняване и на шестия месец ($\chi^2 = 41,286$; $p < 0,001$).
- 72% от майките в ЕГ (n=85) съхраняват млечно хранене изцяло на кърма; в КГ този дял е 25,4% (n=29).
- Позитивна тенденция от смесено или заместващо хранене към кърмене има в почти еднаква степен и в двете групи (5,1%, nЕГ=6 и 4,4%, nКГ=5).
- Запазването на смесеното хранене също е изравнено в двете групи (5,1%, nЕГ =6 и 6,1%, nКГ =7).
- Негативните тенденции (преминаване от кърмене към смесено или заместващо хранене; от смесено хранене към заместващо хранене) са два пъти по-силно изразени в КГ (33,3% срещу 15,3% в ЕГ).

Като цяло, и в периода между първия и шестия месец се наблюдава повече стабилност по отношение на кърменето в групата на получилите подкрепа майки – значително по-висок относителен дял все още кърмят и значително по-малък дял са на хранене с мляко за кърмачета. Наблюдава се и относително запазването на честотата на кърмене в КГ в сравнение с края на първи месец. Това вероятно се дължи на факта, че лактацията вече е установена в сензитивния период на първия месец и по-късните проблеми по-малко са в състояние да компрометират хода на кърменето. В ситуацията на смесено хранене, която е нестабилна ситуация с вероятни проблеми в кърменето, преминалите към заместващо млечно хранене майки в КГ са почти 4 пъти повече. Това може да се дължи на факта, че разполагат с по-малко знания и умения за справяне и информация къде да потърсят ефективна помощ; само 31,6% запазват или подобряват ситуацията си срещу 63,2% от получилите първоначална подкрепа майки.

### Анализ на влиянието на комплекс от клинични фактори върху успеха на кърменето

За проверка на влиянието на подкрепящи клинични практики са направени бинарни логистични регресионни анализи на трите контролни етапа (в първите дни след изписването, в края на първия и в края на шестия месец). Зависимата променлива е адаптирана спрямо периода на измерване, а независимите променливи са подбрани на база на тяхната теоретична значимост, свързана с Десетте стъпки за успешно кърмене

(СЗО/УНИЦЕФ), както и на предварителния им статистически потенциал, установен чрез кръстосани таблици.

В първия анализ зависимата променлива е „Изключително кърмене в първите дни след изписването“. Като независими променливи са включени:

- цялостен модел на подкрепа (принадлежност към контролната или интервенционната група);
- време до първи контакт между майката и новороденото (Стъпка 4);
- помощ от персонала при първото кърмене (Стъпка 5);
- предлагане или непредлагане на мляко за кърмачета в болничния период (Стъпка 6);
- съвместно настаняване на майката и бебето (Стъпка 7).

Във втория анализ зависимата променлива е „Изключително кърмене в края на първия месец“. Независимите променливи от първия модел са запазени и е добавена нова – „получаване на консултация за кърмене през първия месец“ (Стъпка 10). С цел повишаване стабилността на модела някои категории на променливите са обединени.

В третия анализ зависимата променлива е „Кърмене на шестия месец“, като е преформулирана в две позиции: (0) некърмене – включва смесено хранене и хранене само с мляко за кърмачета, и (1) кърмене – включва изключително кърмене при незахранените бебета и млечно хранене изцяло с кърма при вече захранените. Включени са същите независими променливи, както във втория анализ, за да се осигури съпоставимост между етапите.

И в трите анализа всички независими променливи са въведени едновременно (метод „Enter“), а статистическата значимост е оценявана при ниво $p<0,05$. Общият брой включени случаи е 229 (98,7% от извадката), като 3 случая (1,3%) са изключени поради предварително декларирания избор на майките да не кърмят.

### Подкрепящи клинични практики върху успеха на кърменето в първите дни

За да се изследва кои болнични практики са свързани с изключителното кърмене (ИК) в първите дни след раждането, е проведен първия логистичен регресионен анализ.

Таблица 7. Резултати от бинарната логистична регресия за факторите, влияещи на изключително кърмене в първите дни след изписването

| Променлива | B | S.E. | Wald | p-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 | | |

Логистичният регресионен модел е статистически значим ($\chi^2(9) = 98,50$, $p < 0,001$) и обяснява до 47% от дисперсията при изключителното кърмене през първите дни

(Nagelkerke $R^2$ = 0,467), което е достатъчно добър коефициент при социално-здравни проучвания. Тестът на Hosmer & Lemeshow показва много добро съответствие (p = 0,441). Моделът класифицира правилно и балансирано по отношение на чувствителност/специфичност 75,5% от всички случаи, което е добър резултат за такъв тип данни.

Резултатите показват, че участието в ЕГ увеличава вероятността за изключително кърмене около трикратно (Exp(B) = 2,927; 95% CI: 1,390–7,537; p = 0,006).

Участието в *ЕГ* е със статистическа значимост (p = 0,006) и увеличава вероятността за изключително кърмене след изписването с 3,24 пъти спрямо КГ, което потвърждава важността на структурираната подкрепа.

Ранното *начало на кърменето* също е фактор със статистическа значимост (p = 0,03), който повишава вероятността за изключително кърмене в първите дни – с 56% на всяка стъпка на подобрение на показателя (до 1 час, между 2 и 6 часа, 7-24 часа, над 24 часа).

Получаването на *помощ при първото кърмене* също показва статистически значимо повишаване на шансовете за изключително кърмене, (обща значимост p = 0,009). Майките с опит, които не са имали необходимост от подкрепа, показват най-значително предимство по отношение на ранния успех в кърменето – 8,08 пъти по-голям шанс да кърмят изключително. Другите две категории (веднага получена помощ за поставяне на гърда и получена по-късно помощ) не показват статистическа значимост. Това може да се дължи на значителния дял майки от КГ, които са декларирали получена помощ – 54,4% (вж. „Фактори, свързани с клиничната подкрепа на кърменето“, „Подкрепа при първото кърмене“), но качеството на предоставената подкрепа от персонал без специално обучение не е същото, поради което в регресионния анализ на цялата извадка ефектът на тази добра практика вероятно се размива.

Относно *предлагането на мляко за кърмачета* анализът показа, че липсата на такова предлагане увеличава вероятността за изключително кърмене значимо – с 4 пъти (OR = 3,92; 95% CI: 1,20–12,85; p = 0,024). Когато мляко за кърмачета е предлагано от персонала, но отказано, вероятността за изключително кърмене е още по-голяма – над 10 пъти (OR = 10,48; 95% CI: 1,91–57,51; p = 0,024), тъй като други фактори (например по-високата мотивация на майката и информираността ѝ за ползите от кърменето пред ранното включване на мляко за кърмачета без необходимост) вероятно засилват ефекта.

Практиката на *съвместно настаняване на майката и бебето* не показва статистически значим ефект (p = 0,811) върху изключителното кърмене в този модел.

Възможно обяснение е взаимодействието с други, по-силни фактори, както и сравнително високият дял на настанени заедно и в КГ, където успехът по отношение на изключителното кърмене е по-нисък.

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 (табл. 7).

### Подкрепящи клинични практики върху успеха на кърменето в края на първия месец

Моделът е статистически значим като цяло ($\chi^2(12)=98,225$, Omnibus test $p < 0,001$), което показва, че избраният набор от предиктори съвкупно допринася значително за обяснение на вариацията в изключителното кърмене на първия месец. Моделът обяснява до 46,6% (Nagelkerke $R^2 = 0,466$) и има добра обяснителна сила. Класификационната точност на модела е 79%. Hosmer-Lemeshow тестът показа добро съответствие на модела с данните ($p = 0,144$). Моделът демонстрира отлична и много балансирана способност за прогнозиране и на двата изхода на зависимата променлива („изключително кърмене в края на първия месец“ 78,7% и „липса на изключително кърмене в края на първия месец“ 79,3%).

В табл. 8 са обобщени резултатите от бинарната логистична регресия на първи месец.

Таблица 8. Резултати от бинарната логистична регресия за факторите, влияещи на изключително кърмене на 1 м.

| **Променливи** | **B** | **S.E.** | **Wald** | **p-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 | 0,276 | 0,727 | 0,145 | *0,704* | 1,318 | 0,317-5,484 | - | Не |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| предоставена подкрепа по-късно) | | | | | | | | |
| 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 |
| 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 | - | - | - |

*Цялостната интервенция* (участие в групата с пълния набор от подкрепящи практики) е най-силният предиктор за изключително кърмене на 1 месец и още по-силен в сравнение с предходния анализ за дните след изписването (OR = 7,442, p < 0,001) – увеличава шансовете за успешно кърмене над 7 пъти. Това потвърждава трайният и нарастващ положителен ефект от по-качествената първоначална подкрепа.

Факторите *ранно начало на кърменето* и *оказване на помощ при първо кърмене в болницата* не оказват статистически значимо влияние по отношение на предвиждане на изключително кърмене на първия месец в този модел на втория етап (p>0,05). Нито една от специфичните категории на получена помощ („нямах нужда/имам опит“, „помогнаха ми по-късно“, "помогнаха ми веднага“) не показва статистически значима разлика в шансовете за изключително кърмене на първия месец в сравнение с референтната

категория „не съм получила помощ“. Ефектът на този тип болнична помощ изглежда по-скоро краткосрочен в модела или се размива поради по-силното влияние на други предиктори.

*Липсата на предлагане на мляко за кърмачета в болницата* продължава да е свързана със значително по-висока вероятност за продължаване на изключителното кърмене до края на първия месец. Променливата остава статистически значима като цяло (p = 0,027). Ефектът от даването на заместител на кърмата при поискване от страна на майката не се различава статистически значимо от рутинното предлагане на мляко от персонала (p = 0,794). Майките, които са отказали мляко след предлагане продължават да имат статистически значимо по-високи шансове за успешно кърмене в края на първия месец – 3,84 пъти по-големи (Exp(B) = 3,835, p = 0,037) в сравнение с тези, на които е предлагано рутинно. В случаите, когато мляко за кърмачета изобщо не е било предлагано от персонала в болницата майките имат 4,61 пъти по-големи шансове (Exp(B)=4,612, p=0,015) за успешно изключително кърмене на първия месец. Болничните политики относно предлагането на мляко за кърмачета продължават да бъдат ключов фактор за поддържане на изключителното кърмене.

Подобен е резултатът и по отношение на практиката на *съвместно настаняване на майката и бебето* в болницата (p = 0,373), който (както и на първия етап) не показва статистически значим ефект върху изключителното кърмене на първия месец. Обяснението вероятно е същото като на предходния етап – относително високото приложение на практиката и в КГ, което обаче не е достатъчно за успех на кърменето, и размиването на ефекта поради наличието на по-силни фактори, припокриващи този фактор.

Новият фактор - провеждане на *консултация/и за кърмене в рамките на първия месец след изписването* – на този етап не достигна независима статистическа значимост както в мултивариантния модел (общ p = 0,469), така и в специфичните категории – („дистанционно консултиране“, „присъствено консултиране“, „консултиране и от двата типа“ при референтна категория „без консултация“). Вероятно ефекта от подкрепата през първия месец започва да има ефект на малко по-късен етап, тъй като третирането на възникналите в този период проблеми (например недостигът на кърма) имат нужда от по-продължителен период на прилагане и проследяване.

Третият логистичен регресионен модел като цяло е статистически значим ($\chi^2(12)$ = 78,419, p < 0,001) и обяснява до 38,8% от вариацията в успеха на кърменето на шестия месец (Nagelkerke $R^2$ = 0,388). Тази обяснителна сила е достатъчна, макар и по-ниска в сравнение с моделите за по-ранните етапи, което е очаквано, тъй като с времето се натрупват повече външни влияния.

Тестът на Hosmer & Lemeshow показва отлично съответствие ($\chi^2(8)$=3,258 със p=0,917). Точността на класификацията е 76% от всички случаи с чувствителност 77,4% (за положителните изходи) и специфичност 74,3% (за отрицателните изходи). Моделът демонстрира добра и балансирана способност за прогнозиране и на двата изхода.

В табл. 9 са обобщени резултатите от бинарната логистична регресия на шести месец.

Таблица 9. Резултати от бинарната логистична регресия за факторите, влияещи на изключително кърмене на 6 м.

| **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.** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 0,434 | 0,538 | *0,420* | 1,543 | 0,537-4,433 | - | Не | **Не** |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| от болничния персонал (при поискване от майката) | | | | | | | | |
| 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** |
| 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 с-ст 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 | - | - | - | - |

Участието в експерименталната група и *получаването на комплексна подкрепа* остава статистически значим предиктор за кърменето като единствен тип млечно хранене на 6 месеца (OR = 3,750; p = 0,005) – увеличава шансовете за успешно кърмене до шестия месец на майките в ЕГ с 3,75 пъти в сравнение с майките в КГ. Макар очаквано да е намалял спрямо първия месец, това все още е значителен ефект и подчертава дългосрочната полза от качествената първоначална подкрепа.

*Времето до първото кърмене* (p=0,603), *помощта при първо кърмене в болницата* (общ тест и тестове по специфичните категории p > 0,05) и *съвместното настаняване* (p = 0,363) не показват статистически значим ефект върху кърменето на шестия месец.

*Предлагането на мляко за кърмачета* от персонала в болницата също не показва статистическа значимост в мултивариантния модел (общ тест: p=0,212). Въпреки това, една от категориите на този предиктор показва значимост: майките, на които в болницата изобщо не е предлагано мляко за кърмачета имат 3,82 пъти по-големи шансове (Exp(B) = 3,821, p = 0,035) да кърмят на шестия месец в сравнение с тези, на които рутинно е предлагано такова мляко. Ефектите на другите категории („при поискване от страна на

майката“ и „предлагано, но отказано от майката“) не са статистически значими на този етап, което може да означава, че само най-рестриктивната политика (пълна липса на предлагане освен в слечаи на медицински показания) има достатъчно силен и траен дългосрочен ефект до шестия месец.

В сравнение с данните от предния етап на измерване на 6 месеца получаването на *консултация за кърмене през първия месец* като цяло е на границата на статистическата значимост (p=0,083), но при разглеждане на отделните категории, присъствената консултация (в дома или при посещение в кабинет) показва статистически значим ефект. Очакването, че подкрепата в седмиците след изписването може да има отложен ефект, се оправдава. Майките, които са имали лична консултация имат 4 пъти по големи шансове да кърмят на шестия месец в сравнение с тези, които не са имали никаква консултация (Exp(B)=4,012,p=0,025). Другите две категории (дистанционна консултация или смесен тип консултация) не показват статистическа значимост. Този резултат е много интересен и важен, тъй като показва, че личната подкрепа след изписването може да има значителен положителен ефект върху продължителността на кърменето до шестия месец.

Таблица 10. 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<br>✓ p < 0,05 (не е предлагано изобщо) | Значим ефект на цялата променлива на първите два етапа. Единствено най-строгата практика за непредлагане запазва дългосрочен ефект. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Консултиране в първия месец | N/A | ✗ p = 0,433 | ✗ p = 0,083<br>✓ p < 0,05 (присъствено 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. |

## 3. Обсъждане на резултатите

Настоящият дисертационен труд има за цел да очертае предизвикателствата и възможностите пред националната здравна политика за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето в България и да анализира влиянието на клинични практики в болничния и постболничния период върху успеха на кърменето като елемент от един ефективен цялостен модел на национална здравна политика. Получените резултати се разглеждат в контекста на наличната научна литература, международните политики и съществуващата ситуация в страната.

### *Международен контекст и добри практики*

Сравнителният анализ между Плана за действие за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето в Европа и националните ни политики за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето очертава значителен дефицит в развитието и прилагането на системни политики и програми в подкрепа на кърменето. Въпреки че отделни дейности се осъществяват в рамките на други секторни програми, липсва интегрирано и устойчиво прилагане на доказано ефективни подходи. [155]

Сравнението с Европейския план за действие за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето показва съществена необходимост на подобрения в българския контекст. При устойчиво прилагане на политики, показателите за кърмене се подобряват значително: [156]

- Прилагането на инициативата БПБ повлиява положително изключителното кърмене. [157] [158]
- Световните примери показват, че здравните специалисти, получили специализирана подготовка, работят по-ефективно и имат по-висока самооценка при предлагането на подкрепа за кърмене в професионалната си практика. [159]
- Примерите за модели на интегрирана грижа с ясни механизми за подкрепа на различните нива от здравната система и кроссекторно сътрудничество имат

доказана ефективност и положителен ефект върху разпространението и продължителността на кърменето. [160]

Това подчертава необходимостта от адаптиране и прилагане на добри международни практики в български условия. Възможност за подобрение има и в една от най-силните национални политики – трудовото законодателство, гарантиращо отпуск за майчинство и почивки за кърмене – чрез въвеждане на условия и нормативни стимули за създаване на кърмачески стаи и други форми на подкрепа на кърмещи жени на работното място. [161]

Ценна е връзката с предлаган вече у нас концептуален модел за национална политика в подкрепа на кърменето, в който са очертани основните сегменти на системата на подкрепа и взамодействията помежду им (вж. фиг. 16 в Глава 6. „Здравна политика за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето в България“ от литературния обзор).[134] Настоящият дисертационен труд предоставя допълнителен документален анализ и емпирични данни, които подкрепят необходимостта от въвеждането на такъв модел и показват ефекта от конкретните практики, които имат доказан ефект.

### *Клинични фактори и тяхното значение за успеха на кърменето*

Резултатите от проучването за ефективността на добри клинични практики в подкрепа на кърменето потвърждават заключенията от международни мета-анализи и систематични прегледи, които подчертават ролята на болничните политики за ранното начало на кърменето, ограничаването на предлагането на мляко за кърмачета без медицински показания и предоставянето на последваща подкрепа.[162] Сходно с наблюденията в настоящото проучване и международни проучвания:

- показват, че контактът кожа до кожа и ранното поставяне на гърда в рамките на първия час увеличават вероятността за успешно изключително кърмене;[163] [164] [165]
- подчертават негативното влияние на мляко за кърмачета в болничния период;[166] [167]
- потвърждават съвместното настаняване като улесняваща кърменето на поискване практика, укрепваща връзката между майка и дете и намаляваща вероятността от предлагане на заместители; [163]
- изтъкват важността на постналталната подкрепа и потвърждават значението ѝ като ключов елемент от модела на продължаваща грижа, [168] препоръчан от

международни организации (напр. препоръките на СЗО за поне 3 специализирани постнатални консултации в първите 6 седмици); [169]

- установяват, че комбинацията от интервенции е най-ефективна. [170] [171]

Данните от проучването се вписват в националната картина на кърменето, но внасят и нови нюанси. Националните изследвания показват стабилно ниски нива на изключително кърмене до шестия месец – под 20%. [53] [55] [172] Мащабното проучване във Варненска област също идентифицира ролята на ранния контакт и избягването на млякото за кърмачета като ключови предиктори, което съвпада с настоящите резултати. [172] Друго национално проучване показва, че стартирането на кърменето през първите 1-2 часа след раждането увеличава шанса за изключително кърмене близо 2 пъти в сравнение с начало на кърменето през първите 24 часа. [173]

Настоящото проучване обаче установява, че не само отделни практики, а кумулативното прилагане на интегриран модел условия има най-силен ефект. Този извод е важен в българския контекст предвид фрагментарността на усилията, често от индивидуален характер – на отделни специалисти или лечебни заведения.

Сравнителният анализ между Европейския план за действие за защита, насърчаване и подкрепа на кърменето и българската ситуация потвърждава необходимостта от системен подход. В България липсват устойчиви механизми за мониторинг, национална координация и институционално лидерство в тази област, което е отчетено и в международните доклади.

Резултатите от проучването показват, че клиничните практики имат смисъл само ако са част от интегрирана рамка – от антенатално обучение, през болничния престой, до продължаваща подкрепа в извънболничната помощ. Това съответства на международните препоръки и аргументира нуждата от реформи в националната здравна политика.

### *Оценка на хипотезите в контекста на резултатите*

На базата на получените емпирични данни и резултатите от сравнителния анализ могат да бъдат направени обосновани изводи относно валидността на двете изходни хипотези.

Първата хипотеза, свързана с предположението, че националната здравна политика в България покрива в ниска степен международните стандарти за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето, се потвърждава. Сравнителният анализ между съществуващата политическа рамка и Европейския план за действие показва съществени несъответствия в областите стратегическо управление, институционални и координационни механизми, механизми за мониторинг, регулации в подкрепа на добрите болнични практики и устойчивост на финансирането. Установява се липса на национална координация, силно ограничено интегриране на доказано ефективни политики като Инициативата БПБ и недостатъчно развитие на системи за мониторинг. Това потвърждава предпоставката за непълно съответствие между международните изисквания и реалната политика в страната.

Втората хипотеза, че прилагането на съвкупност от клинични практики, близки до Десетте стъпки на БПБ, води до по-добри показатели за кърмене, също намира потвърждение. Резултатите от първичния статистически анализ и трите логистични модела показват статистически значимо влияние на интервенционната програма, ранния контакт, подпомагането на първото кърмене, липсата на предлагане на мляко за кърмачета без медицински показания и консултирането в първите дни и седмици след изписването върху изключителното и продължаващото кърмене през целия шестмесечен период. Наблюдава се последователна тенденция: колкото повече елементи от модела за болнична и следболнична подкрепа са приложени, толкова по-висока е вероятността за установяване и поддържане на кърмене.

Следователно и двете хипотези се потвърждават въз основа на извършените анализи.

### *Силни страни и ограничения*

Като всяко изследване, и настоящото има своите силни страни и ограничения.

Силните страни включват:

- системния подход при документалния анализ на предизвикателствата и силните страни на национално ниво по отношение на политиките и практиките за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето;
- интегрирането на клинични и политически аспекти;
- лонгитудиналния дизайн на проучването за ефекта на добрите клинични практики с проследяване на три етапа,

- включването на широк спектър от болнични практики и фактори за постнатална подкрепа
- използването на подходящи статистически методи. Логистично-регресионните модели демонстрират добра обяснителна сила и качество на съответствие.

Ограниченията на настоящата научна разработка включват:

- достъпът до данни и информация при документалния сравнителен анализ;
- размерът на извадката, макар и достатъчен за повечето анализи, може да е довел до по-широки доверителни интервали за някои специфични категории с по-малък брой участнички;
- географското й разпределение;
- потенциално влияние на още фактори, които са засегнати в дескриптивния анализ, но изискват по-задълбочено проучване (напр. социално-икономически характеристики, нагласи на майката, подкрепа от партньора);
- неравномерното разпределение по някои показатели в двете групи (образование, тип болница, начин на родоразрешение). Въпреки установените разлики в разпределението по образователно ниво, по начин на родоразрешение и по вида болница, допълнителните анализи показаха, че интервенцията запазва значимия си ефект върху успеха на кърменето, което потвърждава устойчивостта на резултатите.
- зависимостта от самоотчета на майките.

Бъдещи проучвания могат да се насочат към оценка на мащабни интервенции в реални условия, включително национални програми за прилагане на БПБ, както и анализ на икономическата ефективност от инвестициите в подкрепа на кърменето.

# Заключение

Настоящата научна разработка разглежда кърменето във фокуса на здравните политики и системи за подкрепа като основополагащ фактор за устойчиви положителни резултати за неговата честота и продължителност. Проучването демонстрира, че заложените в международните препоръки (Десетте стъпки за успешно кърмене на СЗО/УНИЦЕФ) клинични практики могат да имат реално и измеримо отражение върху честотата и продължителността на кърменето в България. Съпоставянето с Европейския план за действие разкрива, че българската политика в тази област е фрагментирана: налични са отделни добри практики, но липсва институционален механизъм, който да гарантира устойчиво прилагане, мониторинг и финансиране. Това води до неравен достъп и ограничена ефективност на подкрепата за кърмене.

Резултатите аргументират необходимостта от нова интегрирана здравна политика за кърмене в България, която да включва:

- ясна политическа и институционална ангажираност;
- нормативна рамка, която подкрепя прилагането на добри клинични практики във всички болници с родилни отделения;
- устойчиво финансиране и програми, осигуряващи продължаваща подкрепа в болничната и извънболничната помощ;
- изграждане на международно сравнима система от индикатори и редовен мониторинг на резултатите;
- координация с международните стандарти и регионалните добри практики.

В заключение, успехът на кърменето следва да се разглежда като стратегически приоритет и показател за ефективността на обществено-здравните системи. Инвестицията в политики и практики, които го защитават, подкрепят и насърчават, е едновременно здравна, социална и икономическа инвестиция – с ефект върху намаляването на неравнопоставеността, подобряване на здравните резултати за майките и бебетата и гарантиране правото на всяко дете на най-добър старт в живота.

# IV. 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 заложени 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 заложени дейности в Плановете 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 препятства 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 постналталната 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.

# V. 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 по-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 Министерство на здравеопазването 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 подобрение 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 на Националния комитет по кърмене.

**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 обучения 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 постналния 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.

# VI. Приноси

## 1. Научни приноси

1) **Направен е сравнителен анализ между здравни политики и практики, заложени 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**.

## 2. 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.

## Приложение 1 - План за действие за защита, насърчаване и подкрепа на кърменето в Европа

*(Protection, Promotion and Support of Breastfeeding in Europe: A Blueprint for Action)*

| **Приоритетни области** | **Подобласти** | **Задачи** | **Отговорни изпълнители** | **Резултати** |
|---|---|---|---|---|
| 1. Политики и планиране | 1.1. Политики | ▪ Разработване на цялостна национална политика, основана на Глобалната стратегия, и интегрирането ѝ в цялостната политическа рамка на здравеопазването; | Съответни министерства, национални комитети по кърмене и/или по хранене на кърмачето и малкото дете | Изготвена и финализирана политика, публикувана и разпространена |
| | | ▪ Интегриране в националната политика на специфични политики за социални групи и деца в неравностойно или силно затруднено положение с цел намаляване на неравенствата; | Съответни министерства, национални комитети по кърмене | Изготвена и финализирана политика, публикувана и разпространена |
| | | ▪ Насърчаване на професионалните асоциации да издават препоръки и практически ръководства въз основа на националните политики и стандартизирани препоръки и да осигурят следването им от страна на своите членове. | Съответни министерства, професионални асоциации | Изготвени и финализирани препоръки, публикувани и разпространени |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1.2. Планиране | ▪ Определяне на приоритети, цели и таргети въз основа на цялостната национална политика; | Съответни министерства, комитети по кърмене | Определени приоритети, цели и таргети |
| | | ▪ Разработване на дългосрочен (5-10 години) стратегически план в рамките на националния здравен план, който да се ревизира след оценка; | Съответни министерства, комитети по кърмене | Разработен стратегически план, съгласуван и публикуван |
| | | ▪ Разработване на краткосрочни (1-2 години) национални/регионални оперативни планове, които да се ревизират въз основа на мониторинга; | Съответни министерства, регионални здравни власти | Разработени оперативни планове, съгласувани и публикувани |
| | | ▪ Координиране на инициативите за кърмене с други планове и активности в областта на общественото здраве и промоцията на здраве; | Съответни министерства, регионални здравни власти | Създадени вътресекторни и междусекторни координационни комитети; други планове и дейности в областта на общественото здраве отразяват политиките за кърмене |
| | | ▪ Създаване на система за мониторинг на честотата за кърмене основана на универсално приети стандартизирани дефиниции и методи | Съответни министерства и власти, национални статистически органи, комитети по кърмене | Други съответни променливи включени в системите за събиране на информация |
| | | ▪ Публикуване и разпространяване на резултатите от мониторинга и използването им за проследяване и информиране по отношение на бъдещо планиране на инициативи за кърменето | Съответни министерства и власти, национални статистически органи, комитети по кърмене | Публикувани и разпространени резултати, използвани за препланиране, включително ангажимент за адресиране на идентифицираните неравенства |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1.3. Управление | ▪ Определяне на подходящо квалифициран национален/регионален координатор с ясен мандат по отношение на политиките и плановете;<br><br>▪ Създаване на национален/регионален междусекторен комитет по кърменето, който да съветва/подкрепя националния/регионалния координатор;<br><br>▪ Осигуряване на приемственост на дейността на националния/регионалния координатор и на комитета;<br><br>▪ Редовно проследяване на напредъка и периодично оценяване на резултатите от изпълнението на националния/регионалния план. | Съответни министерства, регионални здравни власти<br><br>Съответни министерства, регионални здравни власти<br><br>Съответни министерства, регионални здравни власти<br><br>Координатори и комитети по кърмене | Определени/назначени национални/регионални координатори<br><br>Създадени национални/регионални комитети<br><br>Координаторите и комитетите по кърмене се ангажират съвместно да изпълняват плана за действие<br><br>Направени редовни доклади за напредъка и периодични доклади за оценка |
| | 1.4. Финансиране | ▪ Отделяне на достатъчно човешки и финансови ресурси за защита, насърчаване и подкрепа на кърменето.<br><br>▪ Гарантиране, че развитието на политики, планирането, изпълнението, мониторинга и оценката на дейностите са независими от финансиране от производителите и дистрибуторите на продукти, попадащи в обхвата на Международния кодекс за разпространение на заместителите на майчина кърма. | Правителство, съответни министерства и власти<br><br>Правителство, съответни министерства и здравни власти, местни доставчици на здравни услуги | Отпуснат реалистичен ежегоден бюджет<br><br>Ясно и прозрачно посочени източници на финансиране |
| 2. Комуникация за поведенческа | 2.1. Информация, образование и комуникации за | ▪ Предоставяне на бременните и младите родители на индивидуални консултации лице в лице от подходящо обучени здравни работници, доброволни консултанти по | Съответни здравни власти, здравни работници, доброволни консултанти, групи за | Проверка на знанията/уменията на родителите по отношение на кърменето и на това как тази информация е предадена |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| и социална промяна | жени и техните семейства | кърмене и групи за подкрепа „Майки подкрепят майки“;<br>▪ Гарантиране, че всички информационно-образователни материали, изготвяни и разпространявани от здравните власти, съдържат ясна, точна и последователна информация, в съответствие са с националните и регионалните политики и препоръки и се използват в подкрепа на взаимодействието лице в лице; | взаимопомощ „Майки подкрепят майки“<br>Съответни здравни власти, координатори и комитети по кърмене, здравни работници, доброволни консултанти, групи за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“ | Наличните материали отговарят на критериите на тази задача; направена проверка на информационно-образователните материали и процедурите за комуникация лице в лице по въпросите на кърменето |
| | | ▪ Да се включат комуникационни модели за защита на кърменето в информационно-образователните материали на относно използването на кърмата като индикатор за замърсяване на околната среда (биомониторинг) | Съответни здравни власти, координатори и комитети по кърмене, здравни работници, доброволни консултанти, групи за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“ | Наличните материали отговарят на критериите на тази задача |
| | | ▪ Идентифициране и активно посрещане на конкретните потребности от информация и умения на родителите с първородни деца, имигранти, подрастващи, самотни майки, жени с по-ниско образование и други членове на обществото, за които понастоящем има по-малка вероятност да кърмят, включително майки с предишен труден и неуспешен опит в кърменето; | Съответни здравни власти, координатори и комитети по кърмене, здравни работници, доброволни консултанти, групи за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“ | Предложените услуги и информационно-образователни материали отговарят на стандарт за високо качество и са чувствителни към специфичните нужди на групите клиенти |
| | | ▪ Идентифициране и посрещане на информационните нужди на други членове на семейството, напр. партньор на | | Налични подкрепа и материали за проверка за тези „значими други“ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | майката/баща на бебето, баби и дядовци на бебето, братя и сестри и др.;<br><br>▪ Гарантиране, че няма реклама или друга форма на популяризиране сред широката общественост на продукти, попадащи в обхвата на Международния кодекс, включително разпространяването на информационни материали, разработени или спонсорирани от тези продуктови компании | Съответни здравни власти, координатори и комитети по кърмене, здравни работници, доброволни консултанти, групи за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“<br>Съответни здравни власти, координатори и комитети по кърмене | Никаква рекламна информация или маркетингови материали, произведени или спонсорирани от компании, произвеждащи или продаващи тези продукти, не се представят в медиите или разпространяват сред широката общественост |
| | 2.2. Информация, образование и комуникации за общности | ▪ Разработване и разпространение на информационно-образователни пакети в съответствие с националните политики и препоръки за използване от здравните и социални заведения, от всички нива на училищното образование, от местата, предоставящи грижи за бебета и деца, от политиците и лицата, отговорни за вземането на решения, от медиите; информацията трябва да бъде безплатна на мястото на предоставяне;<br><br>▪ Представяне на изключителното кърмене до шестмесечна възраст и продължаване на кърменето до две години и по-натам като нормално за храненето и отглеждането на бебета и малки деца във всички писмени и визуални материали;<br><br>▪ Използване на международните, националните и местните седмици за повишаване на осведомеността за | Съответни здравни, социални и образователни власти, координатори и комитети по кърмене, професионални асоциации, НПО, групи за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“<br><br>Всички медийни организации и контролни органи с отговорност за съдържанието на книги, програми и др.<br><br>Координатори и комитети по кърмене, | Разработени и разпространени информационно-образователни пакети; редовна проверка на ефективността на разпространителските системи за информационно-образователни пакети<br><br>Разпространена информация до медийните организации, която очертава техните отговорности; налични мониторингови мерки<br><br>Организирани медийни кампании за отбелязване и публикувани дейности |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | кърменето като възможност за стимулиране на обществения дебат в различни кръгове и медии и разпространяване на важна информация; | всички заинтересовани страни | |
| | | ▪ Проследяване, информиране и използване на всички видове медии за насърчаване и подкрепа на кърменето и гарантиране, че то винаги е представяно като нормално и желателно. | Съответни здравни, социални и образователни власти, координатори и комитети по кърмене | Предоставена информация на медийните организации, насърчаването им да представят кърменето като нормално, естествено и желателно. Осъществяване на проверка за начините на представяне на кърменето и предоставяне на обратна връзка. |
| | | ▪ Наблюдение върху знанията, нагласите и поведенията за кърменето на обществено ниво, така че да се възприеме по-информиран подход за ефективното му насърчаване, подкрепа и защита | Съответни здравни, социални и образователни власти | Направени проучвания, публикувани резултати и предприети действия |
| 3. Обучение | 3.1. Академично обучение | ▪ Разработване или ревизиране (ако има съществуващ) на минимален стандарт (съдържание, методи, времетраене) за до- и следдипломна учебна програма и компетентности относно управлението на кърменето и лактацията за съответните здравни работници, включително фармацевти; | Декани на съответните здравни факултети, органи за професионална компетентност, национални комитети по кърмене | Разработени/актуализирани прилагани учебни програми и стандарти за компетентност |
| | | ▪ Разработване или ревизиране (ако има съществуващи) на учебници и материали за обучение в съответствие с актуализираните | Декани и преподаватели от съответните здравни факултети, | Разработени или актуализирани и пуснати в употреба учебници и учебни материали |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | стандартизирани учебни програми и препоръчителни политики и практики. | професионални асоциации | |
| | 3.2. Продължаващо обучение на работното място | ▪ Предоставяне на продължаващо обучение, основано на ръководството на СЗО/УНИЦЕФ или други основани на доказателства курсове по кърмене и управление на лактацията, като част от въвеждащото и продължаващото обучение на работното място за съответния здравен персонал с особен акцент върху персонала, работещ на първа линия в областта на майчинството и грижите за децата; | Центрове за следдипломно медицинско обучение, институции, предоставящи услуги в сферата на майчинството и детското здраве, здравни училища, координатори за практческо развитие на работното място, професионални асоциации | Практическо обучение на работното място осигурено за всички съответни здравни работници и предлагане на редовно актуализиране на базата на признати насоки и курсове |
| | | ▪ Разработване или ревизиране (ако има съществуващи) на материали за обучение, които да се използват за такова интердисциплинарно продължаващо обучение, като се гарантира, че материалите и курсовете не са повлияни от производителите и дистрибуторите на продукти, попадащи в обхвата на Международния кодекс; | Центрове за следдипломно медицинско обучение, здравни училища, координатори за практическо развитие на работното място, комитети по кърмене, професионални асоциации | Разработени и прегледани материали; въведени протоколи за наблюдение и гарантиране, че не съществуват конфликти на интереси в съдържанието на курсовете и материалите |
| | | ▪ Насърчаване на съответните здравни работници да посещават акредитирани курсове за напреднали по управление на лактацията и за придобиване на сертификат IBCLC или еквивалентен сертификат, за който е доказано, че отговаря на критериите за компетентност на най-добрите практики; | Центрове за следдипломно медицинско обучение, работодателите в сферата на здравните услуги, Международния борд за сертификация на | Нарастване на съотношението между брой на сертифицирани консултанти по лактация и раждания на година |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | консултанти по лактация (IBCLE ), професионални асоциации | |
| | | ▪ Насърчаване на специалистите по кърмене за свързване в мрежи по електронни канали с цел повишаване на знанията и уменията; | Професионални асоциации, неправителствени организации от обществен интерес | Активирани списъци с имейли, уебсайтове и дискусионни групи |
| | | ▪ Мониторинг на покритието и ефективността на продължаващото обучение. | Центрове за следдипломно медицинско обучение, комитети по кърмене, професионални асоциации | Умения, компетентност и обхват на обучение, преминали през оценка |
| 4. Защита, насърчаване и подкрепа | 4.1. Глобална стратегия за хранене на кърмачето и малкото дете | ▪ Прилагане на политики и планове въз основа на Глобалната стратегия и СЗО/ЕС плановете за действие; | Министерство на здравеопазването и други свързани министерства | Разработени и приложени политики и планове |
| | | ▪ Популяризиране на политиките и плановете за кърмене на всички професионални групи в областта на здравеопазването, съответните академични здравни професионални колежи, предлагащи додипломно и следдипломно обучение, НПО и широката общественост; | Доставчици на здравни услуги, министерство на здравеопазването и други свързани министерства | Здравни работници и широката общественост познават политиката за кърмене /плана за действие |
| | | ▪ Редовен мониторинг на прогреса и периодична оценка на резултатите на | Доставчици на здравни услуги, министерство на здравеопазването и | Изготвени редовни доклади за напредъка и периодични доклади за оценка |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | националните/регионалните политики и планове | други свързани министерства | |
| | 4.2. Международния кодекс за разпространение на заместителите на майчина кърма | ▪ Разработване на регулации на ЕС за предлагането на пазара на заместители на майчиното мляко, които да включват всички разпоредби и продукти, попадащи в обхвата на Международния кодекс като минимално изискване;<br><br>▪ Гарантиране, че Международният кодекс е отразен в позицията на ЕС по време на срещите на Кодекс Алиментариус; [6]<br><br>▪ Разработване на национално законодателство, основано на Международния кодекс, включително механизми за прилагане и санкциониране на нарушенията, както и система за мониторинг, която е независима от търговски интереси;<br><br>▪ Насърчаване на пълното прилагане на Международния кодекс дори преди нови разпоредби на ЕС да изискват това от държавите-членки; | Европейската комисия, национални правителства<br><br>Европейската комисия, национални правителства, агенциите за хранителна безопасност и хранителни стандарти<br><br>Национални правителства, комитети по кърмене, агенции по стандарт на храните, агенции по стандарт на рекламите, асоциации на потребителите | Разписани регулации и приети от страните-членки<br><br>Докладите на Кодекс Алиментарус отразяват тази позиция<br><br>Актуализиране на националното законодателство, въвеждане на процедури за изпълнение в съответствие с всички разпоредби на Международния кодекс<br><br>Налични национални и местни процедури за изпълнение в |

[6] Кодекс алиментариус е съвкупност от международно признати стандарти за храни и свързани текстове (кодове на добри практики, ръководства и други видове препоръки). Целта на тези стандарти и свързани текстове е защита здравето на потребителите и осигуряване на честни практики при търговията с храни.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ▪ Информиране на здравните специалисти преди и след дипломирането им и доставчиците на здравни услуги, включително фармацевтите, за техните отговорности съгласно Международния кодекс;<br><br>▪ Разработване на етичен кодекс, обхващащ критериите за индивидуално и институционално спонсориране на курсове, образователни материали, изследвания, конференции и други дейности и събития, за да се избегне конфликти на интереси, които биха могли да се отразят неблагоприятно на кърменето;<br><br>▪ Разпространение на информация сред обществеността относно принципите, целите и разпоредбите на Международния кодекс и процедурите за наблюдение на спазването му и санкциониране на нарушенията;<br><br>▪ Постепенно прекратяване на разпространението на безплатни млека за кърмачета на семейства с ниски доходи там, където това все още се прилага, и замяна със стимули и инициативи за насърчаване и подкрепа на кърменето в семействата, живеещи в бедност или маргинализирани по друг начин.<br><br>▪ Създаване на система за мониторинг, независима от търговски интереси, която да | Национални и местни власти, комитети по кърмене, НПО<br><br>Университети с медицински профил и профил „Социални науки“, центрове за следдипломно обучение, съответни здравни власти<br><br>Професионални асоциации, академични институции и доставчици на услуги<br><br>Национални и местни власти, НПО, асоциации на потребителите<br><br>Национални и местни власти, агенции за социално подпомагане | съответствие с всички разпоредби на Международния кодекс<br><br>Осигурена информация<br><br>Разработени, публикувани и прилагани критерии и насоки<br><br>Разпространена информация сред обществеността и до органите, отговарящи за мониторинга<br><br>Преустановяване на предоставянето на безплатно мляко за кърмачета за семейства с ниски доходи и замяна с подкрепящи кърменето стимули и инициативи, имащи за цел повишаване на честотата на кърмене сред тези семейства |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | отговаря за проверката на спазването на Международния кодекс, разследване и при необходимост съдебно преследване на нарушенията, както и изготвяне на информация за широката общественост и съответните власти за всяка за извършените нарушения в областта на съответната юрисдикция; | Съответни министерства и здравни власти, координатори и комитети по кърмене, асоциации на потребителите | Въведени и действащи процедури за мониторинг;<br>редовно публикуване и разпространение на резултатите от настъпили нарушения на Международния кодекс |
| | 4.3. Законодателство за работещите майки | ▪ Разширяване на защитата за майките в националното законодателство, за да са подкрепени да постигнат препоръките за най-добри практики; | Национални и местни власти | Ратифициране на Конвенция 183 на Международната организация по труда, актуализирано законодателство |
| | | ▪ Гарантиране, че е налице достатъчна законодателна подкрепа, за да могат работещите майки да кърмят изключително своите бебета в продължение на шест месеца и да продължат след това съобразно на препоръките за най-добри практики, основани на доказателства; | Национални и местни власти | Приета ефективна законодателна подкрепа, одобрена финансова подкрепа |
| | | ▪ Разширяване на обхвата на разпоредбите за защита на майчинството, така че да обхванат и жени, които понастоящем нямат право на такава: например жени с краткосрочни договори, работещи на временни договори и на непълно работно време, студенти и имигранти; | Национални и местни власти | Разширяване на обхвата на законодателството, равенство за всички работещи майки |
| | | ▪ Гарантиране, че работодателите, здравните работници и обществеността са напълно информирани за законодателството за защита на майчинството и за законодателството за здравословни и | Национални и местни власти, дирекции/отдели по човешки ресурси, агенции за промоция на здраве, организации на | Нарастваща осведоменост за разпоредбите за защита на майчинството |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | безопасни условия на труд, свързано с бременните и кърмещите жени; | работодателите, синдикати | |
| | | ▪ Информиране на работодателите за ползите за тях и техните кърмещи служителки от улесняване на кърменето след завръщане на работното място, както и осигуряване на условията това да е възможно (гъвкаво работно време, почивки и условия за изцеждане и съхранение на кърмата); | Съответни министерства, здравни и социални власти, дирекции/отдели по човешки ресурси, агенции за промоция на здраве, организации на работодателите, синдикати | Работодателите са информирани за ползите и предлагане на подходяща подкрепа на работното място |
| | | ▪ Мониторинг на изпълнението както в публичния, така и в частния сектор, на националните политики и законодателство, включително законите за защита на майчинството, свързани с кърменето. | Национални и местни власти, организации на работодателите, синдикати, неправителствени организации от обществен интерес, професионални асоциации | Извършен мониторинг, редовно публикуване на констатираните резултати |
| | 4.4. Инициатива „Болница – приятел на бебето“ (БПБ) | ▪ Гарантиране, че правителството, здравните власти, професионалните асоциации и съответните неправителствени организации си сътрудничат тясно с УНИЦЕФ и СЗО за утвърждаване на БПБ като стандарт за най-добра практика и че всички доставчици на услуги в областта на майчинството и грижите за деца се стремят към постигане и поддържане на знака "Приятел на бебето", включително съответствие с Международния кодекс; | Национални и регионални правителства, съответните здравни власти, агенции за клинични насоки, комисии в здравеопазването, професионални асоциации, неправителствени организации, комитети | Създадени комитети и определени координатори за БПБ, БПБ е универсално призната като стандарт за най-високо качество в областта на услуги за кърменето |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | по кърмене, доставчици на услуги в областта на майчинството и грижите за децата | |
| | | ▪ Осигуряване на адекватни ресурси (средства, персонал/време) и техническа подкрепа за обучение, промяна на практиките, оценка и следващи оценки на болниците въз основа на спазването на БПБ; | Национални и регионални правителства, съответните здравни власти, комитети за осигуряване на качеството | Адекватен бюджет и разпределение на персонала за постигане на стандарта на грижи, основани на БПБ, за всички бъдещи родители и кърмещите майки |
| | | ▪ Гарантиране, че АГ болниците, които в момента не са с акредитация като БПБ, прилагат практиките, описани в 10-те стъпки, тъй като те представляват най-добри практики, основани на доказателства; | Съответни здравни власти, комитети за осигуряване на качеството, комитети БПБ | Всички болници/отделения използват стандарти за най-добри практики |
| | | ▪ Включване постигането на всички критерии на БПБ в стандартите за акредитация за качество на доставчиците на услуги, свързани с майчина и педиатрична грижа; | Съответни здравни власти, комитети за осигуряване на качеството, комитети БПБ | Стандартите за акредитация за качество на доставчиците на услуги, свързани с майчина и педиатрична грижа, включват всички критерии на БПБ |
| | | ▪ Разработване на систематичен подход към предаване на информация за кърменето по време на антенаталните грижи, съобразен с съответните стъпки на БПБ; | Съответни здравни власти, доставчици на здравни услуги, здравни работници<br><br>Доставчици на здравни услуги, здравни работници | Изготвени насоки за антенатална грижа |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ▪ Включване на бащите и семействата, за да се гарантира подходяща подкрепа за майките при изписване у дома; | Съответни здравни и социални власти, комитети за осигуряване на качеството и комитети БПБ, доброволни консултанти, групи за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“, организации за подкрепа на кърменето, НПО | Въвлечени бащи и семейства |
| | | ▪ Гарантиране на изпълнението на стъпка 10 от БПБ чрез подобряване на сътрудничеството между болниците и други заведения за здравни и социални грижи и групите за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“, така че да се осигури оптимална подкрепа за кърмене и консултиране, особено през критичните седмици след раждането; | Съответни здравни и социални власти, професионални асоциации, образователни институции | Широко прилагане на 10-та стъпка от БПБ |
| | | ▪ Гарантиране на осигуряването на адекватни ресурси и техническа подкрепа за обучение и необходими промени в практиките, така че здравните и социални услуги в общността, насочени към жените, бебетата и децата, ефективно да насърчават и подкрепят кърменето; | Съответни здравни и социални власти, комитети за осигуряване на качеството и комитети БПБ, НПО | Публичните и частните доставчици на здравни услуги промотират и подкрепят кърменето в съответствие с политиките за кърмене |
| | | ▪ Разработване и прилагане на инициативата „Приятел на бебето“ извън средата на родилните отделения и включване на места за здравни и свързани със здравето социални услуги в общността, педиатрични болници, аптеки и работни места. | Съответни министерства и власти, комитети за осигуряване на качеството и комитети БПБ, НПО | Разработени и прилагани базирани на БПБ модели в други здравни и свързани със здравето сфери на услуги |
| | | ▪ Изготвяне на протоколи и стартиране на процедури за редовна оценка на практиките | | Налични редовни протоколи за оценка и процедури за всички |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | в болниците и първичните здравни грижи, въз основа на стандартни критерии за най-добри практики, разработени за БПБ от СЗО/УНИЦЕФ и от национални/регионални комитети | | заведения, предлагащи грижи за майчино и детско здраве и първични здравни грижи |
| | 4.5. Подкрепа от обучени здравни работници | ▪ Гарантиране, че квалифицираната подкрепа за кърмене, предоставена от здравни и свързани социални работници и работещи по подхода „Майки подкрепят майки“ доброволци, изгражда увереност и овластява майките и техните семейства; | Съответни здравни и социални власти, агенции, доброволчески организации, здравни работници | Проверка на броя на персонала и доброволците, които са компетентни да подкрепят ефективно кърменето и адресиране на идентифицираните дефицити |
| | | ▪ Гарантиране, че майките с особени трудности при кърменето, включително тези с трудности, които хранят бебетата и децата си с мляко за кърмачета, са индивидуално подкрепени от компетентни консултанти; | Съответни здравни власти, доставчици на здравни услуги, здравни работници | Координаторите и специалисттие по кърмене, като напр. IBCLC, са обучени и са наети на работно място да предоставят тези услуги и да обучават останалия персонал в ефективния мениджмънт на проблемите с кърменето |
| | | ▪ Гарантиране, че всички майки имат безплатен достъп до услуги за подкрепа на храненето на кърмачета и малки деца, включително до услугите на специално квалифицирани консултанти по кърмене или друг също толкова компетентен в областта здравен персонал, ако възникнат проблеми; | Съответни здравни и социални власти, агенции и организации, доставчици на здравно осигуряване | Националните здравни системи и/или компаниите за доброволно здравно осигуряване покриват разходите за квалифицирана подкрепа за кърмене и услугите на консултант по лактация |
| | | ▪ Осигуряване на необходимата подкрепа на майките на болни или недоносени бебета, за да се гарантира, че те могат да поддържат лактацията си и да изцеждат достатъчно кърма за нуждите на бебетата си (тази | Съответни здравни и социални власти, агенции и организации | Осигурени помощ и подкрепа без допълнителни плащания за майката |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | подкрепа трябва да включва безплатно пътуване и настаняване, така че те да могат да бъдат със или близо до своите бебета, доколкото е възможно) или да им се предостави безплатна донорска кърма; | | |
| | | ▪ Създаване на национални и регионални центрове за високи постижения в областта на кърменето, които да се използват като ресурсни центрове за здравните работници и майките; това включва достъп до съответни списания, учебници и материали, както и безплатен достъп до уеб-базирана рецензирана експертна информация; | Национални и местни здравни власти, комитети по кърмене | Създадени центрове, разпространена информация за достъп до всички съответни групи |
| | | ▪ Гарантиране, че жените, които спират да кърмят, преди да са планирали, са подпомогнати да анализират защо това се е случило, за да се намали чувството на загуба или провал, което може да изпитват, и да им помогне да постигнат по-дълго кърмене при следващо бебе; | Съответни здравни власти, доставчици на здравни услуги, здравни работници | Персоналът и доброволците са наясно и са компетентни да помогнат на майка, която може да се нуждае от анализ на причините след спиране на кърменето по-рано от планираното |
| | | ▪ Въвеждане на рутинна обратна връзка от пациентите/клиентите чрез проверка и анкети за удовлетвореност, за да се определи качеството на информацията за кърменето и подкрепата, предоставена от доставчиците на услуги за майчини и педиатрични грижи и практиките за първична здравна помощ | Директори на болници и практики по първична здравна помощ, комитети за осигуряване на качеството, координатори по кърмене и специалисти по лактация | Включени са рутинни процедури за обратна връзка с пациентите и са въведени протоколи за справяне с всички открити неоптимални практики |
| | 4.6. Подкрепа от обучени | ▪ Насърчаване на създаването и увеличаване на обхвата на подкрепата, предоставяна от | Съответни здравни власти, инспектори по | Обучение и създаване на групи от доброволни консултанти и групи за |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | доброволни консултанти и групи за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“ | обучени доброволни консултанти и групи за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“, особено при по-нисък социо-икономически статус и в маргинализирани общности, където жените е по-малко вероятно да кърмят; | обществено здраве и промоция на здраве, доброволни консултанти, групи за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“, доброволчески организации за подкрепа за кърмене | взаимопомощ „Майки подкрепят майки“ в областите, където това е най-необходимо |
| | | ▪ Разработване или преразглеждане/актуализиране на учебни програми (съдържание, методи, материали, време) за обучение на доброволни консултанти и групи за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“. | Доброволни консултанти, групи за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“, доброволчески организации за подкрепа за кърмене | Учебни програми и стандарти за компетентност актуализирани/прегледани или разработени |
| | | ▪ Укрепване на сътрудничеството и комуникацията между здравните работници, базирани в различни здравни заведения, и обучените доброволни консултанти и групи за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“. | Съответни здравни власти, здравни работници, доброволни консултанти, групи за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“, доброволчески организации за подкрепа за кърмене | Въведени процедури за улесняване на ефективното използване на формалния и доброволчески опит и експертност в областта на кърменето |
| | 4.7. Подкрепа в семейството, общността и на работното място | ▪ Предоставяне на подходяща информация и подкрепа на кърмещите майки, техните партньори и семейства, включително даване на контакти на признати мрежи за подкрепа на кърменето, както официални, така и доброволни; | Съответни здравни и социални власти, здравни работници, доброволни консултанти, групи за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“ | Кърмещи майки и техните партньори редовно получават тази информация и подкрепа |
| | | ▪ Насърчаване на семейната подкрепа чрез обществено образование и местни проекти | Съответни здравни и социални власти, здравни | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | и чрез общностни програми, основани на сътрудничество между доброволните и официалните доставчици на услуги в общността; | работници, доброволни консултанти, групи за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“ | Създадени и минали през оценка местни и общностни междусекторни проекти |
| | | ▪ Идентифициране и адресиране на специфичните нужди от подкрепа на майките с първородни деца, имигрантите, подрастващите, самотните майки, жените с по-ниско образование и други членове на обществото, за които понастоящем има по-малка вероятност да кърмят, включително майки с предишен труден и неуспешен опит в кърменето и майки на бебета, хранени с млека за кърмачета и малки деца; | Съответни здравни и социални власти, здравни работници, изследователски институции, доброволни консултанти, групи за взаимопомощ „Майки подкрепят майки“ | Идентифицирани потребности от информация и подкрепа на тези групи и адресирането им по подходящ начин |
| | | ▪ Насърчаване на подкрепящите кърменето политики за работа/работни места и в сферата на обществените услуги /обществените места и защитаване правото на жените да кърмят толкова дълго, колкото искат чрез въвеждане на подходящи политики и законодателство. | Национални и местни власти, съответни здравни и социални власти, дирекции/отдели по човешки ресурси | Широко разпространение на приети и влезли в сила благоприятни за кърменето политики за работа/работни места |
| 5. Изследвания | | ▪ Насърчаване и подкрепа на научните изследвания в областта на кърменето въз основа на договорените приоритети и дневен ред, като се използват съгласувани дефиниции за кърменето и без конкурентни и търговски интереси; | ЕК, правителства, министерства на здравеопазването, изследователски институции, комитети по кърмене | Годишно разпределение на бюджет за научни изследвания за кърменето. Публикувани и разпространени изследователски проекти и поддържана електронна база данни с изследвания относно кърменето. Установени пропуски в научното знание. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ▪ Подкрепа и осигуряване на интензивен обмен на експертен опит в областта на изследванията на кърменето между изследователските институции в държавите-членки. | ЕК, правителства, изследователски институции, комитети по кърмене, професионални асоциации | Нарастване на броя на съвместни проекти и публикации |

## Приложение 2 – Въпросник №1 (3-6 ден след раждането)

*Инструкция:*

Здравейте. Този въпросник е свързан с изследване относно подготовката за раждането и практиките, използвани за храненето на Вашето бебе, както и за първите дни по време на престоя Ви в родилното отделение. Отговорите Ви ще се използват само за целите на изследването и анонимността Ви ще бъде напълно запазена. Данните ще бъдат обобщени и няма да бъде представяна каквато и да информация, която да Ви идентифицира индивидуално.

За резултатите от изследването е важно да отговорите колкото е възможно по-задълбочено и честно. Въпросите нямат верен или грешен отговор.

Участието Ви е напълно доброволно и може да изберете да не участвате. Ако има въпрос, на който предпочитате да не отговаряте, може да го пропуснете. За да се отговори на въпросите, обичайно са необходими между 10 и 15 минути.

Около 30-тия ден след раждането и около 6-тия месец ще Ви зададем още няколко въпроса и Вашето съдействие ще е изключително ценно, за да завършим изследването.

Благодарим предварително за Вашето участие!

| **ИЛ №** | **Инт. №** | **Група** | **Име на майката:** | **Възраст:** | **Телефон:** |
|---|---|---|---|---|---|
| …… | …… | …… | …… | …… | …… |

| **Град на раждане/ град/село по местоживеене:** | **Лечебно заведение:** |
|---|---|
| …… | …… |

| **Рождена дата на бебето:** | **Гестационна седмица:** | **Дата на изписване:** | **Дата на интервюто:** |
|---|---|---|---|
| …… | …… | …… | …… |

| **Рождено тегло:** | **Тегло при изписване:** | **Ръст при раждането:** | **Пол:** |
|---|---|---|---|
| …… | …… | …… | …… |

**Завършено образование:**

☐ По-ниско от начално ☐ Начално ☐ Средно ☐ Висше – бакалавър

☐ Висше – магистър или доктор ☐ Без отговор

**Семейно положение:**

☐ Омъжена ☐ В партньорство ☐ Разведена ☐ Вдовица

☐ Без партньор/разделена ☐ Без отговор

**1.** Кое по ред раждане е това за Вас?

1 ☐ Първо
2 ☐ Второ
3 ☐ Трето

4 ☐ Четвърто и повече
99 ☐ *Без отговор*

**2.** По какъв начин е родено детето, което е родено най-скоро?

1 ☐ естествено/нормално
2 ☐ оперативно (чрез цезарово сечение)
99 ☐ *Без отговор*

**3.** Ако имате предходни раждания, как са били родени тогава децата Ви?

*3.1. Раждане 1:*
1 ☐ естествено/нормално
2 ☐ оперативно (чрез цезарово сечение)
99 ☐ *Без отговор*
999 ☐ *N/A*

*3.2. Раждане 2:*
1 ☐ естествено/нормално
2 ☐ оперативно (чрез цезарово сечение)
99 ☐ *Без отговор*
999 ☐ *N/A*

**4.** Приложена ли беше упойка по време на последното Ви раждане?

1 ☐ Не
2 ☐ Да, епидурална/спинална
3 ☐ Да, обща (ендотрахеална)
4 ☐ Не мога да отговоря/не знам
99 ☐ *Без отговор*
999 ☐ *N/A*

**5.** Приложени ли бяха други медицински интервенции по време на последното Ви раждане?

1 ☐ Не
2 ☐ Да, ускоряване на раждането чрез вливане на окситоцин
3 ☐ Да, вакуум екстрактор/форцепс
4 ☐ Не мога да отговоря/не знам
99 ☐ *Без отговор*
999 ☐ *N/A*

**6.** Имала ли сте някой/и от следните проблеми преди или по време на бременността – проблеми при забременяването (ин витро), поликистозни яйчници, инсулинова резистентност, диабет, проблеми със щитовидната жлеза, операции на гърдите)?

1 ☐ Да ⟶ **6а** Какъв, моля посочете……
2 ☐ Не
3 ☐ Не знам
99 ☐ *Без отговор*

**7.** *(задава се само на майки с поредно раждане, майки с първо дете преминават към въпрос 9)*

Имате ли опит с кърменето при предишното си дете/предишните си деца?

1 ☐ Не ⟶ *Преминете към въпрос 9*

2 ☐ Да

99 ☐ *Без отговор*

999 ☐ *N/A*

**8.** *(задава се само на майки с поредно раждане и положителен отговор на въпрос 7)*

Колко месеца кърмихте предишното/последното си дете?

1 ☐ 1 месец

2 ☐ 2 месеца

3 ☐ 3 месеца

4 ☐ 4 месеца

5 ☐ 5 месеца

6 ☐ 6 месеца

7 ☐ 7-9 месеца

8 ☐ 10-12 месеца

9 ☐ 13-18 месеца

10 ☐ 19-24 месеца

11 ☐ 25-30 месеца

12 ☐ 31-36 месеца

13 ☐ Повече от 36 месеца (моля, уточнете…….)

14 ☐ Не знам/не помня

99 ☐ *Без отговор*

999☐ *N/A*

**9.** Посещавали ли сте преди настоящото раждане някакви консултации по кърмене или курсове/училища за бременни, в които кърменето е било включено като тема? (*отбележете всичко, което се отнася до Вас*)

**9.1** 1 ☐ Да, специализиран курс за кърмене

**9.2** 1 ☐ Да, училище за родители/общ курс за раждане и грижи за бебето, който включваше темата кърмене **9.2a** (моля, уточнете къде и какъв……..)

**9.3** 1 ☐ Да, имала съм индивидуална пренатална консултация с IBCLC консултант по кърмене (*консултант с международна сертификация)

**9.4** 1 ☐ Да, имала съм индивидуална пренатална консултация с доброволен консултант по кърмене/Ла Лече Лига лидер

**9.5** 1 ☐ Да, имала съм индивидуална пренатална консултация с акушер-гинеколога ми/ акушерката ми

**9.6** 1 ☐ Друго **9.6a** (моля, уточнете……..)

**9.7** 1 ☐ Посещавала съм преди предишно раждане/имам опит с кърменето и нямах нужда ⟶ *Преминете към въпрос 12*

**9.8** 1 ☐ Не ⟶ *Преминете към въпрос 12*

**9.9** 1 ☐ Не помня/не знам ⟶ *Преминете към въпрос 12*
99 ☐ *Без отговор*

**10.** Приблизително с каква продължителност беше застъпена темата кърмене (ако срещите са били повече – общата продължителност)?

1 ☐ до 30 мин.
2 ☐ 31 – 60 мин.
3 ☐ 61 – 90 мин.
4 ☐ 91 – 120 мин.
5 ☐ над 120 мин.
6 ☐ друго **10a** (*моля, уточнете*…….)
7 ☐ Не мога да преценя/не помня/не знам
99 ☐ *Без отговор*
999 ☐ *N/A*

**11.** На тези курсове или срещи предлагани ли са Ви някакви материали – брошури, мостри на продукти, свързани с храненето на бебето и др.?

1 ☐ Да ⟶ **11a** Какви? (моля, уточнете) ……..
2 ☐ Не
3 ☐ Не помня/не знам
99 ☐ *Без отговор*
999 ☐ *N/A*

**12.** Запознавали ли сте се самостоятелно с информация по темата кърмене преди раждането?

1 ☐ Да
2 ☐ Имам опит с кърменето и нямах нужда ⟶ *Преминете към въпрос 14*
3 ☐ Не ⟶ *Преминете към въпрос 14*
4 ☐ Не помня/не знам ⟶ *Преминете към въпрос 14*
99 ☐ *Без отговор*

**13.** От какви източници за информация? (*отбележете всичко, което се отнася до Вас*)

**13.1** 1 ☐ Книга/и за кърменето **13.1a** (*моля, посочете кои*…….)
**13.2** 1 ☐ Брошури
**13.3** 1 ☐ Статии в интернет от български източници
**13.3a** (*моля, посочете кои* ……..)
**13.4** 1 ☐ Статии в интернет от чуждестранни източници
**13.5** 1 ☐ Видеоуроци и други видеоматериали от български източници
**13.6a** (*моля, посочете кои* ……..)
**13.6** 1 ☐ Видеоуроци и други видеоматериали от чуждестранни източници
**13.7** 1 ☐ Не си спомням
99 ☐ *Без отговор*

999 ☐ *N/A*

**14.** В дадения от болницата списък за подготовка за раждане бяха ли са включени: помпи, шишета, биберони, кутии мляко за кърмачета?

1 ☐ Не са ми давали списък за подготовка
2 ☐ Да **14a** (*моля, посочете какви*…….)
3 ☐ Не
4 ☐ Не помня/не знам
99 ☐ *Без отговор*

**15.** В болницата по време на престоя Ви имало ли е: *(възможно е да има повече от един отговор)*

1 ☐ Рекламни материали на млека за кърмачета (листовки, плакати и др.)
1 ☐ Изложени кутии с млека за кърмачета
1 ☐ Предлагане на мостри на млека за кърмачета/включване в програма за предоставяне на млека за кърмачета
1 ☐ Не е имало нищо от гореспоменатите
1 ☐ Друго **15a** (моля, уточнете): ……
99 ☐ *Без отговор*

**16.** Какви са плановете Ви за хранене на бебето?

1 ☐ Да храня с мляко за кърмачета ⟶ *Преминете към въпрос 17*
2 ☐ Да кърмя ⟶ *Преминете към въпрос 18*
3 ☐ Не съм решила ⟶ *Преминете към въпрос 19*
99 ☐ *Без отговор*

**17.** *(задава се само при отрицателен отговор на въпрос 16, че майката не желае да кърми)* Какво повлия на решението Ви да **не** кърмите? *(отбележете всичко, което се отнася до Вас)*:

**17.1** 1 ☐ Майка ми не е могла да ме кърми, аз също няма да мога.
**17.2** 1 ☐ Имам здравословни проблеми, които изискват несъвместимо с кърменето лечение
**17.3** 1 ☐ Искам да запазя формата на гърдите си
**17.4** 1 ☐ Имам силиконови импланти и не искам да ги повредя
**17.5** 1 ☐ Приятелките ми ми казаха, че е болезнено и трудно и не виждам защо да си го причинявам – сигурна съм, че няма да ми хареса
**17.6** 1 ☐ Не понасям да докосват гърдите ми
**17.7** 1 ☐ Кърменето е отживелица
**17.8** 1 ☐ Кърменето е нехигиенично и не е ясно какво предавам чрез кърмата, храненето с мляко за кърмачета е много по-чисто и контролирано
**17.9** 1 ☐ Кърменето ми изглежда животинско
**17.10** 1 ☐ Друго **17.10a** (моля, уточнете……..)
99 ☐ *Без отговор*
999 ☐ *N/A*

***За майките, които са решили да НЕ кърмят, въпросникът приключва тук.***

**18.** *(задава само при положителен отговор на въпрос 16)*

Колко време бихте кърмила бебето си, ако зависи от Вас и ако всичко с кърменето върви добре?

1 ☐ 1 месец
2 ☐ 2-3 месеца
3 ☐ 4-5 месеца
4 ☐ 6 месеца
5 ☐ 7-8 месеца
6 ☐ 9-10 месеца
7 ☐ 11-12 месеца
8 ☐ 13-18 месеца
9 ☐ 24 месеца
10 ☐ Повече от 24 месеца
11 ☐ Не съм решила
99 ☐ *Без отговор*
999 ☐ *N/A*

**19.** Имате ли притеснения относно успеха на кърменето?

1 ☐ Да, имам предходно неуспешно кърмене
2 ☐ Да, в рода ми не са кърмили/кърмили са кратко
3 ☐ Да, не знам дали ще имам достатъчно кърма
4 ☐ Не, имам предишен успешен опит
5 ☐ Не, кърменето е естествен процес
6 ☐ Друго **19а** (моля, уточнете……..)
99 ☐ *Без отговор*
999 ☐ *N/A*

**20.** Дадоха ли Ви бебето веднага след раждането (до 1 ч.), за да закърмите?

1 ☐ Да, сложено кожа до кожа на корема ми → *Преминете към въпрос 22*
2 ☐ Да, повито/облечено → *Преминете към въпрос 22*
3 ☐ Не
99 ☐ *Без отговор*
999 ☐ *N/A*

**21.** *(задава се само при отрицателен отговор на въпрос 20, че бебето не е дадено за кърмене веднага след раждането)*

Кога се случи първото кърмене?

1 ☐ До два часа след раждането
2 ☐ 3 до 6 часа след раждането
3 ☐ 7 до 12 часа след раждането
4 ☐ 13 до 24 часа след раждането
5 ☐ Повече от денонощие след раждането
6 ☐ Повече от две денонощия след раждането

7 ☐ Все още не се е случило
99 ☐ *Без отговор*
999 ☐ *N/A*

**22.** Получихте ли помощ от болничния персонал как да поставите бебето на гърда за първи път?

1 ☐ Да, много ми помогнаха
2 ☐ Да, в известна степен
3 ☐ Не, имам опит с кърменето и нямах нужда
4 ☐ Не, не съм получила помощ
5 ☐ Получих помощ, но на следващо кърмене
6 ☐ Друго **22a** (моля, уточнете……)
99 ☐ *Без отговор*
999 ☐ *N/A*

**23.** Как бяхте настанени след раждането?

1 ☐ Заедно с бебето в една стая, през деня и през нощта → *Преминете към въпрос 25*
2 ☐ Заедно с бебето през деня, разделени през нощта
3 ☐ Бебето беше водено за кърмене/хранене през 3 часа с нощна пауза от 6 ч.
4 ☐ Друго **23a** (моля, уточнете……)
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**24.** Доколкото знаете, бебето хранено ли е с мляко за кърмачета от шише, докато сте били разделени?

1 ☐ Нямам информация
2 ☐ Да
3 ☐ Не
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**25.** Вие самата използвахте ли шише (с изцедена кърма или с дадено от персонала мляко за кърмачета), за да храните или дохранвате бебето си по време на престоя в болницата?

1 ☐ Да, изцяло храних от шише
2 ☐ Да, почти всеки път давах шише
3 ☐ Няколко пъти
4 ☐ Не
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**26.** Получавахте ли от болничния персонал мляко за кърмачета в шише, което да давате на бебето като цяло хранене или като добавка към кърменето?

1 ☐ Не
2 ☐ Да, от първия ден
3 ☐ Да, от втория ден
4 ☐ Друго **26a** (моля, уточнете……..……)
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**27.** Получавахте ли <u>вода или глюкоза</u> в шише, която да давате на бебето?

1 ☐ Не
2 ☐ Да, подсладена вода/глюкоза
3 ☐ Да, неподсладена вода
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**28.** По отношение на храненето на бебето болничният персонал Ви съветваше:

1 ☐ Бебето да бъде изцяло на кърма
2 ☐ Бебето да получава добавка от мляко за кърмачета след кърмене
3 ☐ Бебето да бъде хранено с даденото мляко за кърмачета, без да става дума за кърменето
4 ☐ Никой не ме е подкрепял/съветвал по никакъв начин
5 ☐ Имам опит с кърменето и нямах нужда от съвети, но болничният персонал беше на разположение и като цяло ме подкрепяше да кърмя
6 ☐ Друго **28a** (моля, уточнете……..……)
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**29.** По отношение на организацията на храненето болничният персонал Ви съветваше *(отбележете всичко, което се отнася за Вас)*:

**29.1** 1 ☐ Да кърмя на 3 часа с нощна пауза от 6 часа
**29.2** 1 ☐ Да кърмя на 3 часа без нощна пауза
**29.3** 1 ☐ Да кърмя според желанието на бебето, без да следвам график
**29.4** 1 ☐ Да будя бебето за хранене, ако спи повече от 2-3 часа
**29.5** 1 ☐ На всяко кърмене да давам по една гърда
**29.6** 1 ☐ На всяко кърмене да давам и двете гърди, но не повече от 10-15 минути на гърда
**29.7** 1 ☐ На всяко кърмене да давам и двете гърди, без да следя време
**29.8** 1 ☐ Всеки казваше нещо различно
**29.9** 1 ☐ Имам опит с кърменето и нямах нужда от съвети, но болничният персонал беше на разположение и като цяло ме подкрепяше да кърмя
**29.10** 1 ☐ Друго **29.10a** (моля, уточнете……)
**29.11** 1 ☐ Не съм получавала никакви конкретни съвети
99 ☐ *Без отговор*

999 ☐ *N/A*

**30.** Използвахте ли залъгалка по време на престоя в болницата?

1 ☐ Да, през цялото време
2 ☐ Да, няколко пъти
3 ☐ Не
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**31.** Имахте ли усещане за изпълване на гърдите/слизане на млякото по време на престоя в болницата?

1 ☐ Да
2 ☐ В известна степен
3 ☐ Не
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**32.** Имахте ли болезнено препълване на гърдите по време на престоя в болницата?

1 ☐ Да
2 ☐ В известна степен
3 ☐ Не ⟶ *Преминете към въпрос 34*
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**33.** Давани ли са Ви медикаменти за справяне с болезненото препълване на гърдите?

1 ☐ Да ⟶ **33а** Какви? (моля, уточнете) .....
2 ☐ Не
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**34.** Имахте ли усещане за недостатъчно количество кърма по време на престоя в болницата?

1 ☐ Да
2 ☐ В известна степен
3 ☐ Не
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**35.** Имахте ли проблеми с разранени зърна по време на престоя в болницата?

1 ☐ Да
2 ☐ В известна степен
3 ☐ Не

99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**36.** Имахте ли проблеми със засукването на бебето по време на престоя в болницата?

1 ☐ Да, бебето не искаше да засуче
2 ☐ Да, засукването беше много болезнено
3 ☐ Не
4 ☐ Друго **36a** (моля, уточнете……..……)
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**37.** Получихте ли помощ от болничния персонал да изцедите гърдите си?

1 ☐ Да, ръчно
2 ☐ Да, ръчно, но беше болезнено
3 ☐ Да, показаха ми как да цедя с помпа
4 ☐ Не, не съм имала нужда
5 ☐ Не, макар да имах нужда
6 ☐ Друго **37a** (моля, уточнете……..……)
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**38.** Ползвахте ли болнична помпа за да се изцеждате по време на престоя си в болницата?

1 ☐ Да, ползвах често
2 ☐ Да, ползвах 1-2 пъти
3 ☐ Не съм ползвала - нямаше болнична помпа/не съм получила информация, че има
4 ☐ Не съм ползвала - имаше болнична помпа, но липсваха консумативи
5 ☐ Не, не съм имала нужда
6 ☐ Не, изцеждах се ръчно
7 ☐ Не, изцеждах се със собствена помпа
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**39.** Някой придружаваше ли ви по време на раждането?

1 ☐ Да, бащата на бебето/партньорът ми/друг близък
2 ☐ Да, дула
3 ☐ Да, и бащата на бебето/партньорът ми/друг близък, и дула
4 ☐ Не
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**40.** По отношение на цялостната подкрепа за кърменето от страна на болничния персонал може да кажете *(отбележете всичко, което се отнася до Вас)*:

**40.1** 1 ☐ Помогнаха ми изключително много

**40.2** 1 ☐ Помогнаха ми в известна степен

**40.3** 1 ☐ Имам опит с кърменето и нямах нужда, но болничният персонал беше на разположение и като цяло ме подкрепяше за кърменето

**40.4** 1 ☐ Дадоха ми печатни материали за кърменето

**40.5** 1 ☐ В отделението имаше плакати с информация за кърменето

**40.6** 1 ☐ Не съм получавала подкрепа за кърменето

**40.7** 1 ☐ Чувствах се объркана от разнопосочни съвети

**40.8** 1 ☐ Чувствах се притисната, че трябва да кърмя

**40.9** 1 ☐ Насочиха ме къде да търся подкрепа след изписването **40.8a** (моля, уточнете къде……...)

**40.10** 1 ☐ Не съм получавала насоки за последваща подкрепа

**40.11** 1 ☐ Знам къде да потърся подкрепа от предходното си кърмене

**40.12** 1 ☐ Друго **40.12a** (моля, уточнете……..……)

99 ☐ *Без отговор*

999☐ *N/A*

**41.** От кого получихте специализирана помощ за кърменето по време на болничния престой *(отбележете всичко, което се отнася до Вас)*:

**41.1** 1 ☐ От акушерка/медицинска сестра, работеща в болницата

**41.2** 1 ☐ От лекар, работещ в болницата

**41.3** 1 ☐ От IBCLC консултант по кърмене (*консултант с международна сертификация), който не е част от болничния персонал, по телефон/с видеовръзка/чат през интернет

**41.4** 1 ☐ От доброволен консултант по кърмене/ Ла Лече Лига лидер по телефон/ с видеовръзка/ чат през интернет

**41.5** 1 ☐Друго **41.5a** (моля, уточнете……..……)

99 ☐ *Без отговор*

999☐ *N/A*

## Приложение 3 – Въпросник №2 (след 30-ти ден след раждането)

*Инструкция:*

Здравейте. С този втори въпросник от нашето изследване бихме искали да ни помогнете да съберем информация за практиките, използвани за храненето на Вашето бебе през първия месец. Отговорите Ви отново ще се използват само за целите на изследването и анонимността Ви ще бъде напълно запазена. Няма да бъде представяна каквато и да информация, която да Ви идентифицира индивидуално.

Вашите задълбочени и откровени отговори са важни за резултатите от изследването. Отново няма верен или грешен отговор.

Участието Ви е напълно доброволно и може да изберете да не участвате. Ако има въпрос, на който предпочитате да не отговаряте, отново може да го оставите неотговорен.

Благодарим предварително за Вашето участие!

| **ИЛ №** | **Инт. №** | **Група** | **Име на майката:** | **Възраст:** | **Телефон:** |
|---|---|---|---|---|---|
| …… | …… | …… | …… | …… | …… |

| **Град/село по местоживеене:** | **Дата на интервюто:** |
|---|---|
| …… | …… |

| **Последно измерено тегло:** | **Последно измерен ръст:** | **Дата на измерване:** | **Пол:** |
|---|---|---|---|
| …… | …… | …… | …… |

**1.** С какво се хранеше бебето в първите дни след изписването вкъщи?

1 ☐ Изключително с кърма (без предлагане на добавка мляко за кърмачета, вода, чай и др.)
2 ☐ Кърма с предлагане на вода или чай
3 ☐ Смесено хранене (кърма + мляко за кърмачета)
4 ☐ Изцяло с мляко за кърмачета
99 ☐ *Без отговор*

**2.** С какво се храни бебето през последната седмица?

1 ☐ Изключително с кърма (без предлагане на добавка мляко за кърмачета, вода, чай и др.)
2 ☐ Кърма с предлагане на вода или чай
3 ☐ Смесено хранене (кърма + мляко за кърмачета)
4 ☐ Изцяло с мляко за кърмачета
99 ☐ *Без отговор*

*При отговори „Изцяло с мляко за кърмачета“ и на двата въпроса 1 и 2 да се премине към секцията „Въпроси при 100% хранене с мляко за кърмачета“ (въпрос 28)*

***Следващият въпрос се задава само на майките, преминали от изцяло или частично хранене с кърма към хранене изцяло с мляко за кърмачета в края на първия месец***

**3.** Каква е причината да започнете да храните бебето с мляко за кърмачета през първия месец? (*отбележете всичко, което се отнася до Вас*)

**3.1** 1 ☐ Трудностите в кърменето през първия месец (болки, запушвания, разраняване и др.)

**3.2** 1 ☐ Недостатъчно кърма

**3.3** 1 ☐ Невъзможността да обърна достатъчно внимание на другите членове на семейството си/да върша домашните си задължения

**3.4** 1 ☐ Нямам подкрепа от страна на близките ми

**3.5** 1 ☐ Нямам подкрепа за кърменето от педиатъра/личния ми лекар

**3.6** 1 ☐ Друго **3.6а** (моля, уточнете): ……..

99 ☐ *Без отговор*

999☐ *N/A*

**4.** В рамките на първия месец след изписването имали ли сте посещение/я в дома/Вие посещавали ли сте медицински кабинет, където сте получили консултиране за кърмене (не включвайте посещението от педиатъра на бебето в първите 24 часа)?

1 ☐ Не ⟶ *Преминете към въпрос 7*

2 ☐ Да, веднъж

3 ☐ Да, два пъти

4 ☐ Да, три или повече пъти

5 ☐ Друго **4а** (моля, уточнете……..)

99 ☐ *Без отговор*

999☐ *N/A*

**5.** От кого беше направено това посещение/тези посещения?

1 ☐ Патронажна медицинска сестра/акушерка/лекарски асистент

2 ☐ Педиатъра на бебето

3 ☐ IBCLC консултант по кърмене (*консултант с международна сертификация)

4 ☐ Доброволен консултант по кърмене/Ла Лече Лига лидер

5 ☐ Друго **5а** (моля, уточнете……..)

99 ☐ *Без отговор*

999☐ *N/A*

**6.** Според Вас това посещение/тези посещения допринесоха ли за успеха на Вашето кърмене?

1 ☐ Да, в значителна степен

2 ☐ Да, в известна степен

3 ☐ Не

4 ☐ Друго **6а** (моля, уточнете……..)

5 ☐ *Без отговор*

999☐ *N/A*

**7.** В рамките на първия месец след изписването имали ли сте дистанционно консултиране за кърмене (по телефон, с видеовръзка/чат през интернет)?

1 ☐ Не ⟶ *Преминете към въпрос 9*
2 ☐ Да, веднъж
3 ☐ Да, два пъти
4 ☐ Да, три или повече пъти
5 ☐ Друго **7а** (моля, уточнете……..)
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**8.** От кого беше направено това консултиране за кърмене?

1 ☐ Патронажна медицинска сестра/акушерка/лекарски асистент
2 ☐ Педиатъра на бебето
3 ☐ IBCLC консултант по кърмене (*консултант с международна сертификация)
4 ☐ Доброволен консултант по кърмене/Ла Лече Лига лидер
5 ☐ Друго **8а** (моля, уточнете……..)
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**<u>Въпроси при хранене с кърма (частично или изцяло)</u>**

***Следващите въпроси са свързани с практиките, използвани за храненето на бебето Ви с кърма.***

**9.** Как се хранеше бебето <u>в първите дни</u> след изписването?

1 ☐ Само от гърда
2 ☐ От гърда плюс дохранване с шише с изцедена кърма
3 ☐ От гърда плюс дохранване с шише с мляко за кърмачета
4 ☐ От гърда плюс добавка на кърма/мляко за кърмачета по алтернативен начин (система за дохранване, чашка и т.н.)
5 ☐ Само от шише с кърма
6 ☐ Друго **9а** (моля, опишете……..)
7 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**10.** А как се храни <u>през последната седмица</u>?

1 ☐ Само от гърда
2 ☐ От гърда плюс дохранване с шише с изцедена кърма
3 ☐ От гърда плюс дохранване с шише с мляко за кърмачета
4 ☐ От гърда плюс добавка на кърма/мляко за кърмачета по алтернативен начин (система за дохранване, чашка и т.н.)
5 ☐ Само от шише с кърма
6 ☐ Друго **10а** (моля, опишете……..)

99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**11.** Имахте/те ли някакви проблеми с кърменето през първия месец?

1 ☐ Да, сериозни
2 ☐ Да, в известна степен
3 ☐ Не ⟶ *Преминете към въпрос 25*
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**12.** Как се справихте/яте с тях?

**12.1** 1 ☐ Справих/ям се сама
**12.1** 2 ☐ Не успях да се справя и вече не кърмя
**12.1** 3 ☐ Справих/ям се с допълнителна подкрепа от:
**12.2** 1 ☐ IBCLC консултант по кърмене (*консултант с международна сертификация)
2 ☐ доброволен консултант по кърмене/Ла Лече Лига лидер
3 ☐ педиатъра на бебето
4 ☐ личния лекар
5 ☐ акушер-гинеколога ми
6 ☐ патронажна сестра/акушерка/лекарски асистент
7 ☐ друг **12.2a** (моля, уточнете от кого……..)
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

***Сега нека поговорим за различните видове проблеми, с които е възможно да сте се сблъскала.***

**13.** Имахте ли проблеми с <u>правилното поставяне и засукването</u> на бебето на гърда през първия месец?

1 ☐ Да, сериозни
2 ☐ Да, в известна степен
3 ☐ Не ⟶ *Преминете към въпрос 15*
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**14.** Успяхте ли да ги разрешите?

1 ☐ Да, и продължих да кърмя
2 ☐ Все още има проблеми, но продължавам да кърмя
3 ☐ Не и затова преминах към хранене с изцедена кърма с шише
4 ☐ Не, и затова спрях да кърмя и преминах на хранене с мляко за кърмачета
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**15.** Имахте ли проблеми <u>с разранени зърна</u> през първия месец?

1 ☐ Да, сериозни
2 ☐ Да, в известна степен
3 ☐ Не ⟶ *Преминете към въпрос 17*
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**16.** Успяхте ли да ги разрешите?

1 ☐ Да, и продължих да кърмя
2 ☐ Все още има проблеми, но продължавам да кърмя
3 ☐ Не и затова преминах към хранене с изцедена кърма с шише
4 ☐ Не, и затова спрях да кърмя и преминах на хранене с мляко за кърмачета
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**17.** Имахте ли проблеми с недостиг на кърма през първия месец?

1 ☐ Да, сериозни
2 ☐ Да, в известна степен
3 ☐ Не ⟶ *Преминете към въпрос 19*
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**18.** Успяхте ли да ги разрешите?

1 ☐ Да, и продължих да кърмя
2 ☐ Все още има проблеми, но продължавам да кърмя и да дохранвам с мляко за кърмачета
3 ☐ Не, и затова спрях да кърмя и преминах на хранене с мляко за кърмачета
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**19.** Имахте ли проблеми с прекалено много кърма (хиперлактация) през първия месец?

1 ☐ Да, сериозни
2 ☐ Да, в известна степен
3 ☐ Не ⟶ *Преминете към въпрос 21*
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**20.** Успяхте ли да ги разрешите?

1 ☐ Да, и продължих да кърмя
2 ☐ Все още има проблеми, но продължавам да кърмя
3 ☐ Не, и затова спрях да кърмя и преминах на хранене с мляко за кърмачета
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**21.** Имахте ли проблеми със запушване (застой на мляко) през първия месец?

1 ☐ Да, сериозни
2 ☐ Да, в известна степен
3 ☐ Не ⟶ *Преминете към въпрос 23*
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**22.** Успяхте ли да ги разрешите?

1 ☐ Да, и продължих да кърмя
2 ☐ Все още има проблеми, но продължавам да кърмя
3 ☐ Не, и затова спрях да кърмя и преминах на хранене с мляко за кърмачета
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**23.** Имахте ли проблеми с диагностициран от лекар мастит през първия месец?

1 ☐ Да
2 ☐ Не ⟶ *Преминете към въпрос 25*
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**24.** Успяхте ли да ги разрешите?

1 ☐ Да, и продължих да кърмя ⟶ *Преминете към въпрос 25*
2 ☐ Все още има проблеми, но продължавам да кърмя ⟶ *Преминете към въпрос 25*
3 ☐ Не, и затова спрях да кърмя и преминах на хранене с мляко за кърмачета ⟶ *Въпросникът приключва тук*
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

***Сега ще продължим с още няколко въпроса във връзка с практиките, използвани за храненето на бебето Ви.***

**25.** Предлагате ли изцедена кърма на бебето?

1 ☐ Да, като добавка
2 ☐ Да, бебето е изцяло на изцедена кърма
3 ☐ Не
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**26.** Предлагате ли мляко за кърмачета на бебето като добавка?

1 ☐ Да, често
2 ☐ Да, понякога
3 ☐ Не
99 ☐ *Без отговор*
999☐ *N/A*

**27.** Според Вас, кое в най-голяма степен имаше принос за Вашето кърмене до този момент? (*отбележете всичко, което се отнася до Вас*)

**27.1** 1 ☐ Не съм имала проблеми, нещата се случиха естествено

**27.2** 1 ☐ Опитът от предишно мое кърмене

**27.3** 1 ☐ Помощта на мои близки/приятелки, които са кърмили или кърмят

**27.4** 1 ☐ Първоначалната подкрепа в родилното отделение

**27.5** 1 ☐ Съветите на педиатъра на бебето/личния ми лекар/акушер-гинеколога ми

**27.6** 1 ☐ Консултация/и на патронажна мед. сестра/акушерка/лекарски асистент след прибирането вкъщи

**27.7** 1 ☐ Консултация/и на IBCLC консултант по кърмене (*консултант с международна сертификация) след прибирането вкъщи

**27.8** 1 ☐ Консултация/и на доброволен консултант по кърмене/Ла Лече Лига лидер след прибирането вкъщи

**27.9** 1 ☐ Група за подкрепа с други майки

**27.10** 1 ☐ Група за подкрепа в социалните мрежи **27.10a** (моля, уточнете коя/и…….)

**27.11** 1 ☐ Друго **27.11a** (моля, уточнете): …….

99 ☐ *Без отговор*

999☐ *N/A*

***За майките, които кърмят изцяло или частично, въпросникът приключва тук.***

**<u>Въпроси при 100% хранене с мляко за кърмачета</u>**

***Следващият въпрос е свързан с храненето на Вашето бебе с мляко за кърмачета***

**28.** Каква е причината да храните бебето с мляко за кърмачета? *(възможно е да има повече от един отговор)*

**28.1** 1 ☐ Това е лично мое решение от самото начало

**28.2** 1 ☐ Трудностите в първите дни в болницата (болки, запушване, разраняване и др.)

**28.3** 1 ☐ Трудностите в първия месец (болки, запушване, разраняване и др.)

**28.4** 1 ☐ Нямах достатъчно кърма

**28.5** 1 ☐ Нямам подкрепа за кърменето от страна на близките ми

**28.6** 1 ☐ Не получих помощ за кърменето в родилното отделение

**28.7** 1 ☐ Липсата на подкрепа за кърменето от педиатъра

**28.8** 1 ☐ Друго **28.8a** (моля, уточнете): ……..

99 ☐ *Без отговор*

999☐ *N/A*

## Приложение 4 – Въпросник №3 (след 6-ти месец след раждането)

*Инструкция:*

Здравейте. С този последен въпросник от нашето изследване бихме искали да ни помогнете да съберем информация за практиките, използвани за храненето на Вашето бебе до шестия месец. Отговорите Ви отново ще се използват само за целите на изследването и анонимността Ви ще бъде напълно запазена. Няма да бъде представяна каквато и да информация, която да Ви идентифицира индивидуално.

Вашите задълбочени и откровени отговори са важни за резултатите от изследването. Отново няма верен или грешен отговор.

Участието Ви е напълно доброволно и може да изберете да не участвате. Ако има въпрос, на който предпочитате да не отговаряте, отново може да го оставите без отговор.

Благодарим предварително за Вашето участие!

| **ИЛ №** | **Инт. №** | **Група** | **Име на майката:** | **Възраст:** | **Телефон:** |
|---|---|---|---|---|---|
| …… | …… | …… | …… | …… | …… |
| **Град/село по местоживеене:** …… | | | **Дата на интервюто:** …… | | |
| **Последно измерено тегло:** …… | | **Последно измерен ръст:** …… | **Дата на измерване:** …… | | **Пол:** …… |

1. С какво се хранеше бебето през първия месец?

1 ☐ Изключително с кърма (без предлагане на добавка мляко за кърмачета, вода, чай и др.)
2 ☐ Кърма с предлагане на вода или чай
3 ☐ Смесено млечно хранене (кърма + мляко за кърмачета)
4 ☐ Изцяло с мляко за кърмачета
99 ☐ *Без отговор*

2. С какво млечно хранене се хранеше бебето в периода между 2-ри и 6-ти навършен месец?

| | **a**<br>2-ри месец | **b**<br>3-ти месец | **c**<br>4-ти месец | **d**<br>5-ти месец | **e**<br>6-ти месец |
|---|---|---|---|---|---|
| **2.1.** С кърма (без предлагане на добавка мляко за кърмачета, вода, чай и др.) | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* |
| **2.2.** Кърма с предлагане на вода или чай | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **2.3.** Смесено млечно хранене (кърма + мляко за кърмачета | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* |
| **2.4.** Мляко за кърмачета<br>*При такъв отговор за всички позиции, преминете към въпрос 6* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* |
| **2.5.** Друго (моля, уточнете) | ……<br>☐ *N/A* | ……<br>☐ *N/A* | ……<br>☐ *N/A* | ……<br>☐ *N/A* | ……<br>☐ *N/A* |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

*N/A* 999

99 ☐ *Без отговор*

3. Как предлагахте кърма в периода от втори до шести месец?

| | **a**<br>2-ри месец | **b**<br>3-ти месец | **c**<br>4-ти месец | **d**<br>5-ти месец | **e**<br>6-ти месец |
|---|---|---|---|---|---|
| **3.1.** Изцяло от гърда | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* |
| **3.2.** Съчетано от гърда и добавена изцедена кърма от шише | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* |
| **3.3.** Изцяло от шише с изцедена кърма | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* |
| **3.4.** Друго (моля, уточнете) | ……<br>☐ *N/A* | ……<br>☐ *N/A* | ……<br>☐ *N/A* | ……<br>☐ *N/A* | ……<br>☐ *N/A* |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

*N/A* 999

99 ☐ *Без отговор*

4. Имахте ли някакви проблеми с кърменето в периода от втори до шести месец, например разраняване на зърната, запушване, недостиг на кърма, прекалено много кърма, кърмаческа стачка и др.?

1 ☐ Да, сериозни **4a** (моля, уточнете какви ……)
2 ☐ Да, в известна степен **4b** (моля, уточнете какви ……)
3 ☐ Не ⟶ *Преминете към въпрос 6*
4 ☐ Не мога да преценя/не помня ⟶ *Преминете към въпрос 6*
99 ☐ *Без отговор*
999 ☐ *N/A*

5. Как се справихте/яте с тях?

**5.1** 1 ☐ Справих/ям се сама

**5.1** 2 ☐ Не успях да се справя и вече не кърмя

**5.1** 3 ☐ Справих/ям се с допълнителна подкрепа от:

**5.2** 1 ☐ IBCLC консултант по кърмене (*консултант с международна сертификация)

2 ☐ доброволен консултант по кърмене/Ла Лече Лига лидер

3 ☐ педиатъра на бебето

4 ☐ личния лекар

5 ☐ акушер-гинеколога ми

6 ☐ друг медицински специалист

7 ☐ Група за подкрепа с други майки

8 ☐ Група за подкрепа в социалните мрежи **5.2a** (моля, уточнете коя/и……)

9 ☐ друг **5.2b** (моля, уточнете от кого……..)

99 ☐ *Без отговор*

999☐ *N/A*

6. Предлагали ли сте вече сокове, пюрета или твърди храни? Ако да, кога започнахте предлагането:

| | **a** сокове | **b** пюрета | **c** твърди храни, вкл. „Хранене, водено от бебето“ |
|---|---|---|---|
| **6.1.** Не съм предлагала *При такъв отговор и за трите позиции, преминете към въпрос 8* | ☐ ☐ *N/A* | ☐ ☐ *N/A* | ☐ ☐ *N/A* |
| **6.2.** През третия месец (между 61 и 90 дни) | ☐ ☐ *N/A* | ☐ ☐ *N/A* | ☐ ☐ *N/A* |
| **6.3.** През четвъртия месец (между 91 и 120 дни) | ☐ ☐ *N/A* | ☐ ☐ *N/A* | ☐ ☐ *N/A* |
| **6.4.** През петия месец (между 121 и 150 дни) | ☐ ☐ *N/A* | ☐ ☐ *N/A* | ☐ ☐ *N/A* |
| **6.5.** През шестия месец (между 151 и 180 дни) | …… ☐ *N/A* | …… ☐ *N/A* | …… ☐ *N/A* |
| | 1 | 1 | 1 |

*N/A* 999

99 ☐ *Без отговор*

7. Решението за включването на сок/пюрета/твърди храни на този етап е плод на:

| | **a** сокове | **b** пюрета | **c** твърди храни, вкл. „Хранене, водено от бебето“ |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **7.1.** Консултации с педиатъра на бебето | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* |
| **7.2.** Консултации с личния ми лекар | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* |
| **7.3.** Обсъждане с мои близки (майка, свекърва, сестра, приятелка и др.) | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* |
| **7.4.** Консултации с IBCLC консултант по кърмене (*консултант с международна сертификация) | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* |
| **7.5.** Консултации с доброволен консултант по кърмене/Ла Лече Лига лидер | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* |
| **7.6.** Моя опит от предходно захранване и мое решение | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* |
| **7.7.** Книги, източници в интернет и др. | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* | ☐<br>☐ *N/A* |
| **7.8.** Друг източник (моля, уточнете): | ……<br>☐ *N/A* | ……<br>☐ *N/A* | ……<br>☐ *N/A* |
| | 1<br>999 | 1 | 1 |

*N/A* 999

99 ☐ *Без отговор*

*Преминете към въпрос 9*

8. Подготвяте ли се по отношение на прехода от кърмене/изцяло млечно хранене към захранване и ако да, как? *(възможно е да има повече от един отговор)*

1 ☐ Не

1 ☐ Не се подготвям все още, но планирам да се подготвя

1 ☐ Не се подготвям – имам опит от предходен преход към захранване

1 ☐ Да, подготвям се, въпреки че имам опит от предходен преход към захранване

1 ☐ Да, съветвам се с педиатъра на бебето/личния си лекар

1 ☐ Да, съветвам се с мои близки (майка, свекърва, сестра и др.)

1 ☐ Да, съветвам се с IBCLC консултант по кърмене (*консултант с международна сертификация)

1 ☐ Да, съветвам се с доброволен консултант по кърмене/Ла Лече Лига лидер

1 ☐ Да, подготвям се сама с помощта на книги, източници в интернет и др.

1 ☐ Друго (моля, уточнете): **8а** ……

99 ☐ *Без отговор*

999 ☐ *N/A*

9. При посещенията Ви за детска консултация имало ли е: *(възможно е да има повече от един отговор)*

1 ☐ Рекламни материали на млека за кърмачета (листовки, плакати и др.)

1 ☐ Изложени кутии с млека за кърмачета

1 ☐ Предлагане на мостри на млека за кърмачета

1 ☐ Не е имало нищо от гореспоменатите

1 ☐ Друго (моля, уточнете): **9a** ……

99 ☐ *Без отговор*

999 ☐ *N/A*

***Майките на изцяло хранени с мляко за кърмачета бебета преминават към въпрос 11.***

10. Според Вас, кое в най-голяма степен имаше принос за Вашето кърмене в периода от втория до шестия месец? *(възможно е да има повече от един отговор)*

1 ☐ Не съм имала проблеми, нещата се случиха естествено

1 ☐ Опитът от предишно мое кърмене

1 ☐ Помощта на мои близки/приятелки, които са кърмили или кърмят

1 ☐ Доброто начало заради първоначалната подкрепа в родилното отделение

1 ☐ Съветите на педиатъра на бебето/личния ми лекар/акушер-гинеколога ми/друг медицински специалист

1 ☐ Консултацията/ите на IBCLC консултант по кърмене (*консултант с международна сертификация)

1 ☐ Консултацията/ите на доброволен консултант по кърмене/Ла Лече Лига лидер

1 ☐ Група за подкрепа с други майки

1 ☐ Група за подкрепа в социалните мрежи (моля, уточнете коя/и **10a** ……)

1 ☐ Друго (моля, уточнете): **10b** ……

99 ☐ *Без отговор*

999 ☐ *N/A*

***За майките, при които млечното хранене е изцяло кърма, въпросникът приключва тук.***

11. Каква беше причината да предлагате на бебето с мляко за кърмачета в периода след втория месец? *(възможно е да има повече от един отговор)*

1 ☐ Това е лично мое решение и бебето се храни така от самото начало

1 ☐ Не получих помощ за кърменето в родилното отделение и нещата не започнаха добре

1 ☐ Трудностите в първия месец (болки, разраняване, запушвания и др.)

1 ☐ Трудностите на по-късен етап (2-6 месец) (болки, разраняване, запушвания и др.)

1 ☐ Нямах достатъчно кърма

1 ☐ Не знаех как да се справя с проблемите с кърменето

1 ☐ Нямах подкрепа за кърменето от страна на близките ми

1 ☐ Липсата на подкрепа за кърменето от педиатъра/медицински специалисти

1 ☐ Друго (моля, уточнете): **11a** ……

99 ☐ *Без отговор*

999 ☐ *N/A*

## Публикации и участия по темата на дисертационния труд

### 1) Статии в рецензирани научни списания

1. 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): стр. 68-76. Достъпно на: https://ncpha.government.bg/uploads/pages/3218/4-2023-BG-Journal-PH.pdf
2. 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): стр. 5-18. Достъпно на: https://ncpha.government.bg/uploads/pages/3270/2-2024_BG-Journal-HP_1.pdf

### 2) Доклади и резюмета в сборници от научни конференции

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. Достъпно на: http://press.swu.bg/images/conf/principles_cm.pdf
2. 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. Достъпно на: https://bssph.org/wp-content/uploads/2025/09/СБОРНИК-РЕЗЮМЕТА-Осма-научна-конференция-с-международно-участие-Общественото-здраве-интердисциплинарност-политики-и-качество.pdf *(Пълният сборник предстои да бъде издаден.)*

### 3) Цитиране на публикация по темата на дисертационния труд

1. 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): стр. 5-18.
   Цитирането е индексирано в Google Scholar: https://scholar.google.com/scholar?cites=7897471053355770259&as_sdt=2005&sciodt=0,5&hl=bg

# Библиография


1. [1] Reniers JR, Peeters RF, Meheus AZ. Breastfeeding in the industrialized world: review of the literature. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 1983;31(4):375–407. PMID: 6366940.
2. [2] Stevens EE, Patrick TE, Pickler R. A history of infant feeding. *J Perinat Educ.* 2009;18(2):32–9. doi:10.1624/105812409X426314. PMID: 20190854; PMCID: PMC2684040.
3. [3] Weaver L. Feeding babies in the 21st century: Breast is still best, but for new reasons [Internet]. London: History & Policy; 2009. Available from: https://historyandpolicy.org/policy-papers/papers/feeding-babies-in-the-21st-century-breast-is-still-best-but-for-new-reasons/
4. [4] Weinberg F. Infant feeding through the ages. *Can Fam Physician.* 1993;39:2016–20. PMID: 8219849; PMCID: PMC2379896.
5. [5] Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ.* 2002;324(7342):892–5. doi:10.1136/bmj.324.7342.892. PMID: 11950741; PMCID: PMC1122835.
6. [6] Ушева Н, Керековска А, Докова К, Фесчиева Н. Еволюция на практиките за кърмене на децата през вековете. Асклепий. 2016;1–2:358–64.
7. Lubold AM. Historical-qualitative analysis of breastfeeding trends in three OECD countries. *Int Breastfeed J.* 2019;14:36. doi:10.1186/s13006-019-0230-0.
8. [8] Fomon SJ. Infant feeding in the 20th century: formula and beikost. *J Nutr.* 2001;131(2):409S–20S. doi:10.1093/jn/131.2.409S.
9. [9] Hambraeus L. Proprietary milk versus human breast milk in infant feeding: a critical appraisal from the nutritional point of view. *Pediatr Clin North Am.* 1977;24(1):17–36. doi:10.1016/s0031-3955(16)33384-3. PMID: 322057.
10. [10] Бакалова Л, и сътр. Хранене на кърмачетата и ролята на хранителните фактори в етиологията на хипотрофиите у нас. *Научни трудове на НИИП.* 1958;11:61.
11. [11] Трифонова Л. Хуманизираните млека в кърмаческата възраст. В: *Нови проблеми в педиатрията.* 1970;VII:204.
12. [12] Frank NM, Lynch KF, Uusitalo U, et al. The relationship between breastfeeding and reported respiratory and gastrointestinal infection rates in young children. *BMC Pediatr.* 2019;19:339. doi:10.1186/s12887-019-1693-2.
13. 13 Dawod B, Marshall JS, Azad MB. Breastfeeding and the developmental origins of mucosal immunity: how human milk shapes the innate and adaptive mucosal immune systems. *Curr Opin Gastroenterol.* 2021 Nov 1;37(6):547-556. doi: 10.1097/MOG.0000000000000778. PMID: 34634003; PMCID: PMC11451935.
14. [14] Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Yücesan K, Sauerland C, Mitchell EA; GeSID Study Group. Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics.* 2009;123(3):e406–10. doi:10.1542/peds.2008-2145. PMID: 19254976..

15. [15] Wilson KP, et al. The association between duration of breastfeeding and childhood asthma outcomes. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2022;129(2):205–11. doi:10.1016/j.anai.2022.04.034.
16. [16] Odijk J, van Odijk J, et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966–2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy.* 2003;58(9):833–43.
17. [17] Saarinen UM, Kajosaari M. Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet.* 1995;346:1065–9..
18. [18] Rito AI, Buoncristiano M, Spinelli A, Salanave B, Kunešová M, Hejgaard T, et al. Association between characteristics at birth, breastfeeding and obesity in 22 countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI 2015/2017. *Obes Facts.* 2019;12:226–43. doi:10.1159/000500425.
19. [19] Mamun AA, O'Callaghan MJ, Williams GM, et al. Breastfeeding is protective to diabetes risk in young adults: a longitudinal study. *Acta Diabetol.* 2015;52:837–44. doi:10.1007/s00592-014-0690-z.
20. [20] Amitay EL, Keinan-Boker L. Breastfeeding and childhood leukemia incidence: a meta-analysis and systematic review. *JAMA Pediatr.* 2015;169(6):e151025. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.1025.
21. [21] Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet.* 2002;360(9328):187–95.
22. [22] Sierra-Roca J, Climent J. Long-Term Breastfeeding: Protective Effects Against Triple-Negative Breast Cancer and the Role of the Breast Microbiota. Pathogens. 2025 Sep 18;14(9):946. doi: 10.3390/pathogens14090946. PMID: 41011846; PMCID: PMC12473010.
23. [23] Babic A, Sasamoto N, Rosner BA, et al. Association between breastfeeding and ovarian cancer risk. *JAMA Oncol.* 2020;6(6):e200421. doi:10.1001/jamaoncol.2020.0421.
24. [24] Wiklund PK, Xu L, Wang Q, Mikkola T, Lyytikäinen A, Völgyi E, et al. Lactation is associated with greater maternal bone size and bone strength later in life. *Osteoporos Int.* 2012;23(7):1939–45. doi:10.1007/s00198-011-1790-z. PMID: 21927916.
25. [25] Tschiderer L, Seekircher L, Kunutsor SK, Peters SAE, O'Keeffe LM, Willeit P. Breastfeeding is associated with a reduced maternal cardiovascular risk: systematic review and meta-analysis involving data from 8 studies and 1,192,700 parous women. *J Am Heart Assoc.* 2022;11(2):e022746. doi:10.1161/JAHA.121.022746. PMID: 35014854; PMCID: PMC9238515.
26. [26] Kramer MS, Aboud F, Mironova E, et al. breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(5):578–84. doi:10.1001/archpsyc.65.5.578
27. [27] Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(467):14–9. doi:10.1111/apa.13139. PMID: 26211556.
28. Krol KM, Rajhans P, Missana M, Grossmann T. Duration of exclusive breastfeeding is associated with differences in infants' brain responses to emotional body expressions. *Front Behav Neurosci.* 2015;8:459. doi:10.3389/fnbeh.2014.00459.

29. [29] Tseng PT, Chen YW, Stubbs B, Carvalho AF, Whiteley P, Tang CH, et al. Maternal breastfeeding and autism spectrum disorder in children: a systematic review and meta-analysis. *Nutr Neurosci.* 2019;22(5):354–62. doi:10.1080/1028415X.2017.1388598. PMID: 29046132.

30. [30] Heinrichs M, Neumann I, Ehlert U. Lactation and stress: protective effects of breastfeeding in humans. *Stress.* 2002;5(3):195–203. doi:10.1080/1025389021000010530.

31. [31] Johnson K. Maternal-infant bonding. *Int J Childbirth Educ.* 2013;28(3).

32. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016;387(10017):475–90. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7.

33. [33] Shekar M, Kakietek J, Dayton Eberwein J, Walters D. *An investment framework for nutrition: reaching the global targets for stunting, anemia, breastfeeding, and wasting.* Washington (DC): World Bank; 2017. doi:10.1596/978-1-4648-1010-7.

34. [34] Kitano N, Nomura K, Kido M, Murakami K, Ohkubo T, Ueno M, et al. Combined effects of maternal age and parity on successful initiation of exclusive breastfeeding. *Prev Med Rep.* 2015;3:121–6. doi:10.1016/j.pmedr.2015.12.010. PMID: 26844198; PMCID: PMC4733091.

35. [35] Laksono AD, Wulandari RD, Ibad M, et al. The effects of mother's education on achieving exclusive breastfeeding in Indonesia. *BMC Public Health.* 2021;21:14. doi:10.1186/s12889-020-10018-7.

36. [36] Hackman NM, Schaefer EW, Beiler JS, Rose CM, Paul IM. Breastfeeding outcome comparison by parity. *Breastfeed Med.* 2015;10(3):156–62. doi:10.1089/bfm.2014.0119. PMID: 25549051; PMCID: PMC4378341.

37. [37] Glatstein MM, Garcia-Bournissen F, Giglio N, Finkelstein Y, Koren G. Pharmacologic treatment of hyperthyroidism during lactation. *Can Fam Physician.* 2009;55(8):797–8. PMID: 19675263; PMCID: PMC272609.

38. [38] Ren B, Zhu Y. A new perspective on thyroid hormones: crosstalk with reproductive hormones in females. *Int J Mol Sci.* 2022;23(5):2708. doi:10.3390/ijms23052708.

39. [39] Tenore A, Oberkotter LV, Koldovský O, Parks JS, Vandenberg CM. Thyrotropin in human breast milk. *Horm Res.* 1981;14(4):193–200. doi:10.1159/000179388. PMID: 7308977.

40. [40] Riordan J, Wambach K. *Breastfeeding and human lactation.* Sudbury (MA): Jones & Bartlett; 2010. p. 522–3.

41. [41] Nommsen-Rivers LA. Does insulin explain the relation between maternal obesity and poor lactation outcomes? An overview of the literature. *Adv Nutr.* 2016;7(2):407–14. doi:10.3945/an.115.011007. PMID: 26980825; PMCID: PMC4785481.

42. [42] Saleh M, Zadeh Modarres S, Esmaeili S, Asadi Shahmirzadi S, Panahi M, Mardi P, et al. Effects of assisted reproduction techniques on breastfeeding outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022;35(13):2464–8. doi:10.1080/14767058.2020.1786518. PMID: 32654585.

43. [43] Vanky E, Isaksen H, Moen MH, Carlsen SM. Breastfeeding in polycystic ovary syndrome. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87(5):531–5. doi:10.1080/00016340802007676. PMID: 18446536.

44. [44] Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, et al. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16:90. doi:10.1186/s12884-016-0876-1.

45. [45] World Health Organization (WHO), UNICEF. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods.* Geneva: WHO; 2021. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389

46. [46] World Health Organization. *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: guideline.* Geneva: WHO; 2017.

47. [47] Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health.* 2015;3(4):e199–205. doi:10.1016/S2214-109X(15)70002-1.

48. [48] UNICEF. Too few children benefit from recommended breastfeeding practices. Available from: https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/

49. [49] Vaz JS, Maia MFS, Neves PAR, Santos TM, Vidaletti LP, Victora C. Monitoring breastfeeding indicators in high-income countries: levels, trends and challenges. *Matern Child Nutr.* 2021;17(3):e13137. doi:10.1111/mcn.13137.

50. [50] World Health Organization. *Child and adolescent health in Europe: report on progress to 2021.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Available from: https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058407

51. [51] Theurich MA, Davanzo R, Busck-Rasmussen M, Díaz-Gómez NM, Brennan C, Kylberg E, et al. Breastfeeding rates and programs in Europe: a survey of 11 national breastfeeding committees and representatives. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019;68(3):400–7. doi:10.1097/MPG.0000000000002234

52. [52] Мумджиев Н, и сътр. Някои аспекти на храненето при кърмачетата в Плевенски окръг. *Сборник материали на X научна сесия на Първостепенна окръжна болница.* Ст. Загора; 1981:69.

53. [53] Петрова Ст, Овчарова Д, Рангелова Л, Дулева В, Ангелова К, Калинов Кр, и сътр. Национално проучване на храненето на кърмачета и малки деца до 5-годишна възраст и отглеждането им в семейството. 2009.

54. [54] Рангелова Л, Дулева В, Петрова Ст, Димитров П. Фактори на риска за здравето при децата на 1–6 години. *Българско списание по обществено здраве.* 2016;8(4).

55. Рангелова Л, Дулева В, Чикова-Ишченер Е, Димитров П. Рискови фактори за здравето на децата на 1–6 години. *Българско списание по обществено здраве.* 2022;14(2).

56. [56] Ушева Н, Попова С, Панчева Р, Досич К. Оценка на практики за кърмене и захранване на децата във Варненска област съгласно индикаторите на СЗО. *Практическа педиатрия.* 2013;7:8–10.

57. [57] La Leche League International. About La Leche League history. Available from: https://www.llli.org/about/history/

58. [58] World Alliance for Breastfeeding Action. 10th Step Final Tribute, Chapter 6. Available from: http://waba.org.my/v3/wp-content/uploads/2019/04/10th-Step_Final-tribute.Chapter-6.pdf

59. [59] Australian Breastfeeding Association. Our history. Available from: https://www.breastfeeding.asn.au/our-history

60. [60] Muller M. *The Baby Killer.* London: War on Want publication; 1974.

61. [61] International Board of Lactation Consultant Examiners. History of IBLCE. Available from: https://iblce.org/about-iblce/history/

62. [62] IBCLC Bulgaria. Facebook post. Available from: https://www.facebook.com/IBCLCBulgaria/posts/113865568305165

63. [63] Brady JP. Marketing breast milk substitutes: problems and perils throughout the world. *Arch Dis Child.* 2012;97(6):529–32. doi:10.1136/archdischild-2011-301299. PMID: 22419779; PMCID: PMC3371222.

64. [64] Baer E, Margulies L. Infant and young child feeding: an analysis of the WHO/UNICEF meeting. *Stud Fam Plann.* 1980;11(2):72–5. PMID: 7376238.

65. [65] World Health Organization. *International code of marketing of breast-milk substitutes.* Geneva: WHO; 1981. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/40382

66. [66] World Health Organization, UNICEF. *Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services: a joint WHO/UNICEF statement.* Geneva: WHO; 1989. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf

67. [67] UNICEF Innocenti Research Centre. *Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding: past achievements, present challenges and priority actions for infant and young child feeding.* 2nd ed. Florence: Innocenti Publications; 2007.

68. [68] Конвенция на ООН за правата на детето. Ратифицирана с решение на Великото народно събрание от 11.04.1991 г. Обн. ДВ, бр. 55 от 12.07.1991 г.; в сила за Република България от 3.07.1991 г.

69. [69] World Health Organization. *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care.* Geneva: WHO; 2009. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK153471/

70. [70] Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2016;12(3):402–17. doi:10.1111/mcn.12294. PMID: 26924775; PMCID: PMC6860129.

71. [71] World Health Organization, UNICEF. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding.* Geneva: WHO; 2003. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/42590

72. [72] World Health Organization. Resolution WHA54.2. *Infant and young child nutrition.* Geneva: WHO; 2001.

73. [73] World Health Organization. *Breastfeeding: Recommendations.* 2022. Available from: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2

74. [74] Eidelman A, Schanler R, Johnston M, Landers S, Noble L, Szucs K, Viehmann L. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.* 2012;129(3):e827–41. doi:10.1542/peds.2011-3552.

75. [75] NHMRC. *Infant Feeding Guidelines: Summary.* Canberra (Australia): National Health and Medical Research Council; 2013.

76. [76] Critch JN; Canadian Paediatric Society, Nutrition and Gastroenterology Committee. Nutrition for healthy term infants, birth to six months: an overview. *Paediatr Child Health.* 2013;18(4):206–9. doi:10.1093/pch/18.4.206. PMID: 24421691; PMCID: PMC380562.

77. [77] Critch JN; Canadian Paediatric Society, Nutrition and Gastroenterology Committee. Nutrition for healthy term infants, six to 24 months: an overview. *Paediatr Child Health.* 2014;19(10):547–52. PMID: 25587235; PMCID: PMC4276390.

78. [78] Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF, et al. Breast-feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;49(1):112–25. doi:10.1097/MPG.0b013e31819f1e05.

79. [79] Да променим нашия свят: Програма 2030 за устойчиво развитие. София: Дружество за Обединените нации в България; 2016.

80. [80] World Alliance for Breastfeeding Action (WABA). *Breastfeeding: a key to sustainable development.* 2016. Available from: http://waba.org.my/v3/wp-content/uploads/2019/10/wbw2016-af-i.jpg

81. [81] The Breastfeeding Medicine Community. Available from: https://www.bfmed.org/

82. [82] World Alliance for Breastfeeding Action (WABA). Available from: https://waba.org.my/

83. [83] Gupta A, Nalubanga B, Trejos M, Dadhich JP, Bidla N. *Making a difference: an evaluation report of the World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi) in mobilising national actions on breastfeeding and IYCF.* 2020. Available from: https://www.worldbreastfeedingtrends.org/uploads/resources/document/making-a-difference-wbti-eval-report-2020.pdf

84. [84] Global Breastfeeding Collective. Available from: https://www.globalbreastfeedingcollective.org/

85. [85] WHO, UNICEF. *Global Breastfeeding Scorecard 2021: Protecting breastfeeding through bold national actions during the COVID-19 pandemic and beyond.* Geneva: WHO; 2021.

86. [86] Global Breastfeeding Collective. *Global Breastfeeding Scorecard.* Available from: https://www.globalbreastfeedingcollective.org/global-breastfeeding-scorecard

87. [87] Pramono A, Desborough J, Smith J. The Ten Steps to Successful Breastfeeding: policy review. *Breastfeed Rev.* 2019;27(3):15–28.

88. [88] World Health Organization. *The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: Frequently Asked Questions (2017 Update).* Geneva: WHO; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

89. [89] Meek J, Noble L; Section on Breastfeeding. Policy statement: breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.* 2022;150(1):e2022057988. doi:10.1542/peds.2022-057988.

90. [90] Dixon A. *Breastfeeding: a foundational investment in human capital.* Washington (DC): World Bank Group; 2018. Available from: https://blogs.worldbank.org/health/breastfeeding-foundational-investment-human-capital

91. [91] UNICEF, WHO. *Nurturing the health and wealth of nations: the investment case for breastfeeding.* New York, Geneva: UNICEF, WHO; 2017.

92. [92] Walters D, Eberwein JD, Sullivan L, D'Alimonte M, Shekar M. *An investment framework for meeting the global nutrition target for breastfeeding.* Washington (DC): World Bank Group; 2016. Available from: https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/26069/Breast_4_web.pdf

93. [93] Duckett LJ. Launch of new report by the World Health Organization and United Nations Children's Fund: how the marketing of formula milk influences infant feeding decisions – a commentary. *J Hum Lact.* 2022;38(3):564–9. doi:10.1177/08903344221099943.

94. [94] ESPGHAN. *Statement on promoting breastfeeding and interaction of paediatric associations with providers of nutritional products.* October 2022. Available from: https://www.espghan.org/our-organisation/Publications/Societal-Statements

95. [95] Rollins N, Piwoz E, Baker P, Kingston G, Matlwa Mabaso M, McCoy D, et al. Marketing of commercial milk formula: a system to capture parents, communities, science, and policy. *Lancet.* 2023;401:112–23. doi:10.1016/S0140-6736(22)01931-6.

96. [96] Baker P, Smith JP, Garde A, Grummer-Strawn LM, Wood B, Sen G, et al. The political economy of infant and young child feeding: confronting corporate power, overcoming structural barriers, and accelerating progress. *Lancet.* 2023;401:125–36. doi:10.1016/S0140-6736(22)01933-X.

97. [97] Pérez-Escamilla R, Tomori C, Hernández Cordero S, Baker P, Barros AJD, Begin F, et al. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *Lancet.* 2023;401:140–50. doi:10.1016/S0140-6736(22)01932-8.

98. [98] World Health Organization. *Guidance on regulatory measures aimed at restricting digital marketing of breast-milk substitutes.* Geneva: WHO; 2023. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/374182. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

99. [99] European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment. *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action.* Luxembourg: European Commission; 2004. Available from: https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf

100. [100] European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment. *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised).* Luxembourg: European Commission; 2008..

101. [101] Европейски парламент. Резолюция от 21 ноември 2023 г. относно намаляването на неравенствата и насърчаване на социалното приобщаване по време на криза за децата и техните семейства (2023/2066(INI)).

102. [102] Medisinsk fødselsregister – statistikkbank [Медицински регистър на раждания – статистическа база данни]. Available from: https://statistikkbank.fhi.no/mfr/

103. [103] Landsomfattende undersøkelse av kostholdet blant spedbarn i Norge, 6 måneder [Национално проучване на храненето сред кърмачета в Норвегия, 6 месеца]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020.

104. [104] Norwegian Directorate of Health. *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021)* [Norwegian National Action Plan for a Healthier Diet (2017–2021)]. Oslo: Norwegian Directorate of Health; 2017. Available from:

https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/norwegian_national_action_plan_for_a_healthier_diet_an_outline.pdf

105. [105] Nasjonal kompetansetjeneste for amming (NKA). Oslo universitetssykehus [Норвежко национално консултативно звено по въпросите на кърменето]. Available from: https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-amming-nka/

106. [106] Nasjonalt kompetansesenter for amming (NK-OUS-8). *Årsrapport 2009. Forskningsprosjekter i helsetjenesten* [Годишен доклад на Националния център по въпросите на кърменето]. Available from: https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/NK-OUS-8/2009

107. [107] Helse- og omsorgsdepartementet. *St.meld. nr. 16 (2002–2003): Resept for et sunnere Norge – folkehelsepolitikken* [Доклад № 16 (2002–2003): Рецепта за по-здравословна Норвегия – политика в областта на общественото здраве]. Oslo: Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement; 2003. Available from: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/

108. [108] "Ny ammesjef: – Enhver må få ta sine egne ammevalg" [Нов ръководител на центъра по кърмене: „Всеки трябва да може да направи свой избор"]. *Sykepleien.* 2019 Jun 24. Available from: https://sykepleien.no/2019/06/ny-ammesjef-enhver-ma-fa-ta-sine-egne-ammevalg

109. [109] Nasjonalt kompetansesenter for amming (NK-OUS-8). Årsrapport 2013. Forskningsprosjekter i helsetjenesten [Годишен доклад на Националния център по въпросите на кърменето – 2013]. Available from: https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/NK-OUS-8/2013

110. [110] Nasjonalt kompetansesenter for amming (NK-OUS-8). Årsrapport 2017. Forskningsprosjekter i helsetjenesten [Годишен доклад на Националния център по въпросите на кърменето – 2017 г.]. Available from: https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/NK-OUS-8/2017

111. [111] Helsedirektoratet. What is a Mother-Baby-Friendly Labor and Delivery Department? 2019 Oct 2. Available from: https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/svangerskap-fodsel-og-barsel/amming-og-spedbarnsernaering/mor-barn-vennlig-fode-og-barselavdeling

112. [112] Norwegian Institute of Public Health. Hva er AmmE-læring [Какво представлява е-обучението по кърмене]. 2023 Aug 18. Available from: https://www.fhi.no/le/amming-og-morsmelk/kompetanseutvikling/amme-laring/#hva-er-amme-lring

113. [113] Lukasse M, Lilleengen AM, Fylkesnes AM, Henriksen L. Norwegian midwives' opinion of their midwifery education: a mixed methods study. *BMC Med Educ.* 2017;17(1):80. doi:10.1186/s12909-017-0917-0. PMID: 28468617; PMCID: PMC5415717.

114. [114] Hansen CK. Hvorfor er det viktig at Ammehjelpen finnes? [Защо е важно, че съществува Ammehjelpen?]. *Ammehjelpen.* 2023 Aug 11. Available from: https://ammehjelpen.no/statsbudsjettet-2023/

115. [115] Labor and Welfare Administration (NAV). Foreldrepenger. 2023 Nov 14. Available from: https://www.nav.no/foreldrepenger

116. [116] Банка за майчина кърма. Достъпно от: https://milkbank.bg

117. [117] IBFAN Bulgaria. Available from: https://www.worldbreastfeedingweek.net/wbw2007/worldwide.htm

118. Национална конференция за ранно детско развитие и здраве. 1–2 юни 2011 г. УНИЦЕФ България. Достъпно от: https://www.youtube.com/watch?v=oEW7ijl7ADk

119. [119] Седем причини да станете Ла Лече Лига лидер. *Ла Лече Лига България.* Достъпно от: https://lllbg.org/2013/07/liderstvo-7-prichini/

120. [120] *Национален план за действие "Храни и хранене" 2005–2010.* Достъпно от: https://strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=459

121. [121] *Национална програма за превенция на ХНБ 2021–2025.* Достъпно от: https://ncpha.government.bg/index/3189-nacionalna-programa-za-prevencia-na-hronichnite-nezarazni-bolesti-2021-2025-g.html

122. [122] *Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2021–2030.* Достъпно от: https://ncpha.government.bg/index/3179-nacionalna-programa-za-podobriavane-na-maichinoto-i-detsko-zdrave-20212030.html

123. [123] *Национална стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030.* Достъпно от: https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=1639

124. [124] Национална асоциация „Подкрепа за кърмене". Достъпно от: http://www.podkrepazakarmene.com/about

125. [125] *Патронажни сестри и акушерки за майки и малки деца – скоро във всички области на България.* УНИЦЕФ; 21 март 2018. Достъпно от: https://www.unicef.org/bulgaria/истории/патронажни-сестри-и-акушерки-за-майки-и-малки-деца-скоро-във-всички-области-на-българ

126. [126] *Национално представително проучване „Запознатост с националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014–2020 г."* Сдружение „Ларго" и „Алфа Рисърч"; март 2019 г.

127. [127] *Наредба за изискванията към състава, характеристиките и наименованията на храните за кърмачета и преходните храни.* ПМС № 312 от 15.12.2007 г. Обн. ДВ, бр. 110 от 21.12.2007 г.; изм. и доп. ДВ, бр. 37 от 19.05.2009 г. и др.; отм. ДВ, бр. 26 от 30.03.2021 г.

128. [128] *Постановление № 111 от 26.03.2021 г.* за приемане на Наредба за изискванията към бързо замразените храни. Обн. ДВ, бр. 26 от 30.03.2021 г.

129. [129] *Делегиран регламент (ЕС) 2016/127 на Комисията от 25.09.2015 г.* за допълване на Регламент (ЕС) № 609/2013 на Европейския парламент и на Съвета. Достъпно от: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/bg/ALL/?uri=CELEX%3A32016R0127

130. [130] *Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности.* Обн. ДВ, бр. 98 от 2019 г.; изм. и доп. бр. 38 от 2020 г. и др.

131. [131] *Кодекс за социално осигуряване.* Обн. ДВ, бр. 110 от 17.12.1999 г.; в сила от 01.01.2000 г.

*132.* [132] *Наредба за паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване.* ПМС № 188 от 20.07.2015 г.; обн. ДВ, бр. 57 от 28.07.2015 г. и посл. изм. ДВ, бр. 78 от 30.09.2022 г.

133. [133] *Кодекс на труда.* Обн. ДВ, бр. 26 от 01.04.1986 г.; изм. ДВ, бр. 100 от 1992 г.

134. [134] Ушева Н. *Успешно кърмене и захранване на децата – съвременни тенденции, проблеми и възможности за решаването им.* Варна: Медицински университет – Варна; 2013

135. [135] Сметна палата. *Одитен доклад № 0300100922 за извършен одит „Изпълнение на Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2021–2030 г.“* за периода 01.01.2021 – 31.12.2022 г.

136. [136] Serbezova I, Lyutakova D. Is anybody keeping the Code in Bulgaria? A study to explore local parents' awareness regarding the International Code for the marketing of breast-milk substitutes. *Proc CBU Med Pharm.* 2021;2:144–51. doi:10.12955/pmp.v2.188

137. [137] Медицински университет – Пловдив. Учебен план на специалност „Акушерка“, редовно обучение, ОКС „Бакалавър“. Достъпно от: https://mu-plovdiv.bg/wp-content/uploads/2023/09/Учебен-план-по-специалността-Акушерка-за-ОКС-Бакалавър-редовно-обучение-в-сила-от-уч.-2023-2024-г.pdf

138. [138] Тракийски университет – Стара Загора (филиал Хасково). Учебен план за ОКС „бакалавър“ по специалност „Акушерка“. Достъпно от: https://trakia-uni.bg/wp-content/uploads/2024/06/ucheben-plan-akusherka.pdf

139. [139] Русенски университет „Ангел Кънчев“. Е-Учебен план: ОКС „Бакалавър“, специалност „Акушерка“. Достъпно от: https://www.uni-ruse.bg/education/students/e-plan-bachelors

140. [140] Югозападен университет – Благоевград. Учебен план на специалност „Акушерка“. Достъпно от: https://www.swu.bg/images/educational_programs/bachelor/health_cares/k.pdf

141. [141] Медицински университет – Варна. Учебен план за ОКС „бакалавър“ по специалност „Акушерка“. Достъпно от: https://www.mu-varna.bg/BG/Students/Documents/FOZ 2023-2024/uchebni planove/Учебен план_АК_ 2025-2026_нг.pdf

142. [142] Медицински университет – Варна. Програма за следдипломно обучение „Подкрепа за кърмене“. Достъпно от: https://www.mu-varna.bg/BG/Documents/novini-2025/СДО-курс покана (00000003).pdf

143. [143] Медицински университет – Плевен. Учебен план за ОКС „бакалавър“ по специалност 7.5.2 „Акушерка“. Достъпно от: https://www.mu-pleven.bg/forms/up_AK_25.pdf

144. [144] Национална класификация на професиите и длъжностите. София: НСИ; 2011.

145. [145] Наредба № 1 от 22 януари 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването. Министерство на здравеопазването; 2015. Актуализирана: ДВ, бр. 13 от 14 февруари 2025 г.

146. [146] Медицински университет – Пловдив. *Консултант по кърмене и здравословно хранене.* Available from: https://mu-plovdiv.bg/sdo/spetsializatsii/uchebni-programi-sdo/konsultant-po-karmene-i-zdravoslovno/

147. [147] Медицински университет – Варна. *Консултант по кърмене и здравословно и диетично хранене.* Достъпно от: https://www.mu-varna.bg/BG/sdo/Documents/obuchenie/34naredba/Konsultantpokyrmeneizdravoslovnoidietichnohranene.pdf

148. [148] *Лекари и акушерки от УМБАЛ „Пълмед“ със сертификати за консултанти по кърмене.* 22.12.2022. Достъпно от: https://www.hospitalpulmed.bg

149. [149] Национална асоциация „Подкрепа за кърмене“. *Обучение на специалисти.* Достъпно от: http://www.podkrepazakarmene.com/training-specialists-2023-1024-1166.html

150. [150] International Labour Organization. *Convention No. 183 on Maternity Protection.* 2000. Available from: https://zbut.eu/konventsiya-183-otnosno-zakrilata-na-majchinstvoto-2000/

151. [151] Национална здравноосигурителна каса. *Национален рамков договор за медицински дейности 2023–2025.* Приложение 14.

152. [152] Национален статистически институт (НСИ). *Средна възраст на майката при раждане по местоживеене, статистически райони и области.* София: НСИ; 2021. Достъпно от: https://www.nsi.bg/bg/content/2958

153. [153] Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health.* 2021;6(6):e005671. doi:10.1136/bmjgh-2021-005671. PMID: 34130991; PMCID: PMC8208001

154. [154] Национална мрежа за децата. *Бележник 2022: Какъв е средният успех на държавата в грижата за децата.* София: Национална мрежа за децата; 2022. p. 59. Available from: https://nmd.bg/wp-content/uploads/2013/08/Belejnik2022_web_low_res_compressed-1.pdf

155. [155] Zakarija-Grković I, Cattaneo A, Bettinelli ME, Pilato C, Vassallo C, Buontempo MB, et al. Are our babies off to a healthy start? The state of implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding in Europe. *Int Breastfeed J.* 2020;15(1):51. doi:10.1186/s13006-020-00282-z.

156. [156] Dimnjaković J, Švajda M. Organization of the health system and legislation in support of breastfeeding in Croatia. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo.* 2020;16(55):17–23. Available from: https://hrcak.srce.hr/299141.

157. [157] Abrahams SW, Labbok MH. Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J.* 2009;4:11. doi:10.1186/1746-4358-4-11. PMID: 19874618; PMCID: PMC2777851.

158. [158] Hoyer S, Križaj T, Sotler R. Characteristics of breastfeeding practices in Slovenia after implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative. *Paediatria Croatica.* 2012;56:1–7. doi:10.13112/pc.755.

159. [159] Blixt I, Rosenblad AK, Axelsson O, Funkquist EL. Breastfeeding training improved healthcare professionals' self-efficacy to provide evidence-based support: a pre-post intervention study. *Midwifery.* 2023;125:103794. doi:10.1016/j.midw.2023.103794.

160. [160] Rosin SI, Zakarija-Grković I. Towards integrated care in breastfeeding support: a cross-sectional survey of practitioners' perspectives. *Int Breastfeed J.* 2016;11:15. doi:10.1186/s13006-016-0072-y.

161. [161] UNICEF. *Breastfeeding and family-friendly policies: an evidence brief.* New York: UNICEF; 2020. Available from: https://www.unicef.org/documents/breastfeeding-and-family-friendly-policies

162. [162] Fan YW, Fan HSL, Shing JSY, Ip HL, Fong DYT, Lok KYW. Impact of baby-friendly hospital initiatives on breastfeeding outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Women Birth*. 2025 Mar;38(2):101881. doi: 10.1016/j.wombi.2025.101881. Epub 2025 Feb 6. PMID: 39919651.

163. [163] Jaafar SH, Lee KS, Ho JJ. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;8:CD006641. doi:10.1002/14651858.CD006641.pub3.

164. [164] Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;11:CD003519. doi:10.1002/14651858.CD003519.pub4.

165. [165] Karimi FZ, Miri HH, Khadivzadeh T, Maleki-Saghooni N. The effect of mother-infant skin-to-skin contact immediately after birth on exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2020 Mar 6;21(1):46-56. doi: 10.4274/jtgga.galenos.2019.2018.0138. Epub 2019 Mar 25. PMID: 30905140; PMCID: PMC7075405.

166. [166] McCoy MB, Heggie P. In-hospital formula feeding and breastfeeding duration. *Pediatrics.* 2020;146(1):e20192946. doi:10.1542/peds.2019-2946.

167. [167] Whipps MDM, Yoshikawa H, Demirci JR, Hill J. Estimating the Impact of In-Hospital Infant Formula Supplementation on Breastfeeding Success. *Breastfeed Med*. 2021 Jul;16(7):530-538. doi: 10.1089/bfm.2020.0194. Epub 2021 Jun 10. PMID: 34115545.

168. [168] Gavine A, Shinwell SC, Buchanan P, Farre A, Wade A, Lynn F, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;10:CD001141. doi:10.1002/14651858.C

169. [169] World Health Organization. WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn: Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2013 Oct.

170. [170] Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(467):114–34. doi:10.1111/apa.13127.

171. [171] Habte M B, Abdulahi M, Plusquin M, Cosemans C. Effectiveness of Baby-Friendly Hospital Initiative on Early Initiation and Exclusive Breastfeeding Practice: Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2025;17(14):2283. doi:10.3390/nu17142283.

172. [172] Stancheva R, Porozhanova S, Pancheva R, Naydenova D, Popova S. Study of breastfeeding practices in Varna region. *Varna Med Forum.* 2016;5(2):97–101. doi:10.14748/vmf.v5i2.1797.

173. [173] Атиас К. Предиктори на изключителното кърмене. *Сестринско дело.* 2025;57(2):12–21. Централна медицинска библиотека.