

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ „ПРОФ. П. СТОЯНОВ” ГР. ВАРНА
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ
КАТЕДРА ПО СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Д-р Наталия Василевна Ушева

**УСПЕШНО КЪРМЕНЕ И ЗАХРАНВАНЕ НА ДЕЦАТА –
СЪВРЕМЕННИ ТЕНДЕНЦИИ, ПРОБЛЕМИ И
ВЪЗМОЖНОСТИ
ЗА РЕШАВАНЕТО ИМ**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна
степен «Доктор»

Научна специалност:

«Социална медицина и организация на здравеопазването»

Научен ръководител:

Проф. д-р Стоянка Попова, дм

Официални рецензенти:

Проф. д-р Емилия Христова, дм

Доц. д-р Гена Грънчарова, дм

Варна, 2013 год.

Дисертационният труд е написан на 202 страници и включва 46 таблици, 30 фигури и 2 приложения.

Библиографският списък включва 187 заглавия, от които 27 на кирилица и 160 на латиница. Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра по социална медицина и организация на здравеопазването към Медицински университет «Проф. Д-р П. Стоянов», гр. Варна.

Публичната защита на дисертационния труд ще се проведе на 06 декември 2013 год. в Медицински университет «Проф. д-р П. Стоянов».

Съдържание

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ.....	4
ВЪВЕДЕНИЕ.....	5
I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, ХИПОТЕЗИ	6
II. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ	7
III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ ОТ ПРОУЧВАНЕТО „КЪРМЕНЕ ВЪВ ВАРНЕНСКА ОБЛАСТ”	10
IV. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ ОТ ПРОУЧВАНЕТО СРЕД ОПЛ	36
V. МОДЕЛ НА УСПЕШНОТО КЪРМЕНЕ	52
VI. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ	55
VII. ПРИНОСИ	58
VIII. НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	59

Използвани съкращения

ААП	Американска академия по педиатрия
АМК	Академия по медицина на кърменето
ЕОДГЕХХ	Европейска общност по детска гастроентерология, хепатология и хранене
ИБПБ	Инициатива „Болница, приятел на бебето”
ИТМ	Индекс на телесната маса
ЖДА	Желязо-дефицитна анемия
КК	Консултант по кърмене
МЗ	Министерство на здравеопазването
НСИ	Национален статистически институт
НЗОК	Национална здравно-осигурителна каса
НЦОЗА	Национален център по обществено здраве и анализи
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
РЗИ	Регионална здравна инспекция
СЗО	Световна здравна организация
DALY	Години живот, свързани с недееспособност
FIЛ	Локален инхибитор на лактацията (Feedback inhibitor of lactation)
OECD	Организация за икономическо сътрудничество и развитие (Organisation for Economic Co/operation and Development)
WABA	Световен Алианс за активна подкрепа на кърменето (World Alliance for Breastfeeding Action)
WIC	Програма „Жени, кърмачета и деца” (Women, Infants and Children)

ВЪВЕДЕНИЕ

Ролята на кърменето като фактор в общественото здравеопазване отбелязва едно значително нарастване през последните няколко десетилетия. В основата си, това се дължи на съвременното развитие на медицинската наука не само в областите пряко касаещи самото кърмене, каквито са опазването на живота и здравето на децата и майките, но и в тези, засягащи общественото здраве като цяло, каквито са хроничните неинфекциозни заболявания. Тези постижения намират пряко отражение при формирането на общоприетите норми и политики в здравеопазването. Може да се твърди, че най-яркото потвърждение за съвременната значимост на кърменето е Политическата декларация на Организацията на обединените нации (ООН) 66/2 от 19.09.2011 година (UN Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases), чиято цел е намаляване на риска от развитие на затлъстяване и хронични неинфекциозни заболявания, възприемчивостта към инфекциозни заболявания, риска от недोхранване и, не на последно място, правилен растеж и развитие на децата. В тази декларация се призовават всички държави-членки за промоция, защита и подкрепа на кърменето, включително изключителното кърмене до 6-месечна възраст след раждането, като един от факторите за превенция на тези основни обществено-здравни проблеми.

Подобряването на здравето на нацията е и първа стратегическа цел в Националната здравна стратегия на България 2007-2012, както и в повечето Национални програми и планове (напр. „Храни и хранене” и др.). Фокусирането върху здравето на децата в тези програми е обусловено от фактите, че добрият старт в живота е гаранция за по-добро здраве в следващите възрастови групи, а също и поради по-високата ефективност на програмите по промоция на здравето и профилактика на заболяванията в детска възраст.

Ефективната политика в областта на храненето при децата трябва да се основава на резултати от научни проучвания според съвременните критерии за оценка, които у нас и в повечето страни липсват. Те биха идентифицирали конкретните проблеми на храненето на децата в България и предначертали насоките за бъдещи обществено-здравни действия. Интерес към подобни проучвания в нашата страна се проявява едва през последните 5 години. Липсата на такива проучвания бе и мотивация за избор на тема за настоящата работа.

I. Цел, задачи, хипотези

Целта на дисертационния труд е да се проучат и оценят практиките за кърмене и хранване според критериите на СЗО, както и да се разкрият факторите, повлияващи тези практики.

За изпълнение на тази цел бяха поставени следните задачи:

- 1) Да се проучат знанията на майките относно ползите от кърмене, както и нагласите и подготовката за кърмене сред майките (град и село).
- 2) Да се проучат практиките за хранене на децата по отношение честотата и продължителността на кърмене и хранване.
- 3) Да се определи нивото на знания на ОПЛ за кърменето и хранването и да се характеризират даваните от тях преоръки.
- 4) Да се разкрият възможностите за използване на консултантите по кърмене за подпомагане на майките в процеса на успешното кърмене на децата.
- 5) Да се изработи модел на успешно кърмене при децата

Формулирани работни хипотези:

- 1) Знанията и подготовката на майките за успешно кърмене са недостатъчни.
- 2) Честотата и продължителността на естественото хранене при децата са ниски, а хранването е ранно.
- 3) Промоцията на кърменето и правилното хранене на децата не се разглеждат от ОПЛ като ресурс на доброто здраве на индивида.
- 4) Познанията и препоръките на ОПЛ за кърмене и хранване не отговарят на съвременните световни тенденции.
- 5) Консултантите по кърмене са важен неизползван резерв в подкрепа на естественото хранене на децата.

II. Материал и методи

За постигане целта и задачите на работата са обособени две проучвания:

2.1. Проучване „Кърмене във Варненска област”

Изследване на знанията за ползите от кърменето, нагласите и подготовката за кърмене; честотата и продължителността на кърменето, практиките на хранване на децата сред майки от област Варна.

Дизайн и време на проучването: срезово епидемиологично проучване, проведено през месеците май-август 2009 година.

Генерална съвкупност: майки на деца на възраст от 0 до 36 месеца от област Варна. Възрастовият интервал е избран предвид възможността за изчисляване на повъзрастовите индикатори на СЗО за оценка на практиките на кърмене и хранване на децата и с оглед минимизиране грешката на припомняне при описание на проучваните явления.

Извадката беше формирана на случаен квотен принцип от листите на общопрактикуващите лекари, специалистите-педиатри от градски и селски извънболнични практики за медицинска помощ. В проучването бяха включени извънболничните практики на ОПЛ и специалисти-педиатри от петте административни района на гр. Варна, както и от селата Бенковски, с. Добриня, с. Игнатиево, с. Чернево, с. Константиново и с. Тополи. Набирането на участниците в проучването беше съобразено с разпределението на населението от таргетната възрастова група по местоживеење в официалните данни на НСИ за 2007 – 2009 години.

Провеждане на полевата работа: майките самостоятелно попълваха анкетната карта или бяха интервюирани при посещението на ОПЛ или лекар-специалист за планова детска консултация в ДКЦ / самостоятелните лекарски практики. При майките с ниска степен или без образование е използвано структурирано интервю, а при майки, невладеещи български език – структурирано интервю с помощта на преводач. **Инструментариумът** за набиране на информация беше пряка индивидуална анкета, включваща 42 въпроса от следните групи:

- Знания относно предимствата на кърменето, практиките на кърмене и хранване;
- Нагласи и подготовка по време на бременността за кърмене;
- Време и практики на кърмене в родилното отделение, както и отношение на персонала към желанието на майката за кърмене на новороденото;
- Източници за информация и помощ при проблеми с храненето на детето;
- Практика на кърмене и хранване на детето;
- Демографски, антропометрични и здравни показатели на детето – пол, възраст, етническа принадлежност, ръст и тегло, начин и място на

раждане, име и контакти на ОПЛ, заболявания, установени от лекар; прекарани остри инфекциозни заболявания на дихателните пътища;

- Демографски, социално-икономически и здравни въпроси по отношение на родителите: възраст, образование, трудова заетост, семейно положение, наличие на хронично неинфекциозно заболяване (захарен диабет, хипертония, исхемична болест на сърцето, миокарден инфаркт, мозъчен инсулт, бронхиална астма) наднормено тегло или затлъстяване.

Проучването сред майките е част от съвместен проект „Зелена светлина за кърменето” на Катедра по социална медицина и организация на здравеопазването към Медицински университет- Варна и Сдружение „Цветно бъдеще”, гр. Варна, частично финансиран от Община Варна.

2.2. Проучване „ОПЛ и кърмене”

Определяне познанията и препоръките за естествено хранене и захранване сред ОПЛ.

Генерална съвкупност са всички ОПЛ от 5 области от Източната част на България, сключили договор с НЗОК през 2011 година. Общият брой ОПЛ, сключили договор със съответните РЗОК през 2011 г. е 916 (702 от градски и 214 от селски индивидуални и групови практики за Първична медицинска помощ (ПМП)).

Формиране на извадката: Анкетните карти са разпратени до ОПЛ чрез структурите на РЗИ или директно на ОПЛ от докторанта в 5-те области: Варненска, Бургаска, Шуменска, Добричка и Русенска. Размерът на извадката включва 650 лекари.

Социологически метод: пряко индивидуално анкетно проучване. За провеждане на изследването е разработен от нас инструментариум - индивидуална анкетна карта, включваща 21 въпроса. Въпросникът е разработен въз основа на резултатите от проучването сред майките в гр. Варна, нормативните документи на МЗ, НЗОК, НЦОЗ. Проведено е тестване на въпросника сред 8 ОПЛ, след което са добавени 2 въпроса и са направени промени във формулировката на някои от въпросите.

Признаци на наблюдение:

- ✓ Демографски (възраст, пол) и професионални фактори (стаж, размер на практиката, придобита специалност, населено място на практиката);
- ✓ Самооценка на времето, заделено за основните групи дейности на ОПЛ в ежедневната им практика;
- ✓ Познания и препоръки за изключителното кърмене и захранване при кърмачета.
- ✓ Осведоменост за дейностите на Консултантите по кърмене (КК) и готовност за консултиране на пациентките с тях;
- ✓ Основни източници за актуализиране на познанията на ОПЛ за съвременните тенденции и препоръки за храненето на децата в ранна детска възраст;

- ✓ Отношение на ОПЛ към провежданите здравно-промотивните дейности в ранна детска възраст.

2.3. Статистически МЕТОДИ

Общо и при двете проучвания бяха приложени следните *статистически методи*.

1) **Дескриптивни методи**

- ✓ Честотен анализ на качествени променливи (номинални и ординални) – изчисляване на абсолютни и относителни честоти (%). Резултатите са представени в табличен вид.
- ✓ Вариационен анализ на количествени променливи – изчисляване на средна величина (средна аритметична стойност, медиана), стандартно отклонение, стандартна грешка на средната аритметична стойност, 95% доверителен интервал.
- ✓ Графичен метод за онагледяване на резултатите.

2) **Методи за проверка на хипотези**

- ✓ Параметрични методи
 - t- тест на Student – за сравнение на средни аритметични стойности от две независими извадки;
 - Дисперсионен анализ (ANOVA) – за сравнение на повече от две групи с прилагане на Post Hoc тестове за множествени сравнения.
- ✓ Непараметрични методи
 - Критерий χ^2 на Pearson – за анализ на категорийни променливи величини
 - Метод на Колмогоров-Смирнов (Kolmogorov-Smirnov), за проверка за нормалност на разпределението на количествена променлива.
 - Метод на Ман-Уитни (Mann-Whitney) - за сравняване на средните между две независими групи.
 - Метод на Крускал-Уолис (Kruskal-Wallis) - за сравняване на повече от две средни стойности при ненормално разпределение на данните.

Нивото на значимост на нулевата хипотеза е определено при стойност $\alpha = 0,05$.

3) **Логистичен регресионен анализ**

Логистичният регресионен анализ е приложен за установяване на зависимост между проучваните зависими и независими променливи . Този анализ е използван и за оценка на съотношение на шансовете за факторите, включени в проучването. През първия етап на анализа бе изчислен относителния риск за всяка променлива поотделно, а през втория – формиране на модел от статистически значими независими фактори (многофакторен регресионен анализ).

III. Резултати и обсъждане от проучването „Кърмене във Варненска област”

3.1. Обща характеристика на изследваните лица

В проучването са включени 1287 майки на деца на възраст 0-36 месеца от общо 1300 поканени (около 8% от населението на възраст 0-36 месеца в област Варна към момента на формиране на извадката – Таблица 1).

Таблица 1. Социално-демографска характеристика на участниците по местоживее

	град		село		p
	брой	%	брой	%	
Общ брой	1110	86,2	177	13,8	
Образование на майката					
Висше	636	57,3	39	22	
Средно	351	31,6	93	52,5	
Основно	39	3,5	14	7,9	0,001
Начално	19	1,7	25	14,1	
Без образование	65	6	5,9	3,4	
Образование на бащата					
Висше	408	42,3	29	20	
Средно	475	49,2	83	57,2	
Основно	31	3,2	14	9,7	0,001
Начално	23	2,4	10	6,9	
Без образование	28	2,9	9	6,2	
Семейно положение					
Омъжена	724	65,6	90	53,1	
В съжителство	333	30,1	75	43,4	0,002
Разведена	11	1	2	1,2	
Самотна майка	36	3,3	4	2,3	
Трудова заетост на майката					
Работя	242	22,1	26	15,1	
Студентка	15	1,4	3	1,7	
Отпуск по майчинство	697	63,7	92	53,5	0,001
Домакния	56	5,1	23	13,4	
Безработна	81	7,4	28	16,3	
Друго	3	0,3	0	0	
Етническа принадлежност					
Български	930	83,8	125	70,6	
Турски	79	7,1	20	11,3	
Ромски	85	7,7	30	16,9	0,001
Друго	16	1,4	2	1,1	
Възраст на майката – год.(±sd)	29,5(5,04)		27,9 (5,3)		0,001
Възраст на бащата – год.(±sd)	32,6(5,45)		31,6(5,56)		0,024

*Коефициент на корелация или t-коефициент на Стюдънт

Градското и селското население са равномерно представени спрямо данните на НСИ. Значими са различията в разпределението по образователен статус на родителите, семейно положение и трудова заетост на майката, както и по етническа принадлежност на детето. Факторът – начин на

родоразрешение се свързва с по-бавно възстановяване на майчиния организъм, по-висок риск от усложнения след оперативната намеса, по-късно започване на кърменето, съответно по-ниска честота и продължителност на кърменето и особено – изключителното кърмене. Честотата на цезаровото сечение е 40%, като се установява значимо по-висока честота на ражданията чрез секцио при майките на деца от български етнос и участничките с висше образование (над 43%). Тези нива са съпоставими с най-високите в света: Бразилия с 47,4 абдоминални раждания на 100 живородени деца.

Стойностите на ръста и теглото към момента на раждането и през първите 10 години от живота на детето имат връзка с честотата на хроничните неинфекциозни заболявания (сърдечно-съдови, злокачествени, захарен диабет и др.) в по-късна възраст. Ръстът и теглото на новороденото са генетично обусловени, като външните фактори (вкл. социално-икономическите) оказват също значимо влияние. Въздействието на социално-икономическите фактори обичайно се свързва с по-високото разпространение на тютюнопушенето сред родителите от по-ниските социални прослойки.

Установи се правопрпорционална зависимост между етническата принадлежност на детето, местоживеенето, семейният статус и степента на образование на майката и антропометричните показатели на новороденото: средното тегло и ръст на новородените от ромски етнос, отглеждани от самотни майки, майки без образование и със селско местоживеене са по-ниски от теглото на новородените на майки с висше и средно образование. Значимостта на тази разлика се запазва при сравняването на теглото на новородените по пол ($p < 0,001$).

В Таблица 2 са представени резултатите от докладваните стойностите за ръст и тегло към момента на раждане.

Таблица 2. Стойности на ръст и тегло на децата при раждане по социално-демографските показатели

	Общо		Момчета		Момичета	
	Тегло, гр. (sd)	Ръст, см (sd)	Тегло, гр. (sd)	Ръст, см (sd)	Тегло, гр. (sd)	Ръст, см (sd)
Общо	3236,7(522)	50,2(2,4)	3260(524)	50,3(2,6)	3211,1(489)	50,0(2,2)
Етнос						
български	3255,2(503)	50,3(2,4)	3265,9(522)	50,4(2,6)	3242,8(481)	50,1(2,2)
турски	3304,3(476)	50,4(2,2)	3392,6(544)	50,8(2,5)	3209,7(375)	50,0(1,9)
ромски	3022,8(539)	49,3(2,3)	3063,3(515)	49,1(2,6)	2992,3(559)	49,4 (2,1)
друг	3229,4(391)	49,5(2,4)	3299(323)	50,1(1,4)	3142,5(470)	48,8(3,1)
p^*	0,001	0,01	0,018	0,002	0,02	>0,05
Образование на майката						
висше	3264,4(464)	50,4(2,3)	3262,1(474)	50,5(2,7)	3266,9(452)	50,4(1,8)
средно	3255,3(545)	50,2(2,5)	3296,9(578)	50,4(2,4)	3203,9(505)	49,9(2,6)
основно	3143,2(498)	49,5(2,3)	3016,7(641)	50,1(2,7)	3208,6(403)	49,2(1,9)
начално	3089,3(469)	49,5(1,9)	3165,0(464)	50,0(1,9)	3023,5(474)	49,0(1,8)
без образ.	3017,1(619)	49,2(2,8)	3157,4(586)	49,1(2,9)	2884,7(627)	49,3(2,7)
p^*	0,001	0,005	>0,05	>0,05	0,001	<0,001

*критерий на Стюдънт или дисперсионен (ANOVA) анализ

Проучена е *фамилната обремененост* на децата в извадката с хронични неинфекциозни заболявания като артериална хипертония, захарен диабет, бронхиална астма и затлъстяване. Освен фамилната обремененост със захарен диабет, от страна на бащата не се установяват разлики в честотата на проучваните заболявания при родителите по местоживеене: значимо по-високо е обременяването с диабет при децата в селския (2,3%), в сравнение с градския район (0,3%). Децата от ромски етнос са най-обременени по отношение на посочените заболявания, само при затлъстяването са най-застрашени децата от друг етнос. По-висока е честотата на наследствена обремененост при децата от ромски етнос с артериална хипертония (7% от страна на майката; 11,3% от страна на бащата), а при 0,5% (n=6) от всички деца от български произход се наблюдава обременяване с хипертония от страна и на двамата родители. Степента на образованието на родителите в проучването се оказва значим фактор за фамилно обременяване на децата. При родителите без образование се установява по-висока честота на проучваните хронични заболявания в сравнение с по-високите образователни нива (p<0,05). Особено тревожни са тези факти на фона на младата средна възраст на родителите.

3.2. Знания на майките за кърменето

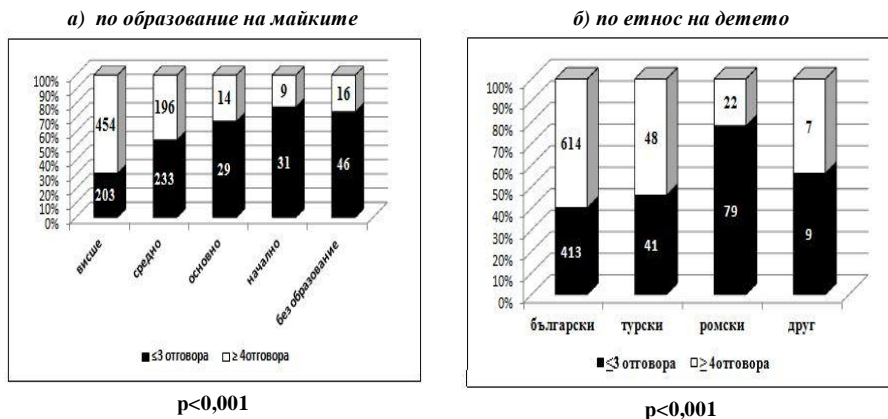
От създаването и през последвалото във времето подобряване на заместителите на майчиното мляко, техните производители настоятелно налагат тезата, че произвежданите от тях млека са със същите, а в някои отношения дори и с по-добри свойства, от майчиното мляко. На запитването „Коя според Вас е най-добрата храна за кърмачето?“ 98,8% (n=1268) от респондентките посочват майчината кърма. Сред шестнадесетте майки, посочили адаптираното мляко като най-добра храна за кърмачето, петнадесет са с висше и средно образование, от български етнически произход (n=15), от градовете (n=12), на възраст 20-34 години (n=13).

Над 95% (95,3%; n=1204) от отговорилите майки споделят, че майчината кърма има предимства пред другите нейни заместители *във всички случаи*. Резултатите потвърждават по-високата убеденост при майките с по-висока степен на образование: с висше – 96,7%, без образование – 86,4%. Делът на незнаещите дали майчината кърма има предимства е най-висок при майките без образование (9,1%) и с деца от ромски произход (8,7%). Майките от по-младите възрастови групи (20-24 год.) по-често посочват, че кърмата няма предимства изобщо (1,2%) или в случаите, когато бебето се храни с адаптирано мляко, а не с други заместители на майчината кърма (2,3%). Местоживеенето не оказва влияние върху знанието за предимство на майчината кърма пред други заместители (p>0,05).

Участничките в проучването бяха помолени да посочат *предимствата на кърменето*. За минимален брой предимства, посочени от майките, е приет 4 (60% от изброените предимства). По-малко от половината от всички отговорили участнички (43,3%; n=691) посочват четири и повече предимства на кърменето, което е почти двойно по-ниско в сравнение с докладваните

83,8% в проучването на НЦОЗ в гр. София през 2007 г. Наблюдаваното значимо различие вероятно е обусловено от по-високия дял на майките с начално и без образование, както и от включения селски район в настоящото проучване.

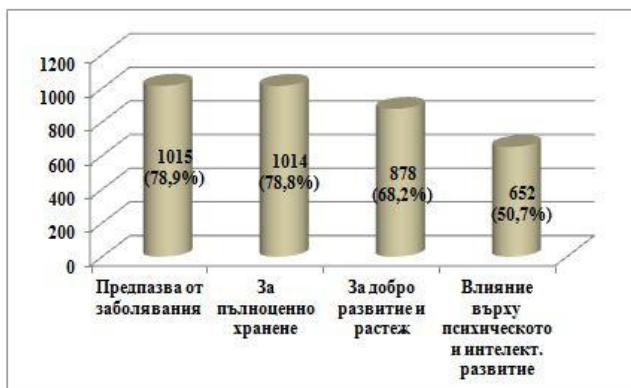
Фигура 1. Знание за предимствата на кърменето



Майките посочват различен брой предимства в зависимост от степента на образованието: ≥ 4 предимства отбелязват 69,2% от майките с висше образование; 25,8% от майките без образование; 59,8% от майките на деца от български етнос, 21,8% от майките от ромски етнос; 58,2% от майките с градско местоживееие ($p<0,001$) (Фигура 1).

От изброените предимства на кърменето се открояват четири, посочвани най-често от майките: кърменето предпазва детето от заболявания; кърмата осигурява пълноценно хранене на детето; предпоставка за добро развитие и растеж на детето; положително влияние върху физическото и интелектуално развитие (Фигура 2).

Фигура 2. Предимства на кърменето



Четиридесет и една от анкетираните майки са посочили и други предимства на кърменето, освен изброените – кърменето е лесно, удобно и достъпно по всяко време (53,7%); допринася за по-силна връзка между майката и детето (34,14%); намалява риска от алергии (7,8%); намалява риска от затлъстяване (4,9%). Това са майки предимно с висше и средно образование ($p < 0,001$).

Според съвременните препоръки на СЗО и водещи педиатрични асоциации, кърменето би трябвало да продължи докато майката и бебето желаят това, но поне до 1 или 2-годишна възраст, в зависимост от препоръките на ААП или СЗО. Средната възраст, до която е най-добре да бъде кърмено детето, според мнението на майките от настоящото проучване е 4 месеца ($\pm 0,8$).

Мнението на респондентките по отношение на най-добрата продължителност на кърменето значимо се повлиява от степента на образованието, етническата принадлежност, местоживеенето. Майките с по-ниско образование ($4,48 \pm 0,59$ месеца) в сравнение с майките с по-висока образователна степен ($3,99 \pm 0,74$), от тези от ромски етнос ($4,46 \pm 0,57$) спрямо тези от български ($3,99 \pm 0,76$) и турски ($4,1 \pm 0,74$), безработните ($4,45 \pm 0,62$) в сравнение с работещите ($4,04 \pm 0,8$), както и тези със селско местоживееие ($4,22 \pm 0,72$) смятат, че е добре детето да се кърми по-дълго ($p < 0,001$).

3.3. Нагласи за кърмене по време на бременността

Едва 19 от анкетираните майки (1,5%), по време на бременността си не са имали намерение да кърмят детето си. Около 3% ($n = 37$) нямат спомен за подобни нагласи. Останалите майки са посочили желана продължителност на кърменето в диапазона от 1 до 48 месеца (средна стойност $10 \pm 5,1$ месеца; медиана 12 месеца). Майките без образование се открояват с нагласа за максимална продължителност на кърменето спрямо другите образователни степени ($18,9 \pm 10$ мес.; $p < 0,001$). Не се установява статистически значима разлика само между намеренията на майките с висше, средно и основно образование спрямо тези с начално образование. ($p > 0,05$). Значимо най-кратки са били намеренията за кърмене при майките от възрастовите групи 30-34 год. и 35-39 год. в сравнение с най-младите майки и тези от следващата възрастова група: 20-24 год. ($p < 0,001$).

Желанието за кърмене на децата си на майките от ромски етнос е най-голямо в сравнение с това на майките от друга етническа принадлежност ($p < 0,001$).

При разпределението на намеренията за кърмене според трудовата заетост на майките, статистически значимо, най-голяма е нагласата за кърмене при безработните майки спрямо всички останали категории трудова заетост ($15,9 \pm 8,5$ мес.; $p < 0,001$).

Между желанието за кърмене и основните демографски фактори се установява различна по сила зависимост, като най-голяма е зависимостта с образователната степен на майката и етноса на детето (Таблица 3).

Таблица 3. Нагласи през бременността за продължителност на кърменето и връзка със социално-демографските характеристики на майките

		Образова ние	Етнос	Възраст	Место- живеене	Трудова заетост	Кърмене след раждането
Намерение за кърмене през бременността	Коефициент на	0,42	0,39	-0,15	0,19	0,22	0,12
	корелация						
	р	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
	Брой	1205	1205	1187	1205	1187	1125

Положителна и значима е връзката между желаната продължителност на кърменето с действителното кърмене след раждането (Pearson's $r=0,12$; $p=0,001$). От майките, които са нямали нагласа през бременността да кърмят детето си 47,4% ($n=9$) са с висше образование, 42,1% ($n=8$) – от възрастовата група 25-29 години, 84,2% ($n=16$) са с градско местоживеене, 73,7% ($n=14$) са майки на деца от български етнос. От друга страна е положителен фактът, че 78,9% ($n=15$) от майките без предварителна нагласа за кърмене, след раждането са кърмили децата си.

Около 3/4 от анкетираните майки (75,9%; $n=977$) са се *информирали и подготвяли* по време на бременността за кърмене на децата си след раждането им. Бъдещите майки са се информирали и подготвяли средно по два от предложените шест въпроса: *хранене на кърмачката* (40,9%; $n=527$), *техники за кърмене* (36%; $n=463$). Освен въпросите, пряко касаещи кърменето, близо 1/10 от бъдещите майки са се информирали и за правовата защита на кърмачката (7,6%; $n=98$): това са предимно майки с висше и основно образование (86,7%; $n=1119$); трудовозаети майки (84,9%; $n=1075$).

Най-високата честотата на майките, които *не са се информирали и подготвяли* относно кърменето през бременността си е сред майките без образование (66,2%; $n=45$), майките на деца от ромски произход (67,3%; $n=74$), живеещите в селата (18,9%; $n=30$) и безработните майки (63,5%; $n=66$). Очаквано, най-много не са се информирали и подготвяли майките от най-високата възрастова група (44-49 год. – 50%), вероятно, поради наличието на по-голям опит с кърменето. Много висок обаче е делът на неинформиращите се сред майките от най-младата възрастова група (под 19 години) – 34,2%. В проучването сред майките от град Пловдив през 2005 г. делът на майките, които по време на бременността са били готови за кърменето е доста по-нисък (57,4%), макар и делът на майките с висше и средно образование да е 97% (Търновска и съавт).

За *правилното хранене на кърмачката* са се интересували предимно майки с висше и средно образование (96,7%; $n=505$), майките на деца от български етнос (92,6%; $n=488$), майките от възрастовите групи 25-29 год. (32,7%; $n=170$), и 30-34 год. (38,1%; $n=198$), както и майките, които са били в отпуск по майчинство (65,8%; $n=345$). От информиралите се *относно техниките за кърмене* майки, 99,6% ($n=461$) са с висше и средно образование и нито една с начално и без образование; 99,2%; ($n=459$) са майки на деца от

български и турски етнос; 67,1% (n=308) от възрастовите групи 25-34 години; 90,7%; (n=420) с градско местоживееене; 65,6%; (n=303) от майките които са били в отпуск по майчинство.

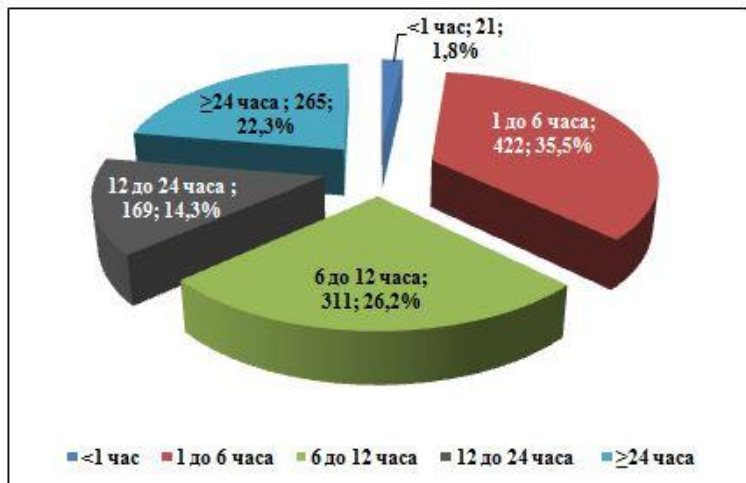
На въпроса „Какво е било отношението на майка Ви (повечето от роднините Ви) към намерението Ви да кърмите?“ почти всички анкетиранни майки споделиха, че са били изцяло подкрепени в желанието си за кърмене (92,6%; n=1187) от най-близките. Около 99% от майките познават и други жени, които са кърмили своите деца: майка, сестра, приятелки. От самите респондентки, тези които знаят дали и колко дълго са били кърмени от майките си са 201, като медианата на продължителността на кърменето е 6 месеца.

3.4. Оценка на практиките за кърмене и захранване на децата съгласно индикаторите на СЗО

3.4.1. Ранно започване на кърменето (Early initiation of breastfeeding)

Медианата на началото на кърменето на децата от проучването е 10 часа, като едва 1,8% (n=21) от новородените са били поставени на гърда в рамките на препоръчаното за това време: *до 1 час след раждането*. Ранното започване на кърменето се свързва с по-ниска честота на вътреболничните инфекции и намаляване на неонаталната детска смъртност. Близко 1/5 от децата са започнали кърменето след 24-ия час, което дори е под очакваното поради високия дял на раждания чрез цезарово сечение и отлагането на кърменето след 1-3 дни след раждането. Вероятно това се дължи на по-рядкото провеждане на цезаровото сечение с обща анестезия, явяваща се основен фактор за по-късното започване на кърменето при здрави деца и липса на усложнения в хода на раждането.

Фигура 3. Време на започване на кърменето



Най-висок е делът на започване на кърменето след 24-ия час при майките без образование – 28,1% ; n=18, следвани от майките с висше образование – 23,7%; n=152 (p=0,018). При късното започване на кърменето липсват значими различия между децата от различните етноси (p>0,05). С напредване на възрастта на майките нараства и дела на започналите кърменето повече от 24 часа след раждането (p=0,01). Получените резултати са по-неблагоприятни от тези в Националното проучване за храненето на децата (2007г), където делът на закърмените деца през първия час след раждането е 4,6%. Според Доклада на СЗО за практиките за кърмене и захранване от 46 страни (2008) този показател се движи в диапазона 22 до 73%, съответно за Индия и Хондурас.

Начинът на родоразрешение е значим фактор, повлияващ времето на започване на кърменето: 2% (n=14) от родилите вагинално и 1,3% (n=6) чрез цезарово сечение са започнали кърменето още през първия час; 6,9% (n=48) от нормално родилите и 46,6% (n=213) от родилите по оперативен път са започнали кърменето 24 часа след раждането (p<0,001). При включване на факторите като възраст и образование на майката, начин на родоразрешение в общ модел, предиктивен фактор за времето на започване на кърменето се явява начинът на раждане (Таблица 4).

Таблица 4. Линейна логистична регресия със зависима променлива - време на започване на кърменето

Модел	Нестандартизиран		Стандартизиран	t	p	95% ДИ за В	
	В	SE	β			от	до
(Constant)	1,356	0,167		8,12	0,001	1,02	1,68
Образование	0,056	0,032	0,050	1,75	0,081	-0,01	0,12
Възраст на майката	0,008	0,032	0,007	0,24	0,811	-0,06	0,07
Родоразрешение	1,238	0,064	0,507	19,4	0,001	1,11	1,36

3.4.2. Честотата на изключителното кърмене при децата от 0 до 6 месечна възраст (Exclusive breastfeeding under 6 months)

Честотата е 21,9% (n=48), като медианата на изключителното кърмене е 2 месеца (Таблица 5). Това е значително по-ниско от най-добрите показатели, предимно в страните от развиващия се свят: Руанда -88,4%, Мадагаскар – 67,2%, Молдова – 45,5%.

Начинът на раждане, времето на започване на кърменето, местоживеенето и етническата принадлежност на детето не оказват значимо влияние върху продължителността на изключителното кърмене (p>0,05). Между образованието на майката и продължителността на изключителното кърмене се установява слаба положителна статистически значима връзка (p=0,17; p=0,004). Начинът на родоразрешение (нормално раждане: 2,4 ±1,6мес.; секцио: 2,7 ±1,8мес.) се оказва значим фактор върху продължителността на изключителното кърмене при децата на майки с по-ниско от висше образование (p=0,04).

Включени в общ регресионен анализ от значимите фактори (образование, възраст, трудова заетост на майката, начало на кърменето), нито един от тях не се явява предиктор на продължителността на изключителното кърмене на децата от проучваната извадка ($p > 0,05$).

Таблица 5. Продължителност на изключителното кърмене (в месеци) по социално-демографските характеристики на майките

	Брой	Средна стойност	sd(\pm)	Медиана	Мин ÷ Макс	p
Общо	352	2,6	1,7	2	0,5÷7,0	
Образование на майката						
висше	224	2,8	1,8	2	0,5÷7,0	0,001
средно	104	2,4	1,6	2	0,5÷6,0	
основно	11	1,6	0,9	1	1,0÷4,0	
начално	6	2,3	1,5	2	1,0÷5,0	
без образование	7	1,4	0,5	1	1,0÷2,0	
Етнос						
български	308	2,6	1,7	2	0,5÷7,0	0,18
турски	22	2,5	1,8	2	1,0÷7,0	
ромски	14	1,8	1,1	1	1,0÷5,0	
друг	8	2,7	1,3	3	1,0÷4,0	
общо	352	2,6	1,7	2	0,5÷7,0	
Възраст на майката						
≤19 год.	4	1,4	0,5	1,3	1,0÷2,0	0,001
20-24 год.	34	2,1	1,2	2	1,0÷2,0	
25-29 год.	119	2,5	1,6	2	1,0÷6,0	
30-34 год.	130	2,5	1,6	2	0,5÷6,0	
35-39 год.	49	3,2	2,1	3	0,5÷7,0	
40-44 год.	12	4,3	2,5	5	1,0÷7,0	
45-49 год.	1	1	1	1	1÷1	

*t-коэффициент на Стюдънт или еднофакторен дисперсионен анализ (ANOVA)

3.4.3. Честотата на изключителното кърмене през възрастовия период 4-5 месеца (Exclusive breastfeeding for infants 4-5 months)

Тази честота (ИК 4-5м: дял на децата, които се кърмят изключително почти 6 месеца) в проучваната извадка е 5,4% ($n=4$), която отново е сред най-ниските в света: Молдова 24,6%, Канада 31%, САЩ 33,2%, Австралия 48%, Нова Зеландия 56%. ИК през 4-5 мес. е най-високо при майките с начално (25%) и средно образование (7,4%), от възрастовите групи 25 – 29 год. (7,7%) и 30 – 34 год. (7,1%), а също и домакини (14,3%). Делът на изключително кърмените деца до 6 месеца е по-висок от този, получен в Националното проучване от 2007 година - 2%.

3.4.4. Продължаващото кърмене до 1-годишна възраст (Continued breastfeeding at 1 year)

Този показател (ПК 1г.) измерва дела на кърмените деца през възрастовия период 12-15 месеца и в проучваната извадка е 14,9% ($n=22$), което е много по-ниско от стойностите за развити страни като Норвегия – 43%, Австралия –

30%, САЩ – 25%, Швеция – 18%. Делът на децата, кърмени в този период е много висок в развиващите се страни (над 80%).

Върху този показател не оказват влияние факторите като начин на раждане, време на започване на кърменето, етническа принадлежност на детето, местоживеене, образование и трудова заетост на майката ($p>0,05$). Сред честотите по възраст на майката се откроява групата 30-34 години: 28,3% ($n=13$) от децата на майки в тази възрастова група са кърмени във възрастта 12-15 месеца ($p=0,04$). Може да се обобщи, че майките, които кърмят децата си във възрастта 12-15 месеца, са предимно от възрастовата група 30-34 години, със средно образование, домакини или в отпуск по майчинство, живеещи в градския район, майки на деца от български етнос и започнали кърменето на децата си от 1 до 6 часа след раждането. От проучваните фактори не се установяват предикторни такива ($p>0,05$).

3.4.5. Въвеждане на твърди, полутвърди и меки храни (Introduction of solid, semi-solid or soft foods)

Относителният дял на децата на 6-8 месечна възраст, които получават твърди, полутвърди и меки храни е 88,3% ($n=1137$), като за останалата част от децата, които са захранени след тази възраст, съществува риск за правилния растеж и развитие. Средната възраст за включване на храни, различни от майчината кърма, при децата в настоящото проучване е $4,6 \pm 1,6$ мес. След 8-мия месец от раждането биват захранвани деца на майки с висше (1% от висшистките), начално и без образование (2,7% от тези с начално и без образование), възрастовите групи 25/44 год. (0,3-14,3%); всички с градско местоживеене; в отпуска по майчинство (0,3% от ползващи отпуска по майчинство) или работещи (1,7% от работещите); майки на деца от български етнос (0,5% от децата от български етнос) и ромски произход (2% от децата от ромския етнос). Майките с висше образование и на деца с български произход започват късното захранване с цел намаляване риска от алергии, а майките без образование и на деца от ромски произход – предимно поради липсата на средства за закупуване на храни. Захранването е описано подробно в точка 3.7 на това проучване.

Почти всички майки (88,6%, $n=195$), започнали захранването след навършени 6 месеца на кърмачето, споделят за проблем с включването на немлечни храни поради отказ от страна на детето да ги приема, особено в случаите на изключително кърмене.

3.4.6. Индикатор минимално диетично разнообразие (Minimum dietary diversity)

Този индикатор измерва относителния дял на децата на 6-23 месечна възраст, получаващи дневно 4 и повече групи храни от следните: 1. Зърнени, кореноплодни растения; 2. Бобови и ядки; 3. Млечни продукти (прясно, кисело мляко, сирене); 4. Месни храни – месо, риба, птиче месо, черен дроб; 5. Яйца; 6. Богати на витамин А плодове и зеленчуци; 7. Други плодове и зеленчуци.

Консумацията на храни от поне 4 групи храни през деня, предхождаш анкетата би означавало, че има вероятност детето да получава поне една храна от животински и една храна от растителен произход. При 81,4% от децата минималното диетично разнообразие включва 4 или повече групи храни.

Делът на децата, приемащи храни от ≤ 4 групи, е значимо по-нисък при тези на майки с по-високи образователни степени и възрастови групи, при трудовозаетите майки, при тези с деца от български и друг етнос, в сравнение с майките от другите категории на съответните признаци ($p < 0,001$). Повече от половината деца на майки с начално или без образование приемат ежедневно храни от 4 и по-малко групи (Таблица 6).

Таблица 6. Минимално диетично разнообразие по социално-демографските характеристики

Брой (%)	Минимално диетично разнообразие		p
	≥ 4 групи храни	< 4 гр. храни	
Общо	525 (84,1)	99 (15,9)	
Образование на майката			
висше	307 (90,8)	31 (9,2)	0,001
средно	185 (82,6)	39 (17,4)	
основно	13 (72,2)	5 (27,8)	
начално	6 (37,5)	10 (62,5)	
без образование	14 (50,0)	15 (50,0)	
Етнос			
български	468 (88,5)	61 (11,5)	0,001
турски	28 (73,7)	10 (26,3)	
ромски	20 (43,5)	26 (56,5)	
друг	9 (81,8)	2 (18,2)	
Възраст на майката			
≤ 19 год.	4 (40,0)	6 (60,0)	0,001
20-24 год.	47 (70,1)	20 (29,9)	
25-29 год.	199 (84)	38 (16,0)	
30-34 год.	185 (89,8)	21 (10,2)	
35-39 год.	67 (88,2)	9 (11,8)	
40-44 год.	12 (80,0)	3 (20,0)	
Трудова заетост а майката			
работа	78 (89,7)	9 (10,3)	0,001
студентка	9 (100)	0	
в отпуск по майчинство	386 (86,7)	59 (13,3)	
домакиня	28 (73,7)	10 (26,3)	
безработна	21 (51,2)	20 (48,8)	
друго	1 (100)	0	
Местоживее			
град	459 (84,2)	86 (15,8)	0,49
село	66 (83,5)	13 (16,5)	

3.4.7. Минимална честота на хранителния прием (*Minimum meal frequency*)

Минималната честотата на хранителния прием е относителния дял на кърмени и некърмени деца на възраст 6-23 месеца, които получават минимален брой и повече пъти твърди, полутвърди и меки храни (включително приема на мляко при некърмените деца). За кърмените деца на възраст 6-8 месеца, индикаторът се изчислява с минимален брой 2 хранения, а за възрастта 9-23 месеца – с 3. За некърмените деца минималният брой дневни приеми е дефиниран като 4 пъти за възрастовия период 6 – 23 месеца. В проучената извадка дялът на децата, получаващи минимален брой хранителен прием, е 100% както при кърмените, така и при некърмените деца.

3.4.8. Минимално-приемлива диета (*Minimum acceptable diet*)

Това е относителният дял на децата на възраст 6 – 23 месеца, приемащи ≥ 4 групи храни при 2-3 хранения, различни от кърма за кърмените, а ≥ 4 пъти дневно за некърмените деца. За кърмените деца той е 84,4% (n=460), а 82,1% (n=64) за некърмените деца. Този показател комбинира качествена и количествена характеристика на диетата и позволява да се проследи прогреса в храненето на децата. В „Демографското и здравно проучване” на СЗО за Европейските държави е налична информацията за минимално-приемлива диета само за Молдова, където този индикатор е с по-ниска стойност: 60% (n=192), поради по-високия дял и по-голямата продължителност на изключителното кърмене.

3.4.9. Относителен дял на кърмените деца (*Children ever breastfed*)

Дялът на децата от 0-24 месеца, които са били кърмени е 83,1% (n=746). В Таблица 7 е представена честотата на кърмене според социално-демографската характеристика на майката.

Значимо по-висока е честотата на кърмените деца при майки с по-висока степен на образование и по-висока възраст на майката, както и при българския етнос на детето ($p < 0,001$). Дяловете на кърмените деца не се различават статистически значимо по местоживееене и начин на родоразрешение ($p > 0,05$).

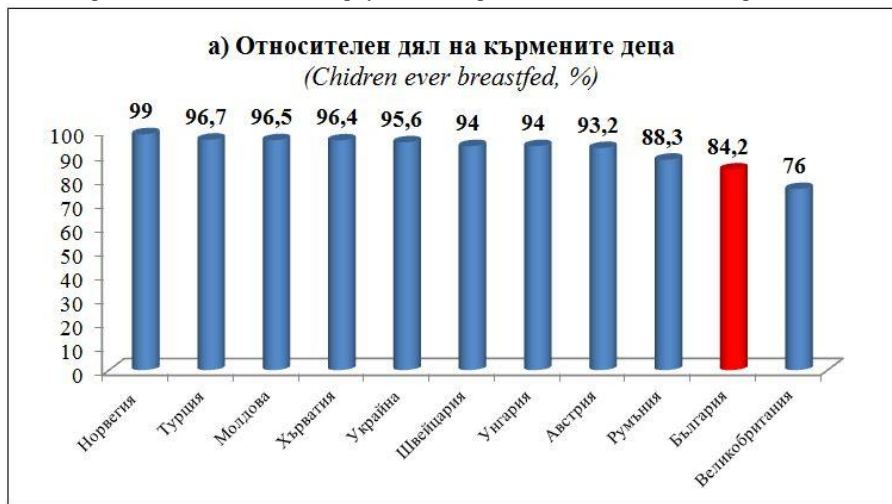
България се намира на по-ниските места в сравнение с останалите Европейски държави по показателя за дела на кърмените деца (Доклад на СЗО, 2009) (Фигура 4).

Таблица 7. Относителен дял на децата, които са били кърмени

	Кърмени деца 0-24 месеца		
	да Брой (%)	не Брой (%)	общо Брой
Общо	746 (83,1)	151 (16,9)	897
Образование на майката			
висше	402 (85,7)	67 (14,3)	469
средно	258 (84,0)	49 (16,0)	307
основно	30 (83,3)	7 (16,7)	37
начално	19 (55,9)	15 (44,1)	44
без образование	37 (72,5)	14 (27,5)	51
<i>p</i>*		0,001	
Етнос на детето			
български	628 (85,3)	108 (14,7)	736
турски	47 (77,0)	14 (23,0)	61
ромски	61 (70,9)	25 (29,1)	86
друг	10 (71,4)	4 (28,6)	14
<i>p</i>*		0,002	
Възраст на майката			
≤19 год.	20 (52,6)	18(47,4)	38
20-24 год.	92 (74,8)	31 (25,2)	123
25-29 год.	265 (84,9)	47 (15,1)	312
30-34 год.	255 (87,0)	38 (13,0)	293
35-39 год.	88 (89,8)	10 (10,2)	98
40-44 год.	14 (93,3)	1 (6,7)	15
45-49 год.	1 (100)	0	1
<i>p</i>*		0,001	

*критерий χ^2 на Пийърсън

Фигура 4. Честота на кърмене на децата в няколко европейски държави (данните за България са от Националното проучване на храненето на децата в България от 2009г.)



3.4.10. Продължаващото кърмене до 2-годишна възраст (Continued breastfeeding at 2 years)

Този показател в проучената извадка е 4,8% (n=6). Всичките случаи на продължаващо кърмене до 2-годишна възраст са с градско местоживеене, половината деца са от български, а другата половина – от ромски етнос.

3.4.11. Преобладаващо кърмене под 6 месечна възраст (Predominant breastfeeding under 6 months)

Този индикатор измерва относителния дял на децата на възраст 0-5 месеца, които са на преобладаващо кърмене, т.е. освен кърма, детето приема и вода или напитки на водна основа (подсладена или овкусена вода, чай, билкови отвари и др.); плодови сокове; разтвори за перорална рехидратация; капки и сиропи, съдържащи витамини, минерали и лекарствени вещества; ритуални течности (в ограничени количества). В проучваната извадка честотата на преобладаващото кърмене е 45,8% (n=92) и намалява значимо с намаляване на образователната степен на майката, при децата от ромски етнос и селско местоживеене, а нараства с увеличаването възрастта на майката ($p<0,001$).

3.4.12. Заместително хранене (хранене с млека за кърмачета) (Bottle feeding)

Заместителното хранене се свързва с по-ранно отбиване, по-висок риск от възникване на инфекция при неспазване на добра хигиена. Относителния дял на децата на възраст 0-23 месеца, които са хранени с млека за кърмачета е 51,7% (n=445).

3.4.13. Продължителност на кърменето (Duration of breastfeeding)

Този индикатор се представя чрез медиана на кърменето при децата на възраст 0-36 месеца, която е равна на 5 месеца за цялата извадка. Средните стойности на продължителността на кърменето по посочените социално-демографски характеристики на майките и децата са представени в Таблица 8.

Установяват се значими различия по образование, местоживеене и трудова заетост на майката, етническа принадлежност на детето. Най-висока е продължителността на кърмене при майките на деца от български етнос, с висше образование, градско местоживеене, във възрастовите групи 35 – 44 години, и трудово заетите майки ($p<0,05$).

3.4.14. Коефициент на детска смъртност (Infant mortality rate)

Честотата на умираанията при деца от 0 до 1 – годишна възраст на 1000 живородени деца през 2009 година във Варненска област е 6,3 ‰. *Смъртността под 5-годишна възраст (Under-5-Mortality rate)* за същата година е 8,1 на 1000 живородени деца. Това са едни от най-ниските показатели за периода 2000-2010 год.

Таблица 8. Продължителност на кърменето според основните социално-демографски характеристики на майките и децата.

Общо	Брой	Медиана	p
	1277	5,0	
Образование на майката			
висше	629	6,0	0,001
средно	409	4,0	
основно	51	3,0	
начално	41	1,5	
без образование	66	3,0	
Етнос			
български	979	5,0	0,001
турски	93	3,0	
ромски	108	2,0	
друго	16	6,0	
Възраст на майката			
≤19 год.	38	0,5	0,001
20-24 год.	167	3,0	
25-29 год.	390	5,0	
30-34 год.	389	5,0	
35-39 год.	164	6,0	
40-44 год.	28	6,0	
45-49 год.	2	4,0	
Местоживееене			
град	1035	5,0	0,001
село	161	3,0	
Трудова заетост на майката			
работя	254	5,0	0,03
студентка	14	5,0	
в отпуск по майчинство	733	5,0	
домакиня	72	2,5	
безработна	101	2,0	
друго	3	9,0	

*Ман-Уитни или Крускал – Уолис тест

3.4.15. Различия в продължителността на кърмене по пол

Честотата на кърмене при кърмачетата не се различава значимо по пол: 82,8% (n=555) при момчета и 80,5% (n=495) при момичетата (p=0,28). В продължителността на кърменето също не установихме статистически значими различия между половете в настоящото проучване, макар и кърмачетата от женски пол (6,01±5,8; медиана 5 мес.) да биват кърмени с един месец по-дълго в сравнение с мъжкия пол (5,3±4,8; медиана 4 мес.) (p=0,17).

Предходният опит в кърменето има разнопосочно влияние при различните майки: при неуспешно кърмене с по-големите си деца едни майки решават, че „нямат кърма и няма защо да опитват с кърменето”, докато другите изпитват угризения и се опитват при следващото дете да са по-настойтелни и последователни за да кърмят детето си по-дълго. Около една трета (34,2%; n=440) от анкетираните майки имат по-големи деца, от които 94,1% (n=414) са били кърмени. Средната продължителност на кърменето на по-големите деца е 6,0 (±5,2; медиана 5 месеца; лимит 0,5÷48) месеца, която

позитивно корелира с продължителността на кърменето на децата, включени в настоящото проучване (Spearman's $\rho = 0,21$; $p < 0,001$). По-кратката продължителност на кърменето на първите деца се свързва с по-висока честота на некърмене при следващите деца.

3.5. Подкрепа за кърмене в родилното отделение

Около 60% ($n=769$) от анкетираните майки споделят, че персоналът в родилното отделение, където е било родено детето им, изцяло ги е подкрепил в желанието и усилията им за кърмене (Фигура 5).

Фигура 5. Подкрепа на майките за кърменето, получена в родилното отделение



Почти 40% ($n=485$) са получили частична помощ или не им е било обърнато никакво внимание.

Абсолютната подкрепа от страна на персонала намалява статистически значимо с намаляване на възрастта и образователната степен на майката, към майките на деца от малцинствен произход и без работа ($p < 0,001$), (Таблица 9).

При анализиране в общ регресионен модел на факторите, корелации с отношението на медицинския персонал, статистически значим предиктор се явява възрастта на майката ($\beta = -0,062$; $p = 0,04$).

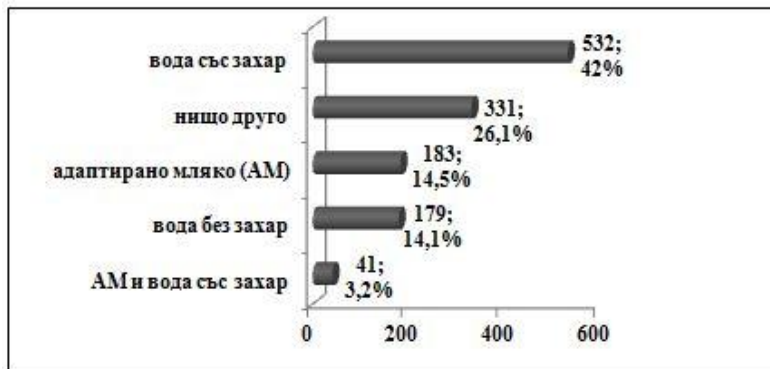
Препоръките за хранене на новородените в родилното отделение са от съществено значение за възможността за изключително кърмене и успеха на кърменето изобщо. Двадесет и една майки (1,6%) не са получили никакви препоръки за хранене на децата си в родилното отделение. Препоръките за хранене, дадени на останалите майки, включени в настоящото проучване са представени във Фигура 6.

Таблица 9. Какво е било отношението на медицинския персонал към кърменето в родилното отделение?

	подкрепиха ме изцяло в кърменето	отчасти ме подкрепиха	не проявиха никакво внимание	доникъде ме отказаха	бяха абсолютно против да кърмя	не съм правила опити да кърмя	общо	p*
Образование на майката								
висше	419 (54,5)	173 (50,9)	67 (10)	6(85,7)	2(66,7)	4(66,7)	671(52,8)	0,001
средно	282 (36,7)	108 (31,8)	45 (31,0)	1(14,3)	1(33,3)	2(33,3)	439 (34,6)	
основно	31(4,0)	15(4,4)	6(4,1)	0	0	0	52(4,1)	
начално	16(2,1)	15(4,4)	8(5,5)	0	0	0	39	
без образ.	21(2,7)	29(8,5)	19 (13,1)	0	0	0	69	
общо	769(60,6)	340(26,8)	145(11,4)	7(0,6)	3(0,2)	6(0,5)	1270	
Етнос								
български	658(85,6)	270(79,4)	103(71)	7(100)	3(100)	5(83,3)	1046(82,4)	0,001
турски	67(8,7)	17(5,0)	13(9,0)	0	0	1(16,7)	98	
ромски	34(4,4)	47(13,8)	27(18,6)	0	0	0	108	
друг	10(1,3)	6(1,8)	2(1,4)	0	0	0	18	
общо	769(60,6)	340(26,8)	145(11,4)	7(0,6)	3(0,2)	6(0,5)	1270	
Възраст на майката								
≤19 год.	16(2,1)	14(4,1)	6(4,2)	0	0	0	36(2,9)	0,001
20-24 г.	101(13,4)	46 (13,6)	20(14,1)	1(14,3)	0	16,7)	169(13,5)	
25-29 г.	239(31,7)	118(34,9)	62 (43,7)	0	2 (66,7)	5 (83,3)	426(34,1)	
30-34 г.	248 (32,9)	114 (33,7)	44 (31,0)	5(71,4)	1 (33,3)	0	412(33,3)	
35-39 г.	130 (17,2)	37 (10,9)	9 (6,3)	1 (0,7)	0	0	177(4,2)	
40-44 г.	19 (2,5)	8 (2,4)	1 (0,7)	0	0	0	28(2,2)	
45-49 г.	1(50)	1(50)	0	0	0	0	2 (0,2)	
общо	754(60,3)	338(27,0)	142(11,4)	7 (0,6)	3 (0,2)	6 (0,5)	1250	
Трудова заетост на майката								
работя	173 (22,9)	61(18,3)	30(20,7)	0	0	0	264(21,1)	0,001
студентка	15 (2,0)	3(0,9)	0	0	0	0	18(1,4)	
в отпуск по майчинство	476 (63)	214(64,1)	80(55,2)	7(100)	3(100)	4(66,7)	784 (62,7)	
домакиня	49 (6,5)	16(4,8)	13(9,0)	0	0	1(16,7)	79(6,3)	
безработна	41(5,4)	40(12,0)	22(15,2)	0	0	0	103 (8,2)	
друго	2 (0,3)	0	0	0	0	1(16,7)	3(0,2)	
общо	756(60,4)	334(26,7)	145(11,6)	7 (0,6)	3(0,2)	6(0,5)	1251	

*критерий χ^2 на Пийърсън или коефициент на Спиръман

Фигура 6. Какво освен кърма Ви препоръчваха да давате в родилното отделение на новороденото?



Допълнително да дават на детето си подсладена вода са били посъветвани 42% (n=532) от анкетираните майки, като това са предимно майки с начално (54,5%, n=24) и без образование (47,8%, n=33); безработни майки (59,3%, n=64). Едва една четвърт (n=485) от майките са получили препоръката да не дават нищо друго освен майчина кърма: 33,3% (n=6) от майките-студентки, 31,9% (n=36) от майките на деца от ромски етнос, 28,7% (n=31) от безработните майки. Нараства честотата на тази препоръка с намаляване на образователната степен на майките и намалява към тези от по-малките възрастови групи с изключение на най-младата група ≤ 19 години – 57,5% (n=23). С по-малка честота са съветите за хранене с мляко за кърмачета – 14,5%, за даване на вода без захар – 14,1% и за комбинацията от мляко за кърмачета и подсладена вода – 3,2%. Препоръката за даване на адаптирани млека се посочва по-често от майки със средно образование (18,9%; n=83), работещи майки в отпуска по майчинство (16,3%; n=127) и с напредване на възрастта. По-рядко се препоръчва на майки на деца от ромски етнос (0,9%; n=1) и на майките без образование (n=0), т.е. при последните вероятно се предполагат по-ограничени финансови възможности.

За упражнен натиск за включване на мляко за кърмачета в храненето на децата им в родилното отделение споделят 46 (3,7%) майки. Става въпрос предимно за майки с висше образование (95,6%; n=44; p=0,002), от възрастовите групи 25 – 34 години (86,6%; n=39; p=0,03), работещи (95,6%; n=44; p=0,35), с градско местоживееие (84,8%; n=39; p=0,78), майки на деца от български етнос (93,5%; n=43; p=0,14). Макар и незначимо по-често, натискът за даване на адаптирано мляко е бил упражнен повече при кърмещите майки в сравнение с некърмещите (76,1%; n=35; p=0,28).

3.6. Даване на вода

В родилните заведения се практикува даване на вода на детето от самото му раждане, като много често се дава и 5% разтвор на глюкоза или подсладена

вода поради наличието на физиологичен иктер. В настоящото проучване майките посочват даване на вода при 81,8% от децата (n=1053). По-високият относителен дял на даващи вода (подсладена или не) в сравнение с получените такава препоръка (56%) в родилното отделение, вероятно се дължи на традициите и препоръките от страна на бабите на децата, на ОПЛ, наблюдаващи развитието на детето.

Средната възраст на включване на вода е $1,7 \pm 1,9$ месеца (лимит 0÷12 мес.; медиана - 1 месец). Подсладената вода е давана в продължение средно на $2,1 \pm 2,5$ месеца (0÷24 мес.; медиана - 1 месец). С намаляването на образователната степен и възрастта, при липса на трудова заетост на майките и при ромския етнос на децата, водата в храненето се включва значимо по-рано и е по-продължителен приемът на подсладена вода при кърмачето ($p < 0,001$).

Таблица 10. Линейна логистична регресия със зависима променлива време на включване на вода в храненето на кърмачето

Модел	Нестандартизиранни кофициенти		Стандартизиранни кофициенти	t	p	95% ДИ за В	
	B	SE				β	от
(Constant)	2,335	0,341		6,85	0,001	1,66	3,04
Възраст на майката	0,071	0,065	0,037	1,10	0,271	-0,06	0,19
Образование	-0,384	0,091	-0,196	-4,23	0,001	-0,56	-0,21
Етнос	0,050	0,123	0,017	0,41	0,688	-0,193	0,292
Трудова заетост	-0,113	0,065	-0,064	-1,75	0,080	-0,240	0,014

Таблица 11. Линейна логистична регресия със зависима променлива продължителност на даването на подсладена вода

Модел	Нестандартизиранни кофициенти		Стандартизиранни кофициенти	t	p	95% ДИ за В	
	B	SE				β	от
(Constant)	-0,315	0,465		-0,68	0,499	-1,23	0,59
Възраст на майката	0,138	0,088	0,057	1,56	0,118	-0,04	0,31
Образование	0,597	0,121	0,253	4,94	0,001	0,36	0,84
Етнос	0,063	0,162	0,018	0,39	0,699	-0,26	0,38
Трудова заетост	0,306	0,087	0,142	3,51	0,001	0,14	0,48

От изброените фактори, включени в общ регресионен модел, образованието на майките остава значим предиктор за ранното включване на водата и по-дългото даване на подсладена вода ($\beta = -0,196$, $p < 0,001$), а по отношение на продължителността на даване на подсладена вода, като такъв се явява и факторът трудова заетост ($\beta = 0,253$, $p < 0,001$), (Таблицы 10 и 11).

Честотата на даването на подсладена вода до 2-месечна възраст в проучваната извадка е съпоставима с тази от „Националното проучване на храненето на кърмачета и деца до 5-годишна възраст“. В настоящото проучване установяваме малко по-високи стойности на приема - 50,1% спрямо 45,8% .

Продължителността на даването на подсладена вода има обратно пропорционална връзка с продължителността на изключителното кърмене (Pearson's $r = -0,32$, $p = 0,001$).

3.7. Захранване на кърмачето

Средната възраст на включване на храни, различни от майчиното мляко, при децата в настоящото проучване е 4,6 ($\pm 1,6$) месеца. При некърмените деца захранването започва по-рано: на 4-месечна възраст в сравнение с кърмените деца - 4,5-месечна възраст ($p < 0,001$).

Таблица 12. Възраст (в месеци) на започване на захранване по основните социално-демографски характеристики на участниците в проучването

	брой	средна стойност (\pm sd)	медиана	мин.и макс. стойност	p*
Общо	1153	4,6(1,6)	4,0	1,0÷12	
Кърмене					
да	954	4,6(1,6)	4,5	1,0÷12	0,001
не	198	4,2(1,6)	4,0	1,0÷9,0	
Образование на майката					
висше	598	5,0(1,5)	5,0	1,0÷12	0,001
средно	414	4,2(1,4)	4,0	1,0÷9,0	
основно	42	4,0(1,3)	4,0	3,0÷7,0	
начално	37	3,8(1,9)	3,0	1,0÷12	
без образоз.	62	3,6(1,8)	3,0	1,0÷12	
Етнос					
български	953	4,7(1,5)	5,0	1,0÷12	0,001
турски	83	4,4(1,6)	4,0	2,0÷8,0	
ромски	102	3,7(1,9)	3,0	1,0÷12	
друг	15	5(1,7)	4,0	3,0÷9,0	
Възраст на майката					
≤19 год.	31	2,9(1,4)	3,0	1,0÷12	0,001
20-24 год.	137	3,8(1,3)	4,0	1,0÷7	
25-29 год.	395	4,5(1,4)	4,0	1,0÷12	
30-34 год.	373	4,7(1,6)	5,0	1,0÷12	
35-39 год.	169	4,9(1,4)	5,0	1,0÷12	
40-44 год.	28	5,9(2,9)	5,0	2,0÷12	
45-49 год.	2	3,5(0,7)	3,5	3,0÷4,0	
Трудова заетост на майката					
работа	242	4,8(1,7)	5,0	1,0÷12	0,001
студентка	13	4,4(1,3)	4,0	3,0÷6,0	
в отпуск по майчинство	708	4,7(1,4)	5,0	1,0÷12	
домакиня	76	4,1(1,4)	4,0	1,5÷7,0	
безработна	101	3,7(1,8)	3,0	1,0÷12	
друго	3	5,2(1,4)	6,0	3,5÷6,0	
Местоживееие					
град	992	4,6(1,5)	5,0	1,0÷12	0,001
село	161	4,01(1,6)	4,0	1,0÷12	

*t-коэффициент на Стюдънт или еднофакторен дисперсионен анализ (ANOVA)

Майките с висше образование започват храненето на децата си значимо по-късно в сравнение с майките с друга степен на образование (Pearson's $r=0,14$; $p<0,001$). Между останалите образователни степени не се установява статистически значима разлика във времето на започване на храненето ($p>0,05$). При децата с ромски произход храненето започва на значимо по-ранна възраст в сравнение с децата от друг етнически произход (Pearson's $r=-0,14$; $p<0,001$). Между отделните 5-годишни възрастови групи на майките от 25 до 45 годишна възраст се установява статистически значима разлика във възрастта на започване на хранене на техните деца: всяка следваща по-възрастна група (с изключение на групата 45-49 год.) храненето започва по-късно (Spearman's $\rho=0,23$; $p<0,001$). Вероятно върху това оказва влияние малкият брой на майките във възрастовата група 45-49 години (Таблица 12).

Не се оправда очакването, че трудовозаетите майки ще започват по-рано храненето с оглед по-бързо връщане на работата: безработните майки започват храненето при децата си значимо по-рано от работещите майки и тези в отпуск по майчинство (Pearson's $r=-0,15$; $p<0,001$). Между останалите категории на трудовата заетост на майките не се установява статистически значима разлика в началото на храненето на децата им ($p>0,05$).

Също така, може да се отбележи, че децата в селските райони биват хранени значимо по-рано в сравнение с децата с градско местоживее: 4,01 и 4,64 месеца съответно (Pearson's $r = 0,14$; $p<0,001$).

Възрастта за въвеждане на отделните хранещите храни е представена в Таблица 13. Характерно е, че майките посочват време за въвеждане на повечето видове храни по-рано отколкото са съвременните препоръки. В противовес на тезата, че включването на повечето храни преди достигането на минималната възраст (до 3-ти месец) е даже рисково за здравето на детето, се оказва, че макар и ограничена, тази практика съществува: преди навършване на 3 месечна възраст на детето, 2% от майките дават пряко краве мляко, 4,5% – кисело краве мляко, яйчен жълтък – 1,8% .

Доносените, здравите и кърмените деца нямат допълнителна нужда от вода до 6-тия месец поради достатъчното количество водно съдържание в майчината кърма. Една четвърт (25,4%) от участничките смятат, че **водата и чаят** е подходящо да бъдат включени или от самото раждане, или в първите няколко седмици след раждането. Средната възраст за включване на вода и чай се увеличава с намаляване на образователната степен на майката, при децата с майки от турски и ромски етнос, в селския район в сравнение с градския район на местоживее ($p<0,001$). Майките, както и повечето ОПЛ, включени в проучването, не възприемат **соковете** (плодови, зеленчукови) като хранещи храни: през третия месец след раждането си половината от децата приемат плодови сокове.

Зеленчуковите и плодовите пюре се въвеждат след плодовите сокове средно през петия месец след раждането: по-рано при децата на майки с по-ниска степен на образование, от турски или ромски етнос, селски район на местоживее ($p<0,001$).

Таблица 13. Подходяща възраст на детето за въвеждане на следните храни (в месеци)

	В коя възраст на детето е подходящо да се въведат следните храни (в месеци):														p*
	Вода	Чай	Плодов сок	Зеленчук ово поре	Плодово поре	Каша	Жълтък	Месно-зеленчук ово поре	Попара	Сула	Цяло яйце	Кисело мляко	Прясно мляко		
Брой	1020	994	1145	1181	1178	1119	1092	1140	1136	1082	945	1042	944		
средна ±sd	1,6(1,9)	2,4(2,6)	4,5(2,2)	4,9(1,3)	4,9(1,4)	5,6(1,4)	6,7(2,1)	6,9(1,9)	7,3(2,0)	7,8(2,2)	12,1(4)	9,9(3,8)	12,9(4,8)		
медяна	1,0	1,0	4,0	5,0	5,0	6,0	6,0	7,0	7,0	8,0	12,0	10,0	12,0		
мин. ст-ст	,0	,0	,0	2	2,0	3,0	2	3	1	2	1,00	1	1,00		
макс. ст-ст	12	24	18	12	12	15	24	24	24	24	36	36	36		
Образование															
висше	1,9(2,2)	2,7(2,8)	4,8(2,1)	5,2(1,2)	5,3(1,2)	5,9(1,2)	6,8(1,7)	6,9(1,3)	7,6(1,6)	8,2(1,9)	12,2(3,7)	10,6(3,6)	13,7(4,7)		
средно	1,3(1,7)	2,2(2,1)	4,2(2,3)	4,6(1,1)	4,6(1,1)	5,5(1,5)	6,5(2,3)	6,5(2,3)	6,5(1,6)	7,7(2,5)	12(3,9)	10(3,5)	12(4,6)		
основно	1,0(1,6)	1,5(1,2)	3,5(1,3)	4,1(1,3)	3,9(1,3)	4,8(1,5)	6,7(1,9)	6,8(1,4)	6,5(1,9)	6,9(2,5)	12,6(4,2)	7,4(3,1)	10,9(4,4)	0,001	
начално	0,8(1,4)	2,1(4,2)	4,1(2,6)	4,5(2,3)	4,5(2,3)	4,4(1,6)	7,6(4,8)	7,6(2,6)	6,8(3,3)	6,2(2,1)	12,3(5,5)	6,9(3,8)	12(3,9)		
без образ.	0,5(0,3)	1,2(2,9)	3,8(2,6)	4,3(1,9)	4,3(2,1)	4,7(2,2)	6,3(2,1)	8,3(5,4)	5,6(2,2)	6,6(2,6)	12,2(6,9)	6,8(5,2)	11,6(6,7)		
Етнос															
бълг.	1,7(2,1)	2,5(2,4)	4,6(2,2)	5(1,2)	5,1(1,2)	5,8(1,3)	6,7(2,1)	6,8(1,5)	7,4(1,9)	8,1(2,2)	12,1(3,8)	10,4(3,6)	13,2(4,7)		
турски	1,2(1,1)	2,5(2,6)	3,7(2,1)	4,2(0,8)	4,3(1,1)	5,2(1,1)	6,2(1,8)	6,6(1,7)	6,7(1,5)	7,5(2,2)	11,8(3,4)	8,3(3,1)	12,5(5,0)	0,001	
ромски	0,7(1,2)	1,4(3,3)	3,9(2,6)	4,0(1,4)	4,4(2,2)	4,7(2,1)	7,1(3,2)	7,7(4,3)	6,2(2,8)	6,4(2,3)	12,6(5,9)	6(4,5)	12(5,9)		
друг	2,1(1,7)	4,9(3,1)	4,6(1,9)	5,4(1,4)	5,3(1,5)	6,2(1,7)	6,5(1,1)	7,0(1,4)	7,7(1,3)	8,0(1,7)	10,4(2,5)	9,1(3,1)	10,2(2,9)		
Местоживене															
град	1,6(2,1)	2,4(2,6)	4,5(2,2)	4,9(1,3)	5,1(1,4)	5,7(1,4)	6,7(1,9)	6,9(1,9)	7,3(1,9)	7,9(2,1)	12,1(3,9)	10,2(3,7)	13,2(4,7)	0,001	
село	1,3(1,6)	2,2(2,9)	4,2(2,5)	4,5(1,2)	4,4(1,2)	5,5(1,6)	6,7(2,8)	6,7(1,7)	7,2(2,6)	7,5(2,8)	11,7(4,2)	8,6(4,1)	11,6(5,2)		

*Крускал -Уолис анализ или t-критерий на Стюдънт

Кашата се включва в менюто през шестия месец, отново по-рано при децата на майки с по-ниска степен на образование, от турския или ромския етнос, както и от селския район на местоживеене ($p < 0,001$).

Откроява се по-късното включване на **жълтъка** и **месно-зеленчуковото пюре** при децата от ромски произход (7-ми месец), като при около 10% от този етнос жълтъкът се включва след навършване на едногодишна възраст. Почти половината (45,1%) от майките на децата от ромския етнос не знаят кога и защо трябва да се започне приемът на яйчен жълтък.

Попарата се дава на децата, включени в проучването, през 7-мия месец, по-рано при деца на майки с по-ниска степен на образование, от турския или ромския етнос ($p < 0,001$).

Супата се включва в менюто през 8-мия месец за цялата извадка, като най-рано се дава на децата от ромски произход и от майки с начално и без образование: една трета (33,4%; $n=32$) от децата от ромски произход биват захранвани със супа. Основният проблем в този случай е, че при ромите повече от 80% супите се приготвят с готови разтворими бульони, богати на сол, глутамат и хидрогенирани мазнини. По този начин се увеличава натоварването на организма със сол, бъбречна ретенция на натрий и още от най-ранна детска възраст се създават предпоставки за *ранна изява на фамилната обремененост със сърдечно-съдови заболявания в тази етническа група*.

Цяло яйце не трябва да се дава на детето преди 6-месечна възраст поради опасността от алергични реакции, а така също и от хранителни отравяния със салмонела и други микроорганизми.

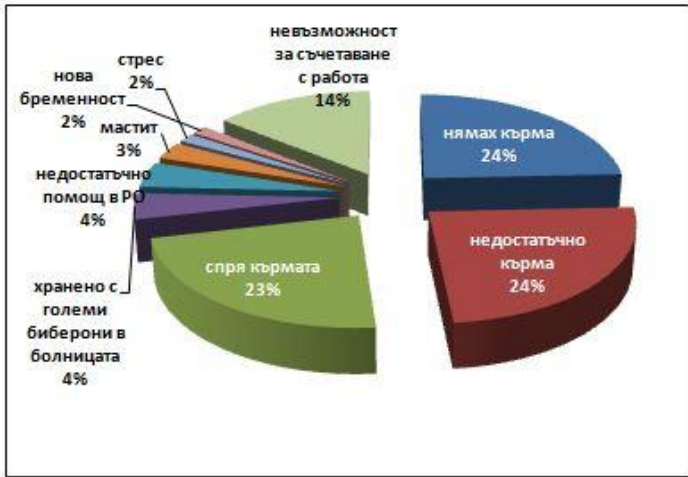
Киселото мляко се препоръчва да се включва в менюто на кърмачето след 8-мия до 10-тия месец в много малки количества. При около 4% от децата от ромски произход киселото мляко се включва още на 1-месечна възраст (при 0,5% - от български етнос), а при 76,3% - към 9-месечна възраст (36% - от български етнос; 65,7% - от турски етнос).

Прясното мляко, като заместител на майчината кърма не трябва да се дава на детето до навършване на 1-годишна възраст. Установява се пряка умерена корелационна зависимост между степента на образование на майката и времето на започване на даване на прясно мляко (Spearman's $\rho = 0,23$; $p < 0,001$). Това са предимно майки от малцинствен произход, които поради финансови причини заместват майчиното мляко с животински млека, вместо с адаптирани. Образованието на майката, етническата принадлежност, местоживеенето в селата и по-младата възраст на майките са фактори, повлияващи по-ранното включване на киселото и прясното мляко в диетата на кърмачето ($p < 0,001$).

3.8. Причини за некърмене

От 235 майки, които не са кърмили децата си 29,8% ($n=70$) са посочили конкретни причини да не кърмят, представени на Фигура 7.

Фигура 7. Причини за некърмене на децата



Почти половината майки (48%; n=34) споделят, че са нямали кърма или кърмата им е била недостатъчна. При други 23% от майките кърменето не е продължило, т.к. кърмата е спряла. Маститът е станал причина за спиране на кърменето в два от случаите, а недостатъчната подкрепа и кърменето с биберони с големи отвори в родилното отделение са възпрепятствали кърменето при шест от майките.

3.9. Източници на информация за храненето на детето.

Основният източник на информация за храненето на децата при майките е ОПЛ или педиатър, проследяващ развитието на детето (73,3%; n=939). Значението на **ОПЛ като основен източник** на информация е най-високо при майките на деца от ромския етнос (82,6%; n=95; p=0,02), майките с начално и без образование, възрастовите групи 20-24 год. и 35-39 год., и с градско местоживееие (p>0,05). Около половината от анкетираните майки (48,7%; n=627) споделят, обаче, че не са удовлетворени от обема и/или актуалността на информацията, която получават от ОПЛ по отношение на кърменето и захранването на детето.

Анкетираните майки смятат, че ОПЛ не обръщат достатъчно внимание на въпросите, които вълнуват майките относно храненето, закаляването и правилното отглеждане на децата. Това са предимно майки с по-висока степен на образование, градско местоживееие, работещи и майки на деца от български етнос (p<0,05). Друг проблем, който се открие в хода на анкетирането на майките е обхващането с профилактични медицински грижи на децата от малцинствен произход.

Делът на децата, които не са обхванати от грижите на ОПЛ сред ромския етнос е 8,7%; n=10, а като основна причина за липсата на такъв, майките

посочват нежеланието на лекарите да впишат децата им в листите си поради големия брой пациенти в тях. Повечето от тези майки изказват съмнение, че отказът на лекарите е свързан по-скоро с етническата принадлежност на децата им. По този начин се създават предпоставки за неравенство в достъпа до медицинските услуги за една много рискова прослойка от обществото, сред която проблемът със здравното възпитание стои изключително остро и лекарят се явява основен източник на здравна информация.

На второ място, като източник на информация за кърменето и храненето на кърмачето, анкетираните майки посочват **средствата за масова информация** (СМИ: 44,7%; n=575). Проблемът, за който споделят майките е, че големият обем информация в медиите, и преди всичко, електронните медии, много често е противоречив, едностранчив и понякога неактуален. Множеството електронни страници, запълнени във форумите към тях с мнения и предложения на отделни майки, реклама на млека за кърмачета и други захранващи храни и липсата на електронни страници с публикуване на материали от утвърдени специалисти с авторитетно мнение е другият проблем, споделен от майките.

Статистически значими разлики в използването на медиите се установяват при майките с различни образователни степени, възрастови групи, местоживее и етническа принадлежност на детето ($p < 0,001$). Откроява се изключително ниската честота (1,4-9,4%) на информирани от медиите и **научно-популярна литература** при майките с начално и без образование, под 19-годишна възраст, както и майките на деца от ромски произход. Неграмотността и невъзможността за закупуване на списания и книги за бъдещи и млади майки определят тези източници на информация като най-слабо разпространени сред посочените социални слоеве от населението (60%, n=24 от майките под 19 годишна възраст са майки на деца с ромски произход).

Близкото обкръжение на майките включва близки роднини (съпруг, майка, сестра, свекърва и др.) и приятели, които имат отношение към отглеждането на детето чрез преки грижи или даване на съвети. Установи се статистически значима разлика между отделните разновидности на проучваните фактори: с намаляване на образователната степен, възрастта на майката, малцинствения произход на детето и при селското местоживее, влиянието на близкото обкръжение нараства ($p < 0,001$). Това се установява от докторанта и при консултирането на много от майките, когато при проблеми с кърменето, при добре започнало кърмене в болнична обстановка, в домашни условия се променят практиките на кърмене според препоръките на попитните и авторитетни за майките близки.

Една част от младите майки, при най-малък проблем и натрупана умора покрай грижите за кърмачето се поддават на препоръките на своите майки или майките на съпрузите им под претекста, че те са отгледали живи и здрави вече самите тях. Важно е това да се взема предвид при разработване на образователни програми за промоция на кърменето и адекватното захранване.

Особено силно е влиянието на майките и свекървите на анкетираните майки на деца от малцинствен произход. Това е породено от една страна от културалните особености на етноса, а от друга страна, поради високата честота на ранната раждаемост при тези майки, когато те сами са още незрели и неспособни да се грижат за децата си.

Майките отреждат последно място при информиране за хранене на детето си на **акушерките и медицинските сестри** (9,3%; n=120), което говори за сериозен проблем в дейността на здравните кадри.

IV. Резултати и обсъждане от проучването сред ОПЛ

4.1. Описателна характеристика на изследваните лица

От общо 650 лекари от областите: Варна, Бургас, Шумен, Добрич и Русе, поканени да участват в проучването, се отзоваха 544. Окончателният брой на анкетните карти, отговарящи на изискванията е 526 (57,4% от сключилите договор с НЗОК в същите области). Делът на ОПЛ, практикуващи в градските населени места е по-голям (75,9%). Жените преобладават сред изследваните лица (75,1%), и основно те осигуряват здравното обслужване на населението (Таблица 14).

Таблица 14. Характеристика на анкетиранияте ОПЛ по основни демографски признаци

	Общо n (%)	Град (n%)	Село (%)	p
Пол				
мъже	131 (24,9)	75 (18,8)	56 (44,1)	
жени	395 (75,1)	324 (81,2)	56 (55,9)	<0,001*
Общо	526 (100)	399 (100)	127 (100)	
Възраст				
n	523	396	127	
средна (SE)	48,9 (0,3)	48,7 (0,3)	49,8 (0,7)	0,2**
Специалност				
Обща медицина	138 (26,2)	100 (25,1)	38 (29,9)	
Педиатрия	131 (24,9)	117 (29,3)	14 (11,0)	
Вътрешни болести	41 (7,8)	31 (7,8)	10 (7,9)	
Друга	33 (6,3)	19 (4,8)	14 (11)	<0,001*
Педиатрия и ОМ	42 (8,0)	40 (10)	2 (1,6)	
Вътрешни болести и ОМ	23 (4,4)	19 (4,8)	4 (3,1)	
Без специалност	118 (22,4)	73 (18,3)	45 (35,4)	
Професионален стаж				
до 10 години	15 (2,9)	14 (3,5)	1 (0,8)	
10 - 19 години	173 (33,1)	128 (32,4)	45 (35,2)	
20 - 29 години	220 (42,1)	167 (42,3)	53 (41,7)	0,42*
30 и повече год.	114 (21,8)	86 (21,8)	28 (22,0)	
Общо	522 (100)	395 (100)	127 (100)	
Среден брой пациенти				
n	519	392	127	
средна (SE)	1546 (29,6)	1615 (34,8)	1333 (51,45)	<0,001**
Среден брой пациенти 0 - 3 годишна възраст				
n	518	391	127	
средна (SE)	112,63 (7,81)	130 (10,1)	61 (5,12)	<0,001**

Критерий χ^2 на Pearson; ** t – Критерий на Student

4.2. Съответствие между съвременните препоръки за успешно кърмене и препоръките, давани от ОПЛ

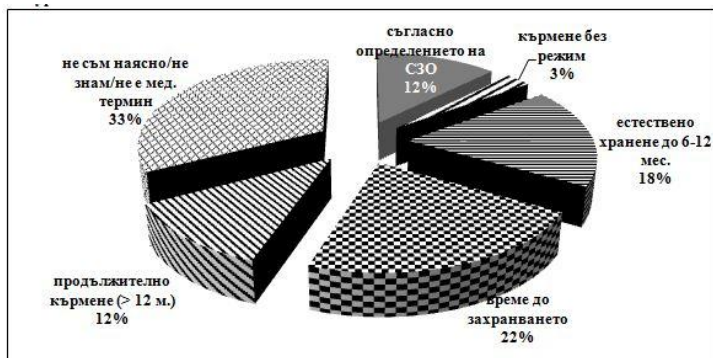
Важна роля в насърчаването и подкрепата на кърменето играят здравните кадри, обслужващи децата в първите дни и месеци от живота им и особено общопрактикуващия лекар (ОПЛ), поемащ грижите след изписване на новороденото от родилното заведение. Проучвания от други държави още

преди 15 години поставят въпроса за нивото на знанията и подготовката и на лекарите от общата практика по проблемите с кърменето.

4.2.1. Разбиране значението на термина „изключително кърмене”

На въпроса „Според Вас, какво е „изключително кърмене?” са получени 514 отговора. Едва 64-ма (12,2%) лекари посочват дефиницията на СЗО за понятието „изключително кърмене”. Още толкова от респондентите (n=62; 11,8%) подразбират под този термин продължителното кърмене, надвишаващо 12 месеца. Една пета (n=113; 21,5%) от респондентите смятат, че това е времето до захранването на детето, което би било полезно, ако лекарите препоръчват по-късна възраст на започване на захранването и възприемат соковете и плодовете порета за захранваща храна. 17,9% от лекарите са посочили традиционният термин „естествено хранене”, продължаващо между 6 и 12 месеца. В около 1/3 (n=168; 31,9%) от случаите респондентите споделят, че „не са наясно, не знаят или не считат това за медицински термин” (Фигура 8).

Фигура 8. Разбиране на термина „изключително кърмене”



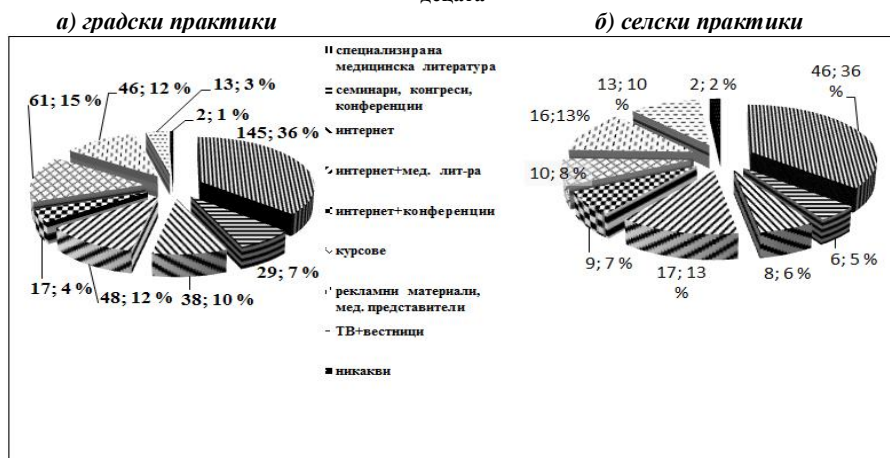
Установена бе връзка между пола, района на практиката, вида на придобитата специалност, дела на децата под 3 год. възраст в списъка с пациенти и познаването на термина ИК ($p < 0,05$). Контролирайки разпределението на отговорите за понятието на термина „изключително кърмене” по съответните признаци, се установи статистически значимо по-висока степен на познаване на термина при лекарите от градските в сравнение със селските практики, (14,3% и 6%; $p = 0,004$); при жените в сравнение с мъжете-ОПЛ (15,2% и 3,9%; $p = 0,012$).

ОПЛ с придобита специалност по детски болести посочват в най-висока степен познаването на термина ИК (18,6%), следвани от лекарите с две придобити специалности - обща медицина и детски болести (14,3%), а най-ниска е степента на познаване на термина при лекарите с друга специалност

(3,1%; $p < 0,0001$). С нарастване броя на пациентите и относителния дял на децата до 3-годишна възраст в списъка на пациентите статистически значимо се повишава и познаването на термина, съгласно определението на СЗО ($p = 0,008$).

Сред основните източници за актуализиране на познанията и тенденциите в храненето за ОПЛ водеща се явява специализираната медицинска литература (учебници по педиатрия, списания) – 33,3%, следвана от обучителни курсове (13,5%), и съчетанието на СМИ (Интернет) и медицинска литература (12,4%).

Фигура 9. Източници на ОПЛ за актуализиране на познанията и тенденциите в храненето на децата



Посочването на източници на информация за храненето на децата не се различава при разпределението на респондентите по пол, възраст, специалност, размер на пациентския списък, трудовия стаж и географска област на практиката ($p > 0,05$).

Половината от анкетираните ОПЛ (51,7%; $n = 223$) съветват майките да кърмят изключително децата си по-малко или равно на 6 месеца (медиана = 6мес.), каквито са и препоръките на СЗО. Големият относителен дял на лекарите, препоръчващи ИК да продължи по-дълго от 6 до 12 мес. (47,1%; $n = 203$) се дължи на ниската честота както на декларираното (10,14%; $n = 64$), така и на действителното познаване на термина ИК: 19,7% от тези, които твърдят, че са наясно с термина ИК препоръчват то да продължи повече от 6 и 12 месеца. Степента на познаване на реалното значение на термина ИК и препоръчането на ИК с адекватна продължителност е по-висока в градските райони на ОПЛ практики, в сравнение със селските райони. Повече от половината (58,2%) от ОПЛ в селата, които твърдят, че познават термина ИК, препоръчват то да продължи над 7 или 12 месеца, което показва, че под този термин те подразбират по-скоро класическото естествено хранене на

кърмачето, с каквато и да е продължителност на кърменето и ранно захранване.

При ОПЛ-жени се установява умерена корелация между по-високата степен на познаване на термина ИК според определението на СЗО и по-кратката препоръчвана продължителност на изключителното кърмене както от градските ($r=0,35$, $p<0,001$), така и от селските ($r=0,26$, $p=0,04$) райони на практика. Различията между половете в познанията за кърменето и възможностите за справяне с проблемите при кърмене се описват и в чужди проучвания.

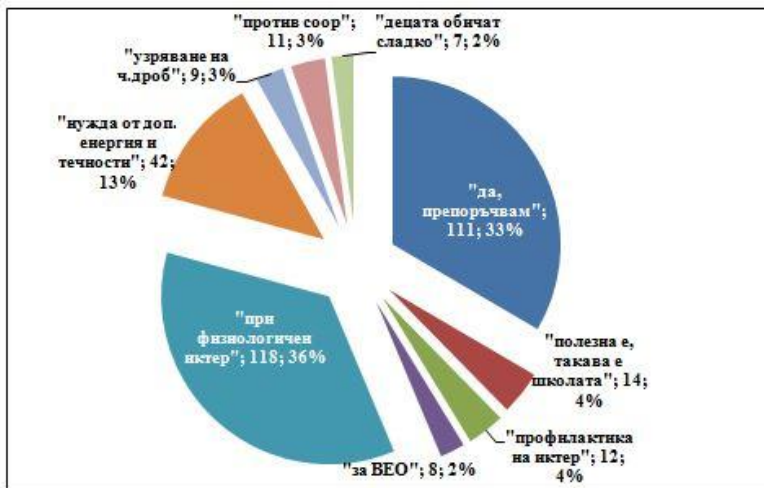
Освен по-добрите знания за кърменето, ОПЛ от женски пол обичайно се справят и по-добре с проблемите при кърменето от техните колеги от мъжки пол. Преди всичко поради възможността при жените за личен опит в кърменето, по-лесното разбиране между представителки от един и същ пол и предпочитанието на майките да споделят проблема и да се вслушат в съвет по-скоро от лекар-жена. По литературни данни, предиктор за по-високата степен на знания и възможности за справяне с проблемите при кърмене при мъжете се явява опит с кърменето при партньорката им.

4.2.2. Препоръки за даване вода на кърмачето

При изключително кърмените деца потребностите от вода са много по-ниски в сравнение с децата на смесено или изкуствено хранене поради балансирания спрямо възрастта на детето състав на кърмата. *Традиционните препоръки на българската педиатрична школа са за даване на подсладена вода още от самото раждане*, като необходимостта от това се аргументира с това, че чрез водата „хранителните вещества се разнасят до клетките, а ненужните отпадъчни вещества се изхвърлят”. Независимо, че през последните три десетилетия даването на вода на естествено хранено кърмаче се отхвърля по света, педиатрите и ОПЛ в България продължават да съветват майките да предлагат на децата си вода от самото раждане.

От анкетираните ОПЛ 63,12% ($n=332$) препоръчват даване на подсладена вода на кърмачета, а не препоръчват – 194 лекари. Около 1/3 от препоръчващите даване на подсладена вода лекари не са уточнили конкретната причина за това (33%, $n=111$), (Фигура 10). Като основни причини за необходимостта от даване на подсладена вода на кърмачето респондентите посочват наличието или профилактиката на физиологичен иктер (40%, $n=130$), необходимостта от допълнителен внос на енергия и течности (13%, $n = 42$), и „защото е полезна и такива са препоръките на българската педиатрична школа” (4%, $n= 14$).

Фигура 10. „Кои са причините за препоръчване на подсладена вода?“



От всички изследвани фактори в проучването не са установени значими различия в разпределението на честотата на препоръчване на подсладена вода ($p > 0,05$), с изключение различията между административните области: честотата е най-висока в област Варна (66,3% $n=120$), а в област Добрич – най-ниска (50,6% $n=41$) ($\chi^2 = 10,42$; $p = 0,03$). Високата честота на препоръка за даване на подсладена вода (общо и за област Варна) корелира с резултатите от проучване „Кърмене във Варненска област“, обект на настоящия дисертационен труд: 746 (63,4%) от майките посочват, че са давали на децата си подсладена вода през първата година след раждането.

4.2.3. Препоръчване на даване на мляко за кърмачета

В случаите, когато детето е естествено хранено и има потребност или желание на майката, се преминава към заместително хранене с млека за кърмачета. Неправилната преценка за включване на млека за кърмачета е и една от най-честите грешки, допускани в консултирането на майки-кърмачки. За целите на изследването, разграничихме 3 групи индикации за предписване на заместително хранене с млека за кърмачета: а) *абсолютни* показания, когато естественото хранене е противопоказано - инфекциозни заболявания при майката; лечение с радиоактивни изотопи, химиотерапевтици, тежки сърдечни и бъбречни заболявания, агактагия, метаболитни нарушения (галактоземия, лактазен дефицит, нарушения на оксигенацията на дълговерижните мастни киселини), муковисцидоза, тежка степен на нискотегловност при новороденото (под 500 – 1000 гр.); б) *относителни* показания при майката и детето – близнаци, едър плод, морфологични показания (плоски или вдлъбнати зърна на гърдите при майката, мастит и др),

недостатъчен тегловен приръст; в). *Относителни външни показания* – работа, отсъствие на майката.

Само 150 (29,1%) лекари препоръчват даване на мляко за кърмачета при абсолютни противопоказания и невъзможност за кърмене, а 66,8% (n=344) – при относителни причини за невъзможност за кърмене.

При анкетирането от докторанта на част от лекарите се установи при почти всички неяснота по отношение темповете на приръст при деца с различен тип хранене, непознаване на съвременните видове *растежни криви* за кърмените и некърмените деца и особено на недоносените и нискотегловните такива. Лекарите правят заключение за количеството изсухана кърма предимно от едно пробно кърмене в необичайната за майката и детето обстановка на лекарския кабинет. Практиката на 24-часово мониториране на количеството изсухана от детето кърма е непозната и сложна за осъществяване според ОПЛ. Оттук произтича и невъзможността за преценка на адекватността на тегловния приръст, дали кърмата е достатъчна, колко и как да се дава мляко за кърмачета за дохранване.

Високата честота за предписване на млека за кърмачета при относителни индикации, особено при наличие на кърма, е значителен резерв за повишаване честотата и продължителността на изключителното кърмене и кърменето въобще. Прилагането на адекватни мерки за справяне с възникналите проблеми ще доведе до успешно кърмене и като обем, и като продължителност. Важно е, обаче лекарите да са подготвени и практически обучени да разпознават и разрешават проблемите при кърмене.

4.2.4. Препоръки за стимулиране и запазване на лактацията

Съветите, които ОПЛ дават на майките за стимулиране и запазване на лактацията се отнасят предимно до храненето и режима на сън и бодърстване: 166 (33,8%) препоръчват „спазване на хигиенно-диетичен режим” (ХДР), който включва пълноценно хранене с допълнителен внос на белтъчини и течности, достатъчно сън и почивка (Фигура 11). Към ХДР анкетираните лекари препоръчват още избягване на стресови ситуации и естествено хранене - 148 (30,1%).

Изброените дотук препоръки, заедно с предписването на витамини от групите А, Е, С, хомеопатични препарати, лактогенни чайове (12,8%, n=63) формират доминиращата група (76,8%, n=377) препоръки, които са фокусирани върху вноса на необходимите нутриенти за производство на кърма и попълване на депата при майката.

Само тези мерки обаче, не биха били достатъчни за адекватна лактация т.к. е важно при прилагане на повишаващи производството на кърма мерки, да се прилагат и тези за адекватно освобождаване на гърдата. В противен случай, свръхпродукцията и застоят на кърма в гърдите отключват механизма на подтискане на лактогенезата чрез локалния инхибитор на лактацията (FIL).

Комплексната препоръка за ХДР с избягване на стресови ситуации и наличие на естествено хранене се препоръчва значимо по-често от ОПЛ от

женски пол (32%), от градовете (32,4%), от лекарите с придобити 2 специалности: по вътрешни болести и обща медицина (36,8%) и при относителен дял на децата до 3 год. 5-10% (31,3%).

Фигура 11. Препоръки на ОПЛ за запазване и стимулиране на лактацията при естествено хранено кърмаче



Кърменето „на поискване“ при интервал не по-голям от 2-2,5ч. между началото на 2 кърмения, както и допълнителното изцеждане сами по себе си се явяват стимулиращи лактогенезата фактори чрез повишената пролактинова секреция и намалената секреция на локалния инхибитор на лактацията. Тези препоръки се срещат в отговорите на 14,9% от лекарите (n=63). *Кърменето „на поискване“* значимо по-често препоръчват ОПЛ от женски пол (10,2% срещу 5%), от градовете (9,5% срещу 7% в селата), с придобити специалности обща медицина (11,7%) и педиатрия (10,6%), продължителност на трудовия стаж под 15 години (15,6% срещу 7,4%), с 5-10% деца до 3 годишна възраст в пациентския списък (12,5%), от областите Варна (10,7%) и Бургас (10,2%) срещу 6,5% от област Русе ($p < 0,05$).

4.2.5. Препоръки за захранване

Средната възраст за включване в храненето на детето на храни, различни от млякото (кърмата или млеката за кърмачета), препоръчвана от ОПЛ е 4,5 ($\pm 1,16$) месеца, което е с около 1,5 месеца по-рано от съвременните препоръки за захранване.

Таблица 15. Възраст за започване на захранване, препоръчвано от ОПЛ (в месеци)

Възраст за захранване	Препоръчвана	Коригирана
брой	525	525
общо		
не посочили	1	1
ср. аритметична (SE)	4,5 (0,05)	3,17(0,06)
Медиана	4,5	3,0
SD (\pm)	1,1561	1,30232
Мин. ст-ст	1,0	1,00
Макс. ст-ст	9,0	7,00
$t=25,63; p = 0,0001$		

Когато препоръчаната възраст бъде коригирана според препоръчаното време на включване на отделните групи храни, средната възраст намалява на 3,2 ($\pm 1,3$) месеца (Таблица 15).

Таблица 16. Препоръчвана възраст на включване на отделните видове храни

	Плодов сок	Кисело краве мляко	Прясно краве мляко	Плодово пюре	Зеленчуково пюре	Пюре от риба	пюре от месо	Зърнени каши	Яйчен жълтък	Попара	Пчелен мед	Ядки
брой общо	508	504	492	514	518	509	518	512	518	519	495	489
средна (SE)	3,22 (0,07)	8,6 (0,17)	13,4 (0,21)	4,39 (0,09)	4,64 (0,04)	7,7 (0,09)	6,50 (0,06)	5,65 (0,07)	5,62 (0,07)	7,02 (0,06)	15,30 (0,32)	33,3 (0,34)
Медиана	3	8	12	4	4,5	7	6	5	6	7	12	36
SD (\pm)	1,58	3,89	4,71	2,12	1,01	2,09	1,29	1,58	1,47	1,28	6,95	7,31
Мин. ст-ст	1	1	1	1	2	3	4	2	2	3	2	12
Макс. ст-ст	12	24	36	36	8	12	12	12	12	13	36	72

Участниците в проучването препоръчват преди навършването на 4 месеца да бъде включен сокът, плодовото пюре и киселото мляко. Установената разлика между посочената и коригираната възраст за захранване от 1,3 месеца е статистически значима и се дължи на невъзприемането от ОПЛ на сока за захранваща храна и на препоръките за рано включване на сокове в храненето на кърмачето (3,2 \pm 1,6мес.), (Таблица 16).

При късното захранване (по-късно от навършване на 6-месечна възраст) са възможни проблеми от забавянето в растежа, хранителни дефицити и желязодефицитна анемия; нарушения във физическото и интелектуалното развитие. ОПЛ са наясно с тези твърдения и само 1,7% (n=9) съветват майките да отложат захранването след 7-ми месец. Данните за захранването, получени от нас са съпоставими с резултатите от проучването сред ОПЛ в Плевен (2009), макар и сред по-малка извадка и с различен инструментариум.

По-високи относителни дялове имат захранващите храни, които са включени в първия стадий на захранването на кърмачето: зеленчуково пюре, плодово пюре, попара, зърнени каши – над 80%. Пюрето от месо е захранваща храна според 77,3%, от яйчен жълтък - 76,7%, от риба – 60,9% от анкетираните. Това ни дава основание да предполагаме, че за анкетираните лекари терминът „захранваща“ храна е по-скоро храната, която се включва първа. Едва 29,7% (n=149) от анкетираните лекари смятат, че сокът (плодов, зеленчуков или плодово-зеленчуков) е захранваща храна.

До 4-ти месец да е въвеждането на плодовия сок препоръчват 82,7% (n=420) от лекарите и само 10,6% - след шести месец. *Киселото краве мляко* се препоръчва като захранваща храна от 155 (31,4%) от отговорилите, при средна възраст на детето 8,6 ($\pm 3,9$) месеца. Независимо от това, че при невъзможно кърмене или осигуряване на кърма съвременните препоръки са за заместване

само с млека за кърмачета, 201 (39,9%) от лекарите препоръчват включване на кисело краве мляко през първите шест месеца от живота на детето.

Ранното включване на кравето мляко (прясно и кисело) се обосновава с финансова невъзможност за заместване на кърмата с млека за кърмачета.

Плодовото пюре се явява втора след сока захранваща храна с включване през 4-ия месец, а зеленчуковото пюре – на 4,5 месеца.

Средната възраст на въвеждане на *зърнените каши* е 5 месеца. Храните, богати на белтък (постни червени меса, пиле, пуйка, риба, яйчен жълтък, бобови храни) се включват през втория стадий на захранването на детето, след като свикне да приема храна с лъжица и може да се увеличи количеството на захранващата храна.

Всички анкетирани лекари препоръчват въвеждането на тези храни до навършване на една година на детето. Средната препоръчвана възраст за включване на храни, богати на белтък според отговорилите лекари е между 5,5 и 7 месеца.

Традиционната за България високоенергийна храна - попара със сирене се препоръчва от българската педиатрична школа и от участвалите в проучването лекари да бъде включена през 7-мия месец. В същото време, 141 (27,2%) от отговорилите лекари съветват майките да въведат попарата преди навършени 6 месеца на детето.

Лекарите от селските райони на практика препоръчват значително по-рано включването на вода, сок, кисело краве мляко, попара и пчелен мед ($p<0,05$).

Възприемането на отделните видове храни за захранващи се появява от административната област, в която практикуват ОПЛ. Областта корелира с възприемането на следните видове храни като захранващи: вода, сок, кисело краве мляко плодово пюре, пюре от риба, пюре от месо. ОПЛ от област Варна значимо по-често посочват следните храни като захранващи – вода (25,3%), плодов сок (48,4%), кисело краве мляко (40,5%), пюре от риба (73,2%), пюре от месо (83,8%), а с най-ниска честота – плодово пюре (73%) спрямо отговорите на ОПЛ от останалите области ($p<0,05$).

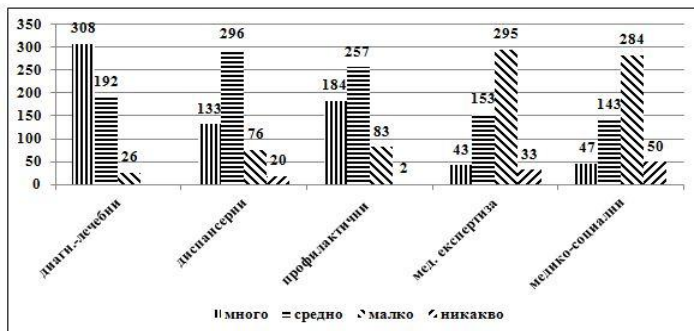
4.3. Дейности на ОПЛ

Според Наредбата за медицинските стандарти по обща медицинска практика и програмите на НЗОК по опазване на майчино и детско здраве, ОПЛ осъществяват следните дейности: диагностично-лечебни, диспансерни, профилактични дейности, медицинска експертиза и медико-социални дейности.

За диагностично-лечебни дейности заделят много време 58,6% ($n=308$) от отговорилите лекари, а 36,5% ($n=192$) и близо 5% ($n=26$) – съответно средно и малко време. При останалите дейности доминират отговорите „средно“ (диспансерни-56,4% и профилактични-48,9%) и „малко“ време (медицинска експертиза – 56,3% и медико-социални дейности – 54,2%). Районът на практика оказва влияние при отговорите за диагностично-лечебните,

диспансерни и медико-социални дейности. 2/3 (60,7% n=242) от лекарите в градските райони на практика посочват, че заделят много време за *диагностично-лечебни дейности*, което е значимо по-високо в сравнение с колегите им от селските практики, (52% ; n=66) ($\chi^2 = 7,35$; p=0,025).

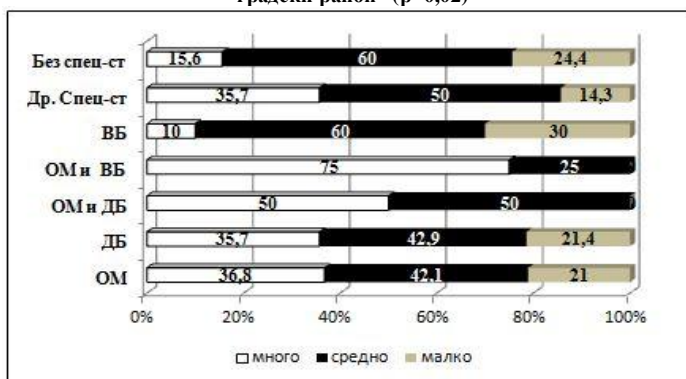
Фигура 12. Самооценка на времето, заделяно от ОПЛ за отделните видове дейности



Делът на лекарите, отговорили че отделят много време за *профилактични дейности* е незначимо по-голям за градските практики 37,1% (n=148) от селските – 28,3% (n=36). Заделят малко време за профилактика 56 (14%) лекари от градски райони и 27 (21,3%) от селските райони на практика ($\chi^2 = 6,01$; p=0,11).

Видът придобита специалност оказва влияние и върху разпределението на времето при *профилактичните дейности*: „много време” посочват 47,6% (n=20) от лекарите с придобити 2 специалности - ОМ и ДБ, и със специалност ДБ - 44,3% (n=58) ($\chi^2 = 41,03$; p=0,002).

Фигура 13. Време за профилактични дейности според вида придобита специалност на ОПЛ в градски район (p=0,02)



В градските райони на практика видът на придобитата специалност оказва влияние върху преценката на ОПЛ за отделеното време за *диагностично-*

лечебни ($\chi^2 = 33,3$; $p=0,001$), профилактични дейности ($\chi^2 = 32,1$; $p=0,02$) и медицинска експертиза ($\chi^2 = 53,3$; $p=0,001$).

Вероятно, поради сходните характеристики на пациентите и видът на извършваните дейности от ОПЛ в селските практики, придобитата специалност при тях не повлиява разпределението на времето за всички проучени дейности ($p>0,05$).

Дейностите по промоция на здраве в ранна детска възраст се осъществяват главно по време на профилактичните прегледи, с по-разпространено наименование – *детска консултация*. Съгласно Наредбата за профилактичните прегледи, минималната продължителност на един преглед за профилактика и диспансеризация е петнадесет минути. На въпроса „Колко дълго средно продължава една консултация при дете до 1-годишна възраст?“ са посочени отговори от 5 до 40 минути, със средна стойност 20,6 ($\pm 5,9$) минути.

Продължителността на профилактичния преглед не се различава значимо между градски и селски ($20,4 \pm 5,9$ мин. и $21,2 \pm 5,7$ мин.; $p=0,18$) райони на практика, мъжете и жените-ОПЛ ($19,9 \pm 6,1$ мин. и $20,8 \pm 5,9$ мин.; $p=0,18$), възрастта до 45 год. и над 45 години ($21,1 \pm 6,7$ мин. и $20,5 \pm 5,8$ мин.; $p=0,42$), продължителността на трудовия стаж до 15 год. и над 15 години ($21,06 \pm 6,62$ мин. и $20,5 \pm 5,73$ мин.; $p=0,39$). Видът придобита от ОПЛ специалност също не оказва влияние върху посочената продължителност на детската консултация ($p>0,05$).

От анкетираните лекари 72,4% ($n=380$) смятат, че средното време за провеждане на една консултация е достатъчно, за да обучат майките по въпросите на храненето и укрепващите процедури. Не са установени статистически значими различия в отговорите на участниците по проучените разновидности на признаците пол, възраст, район на практика, придобитата специалност и относителен дял на децата под 3 годишна възраст ($p>0,05$), с изключение на продължителността на трудовия стаж: 36,3% ($n=37$) от лекарите с трудов стаж под 15 години и 25,1% ($n=105$) с трудов стаж над 15 години са отговорили, че времето, което те заделят за провеждане на детска консултация е недостатъчно ($\chi^2 = 5,2$; $p=0,023$).

В България са регламентирани професионалните дейности, които медицинските сестри могат да извършват самостоятелно или по назначение от лекар, и конкретно – консултиране за отглеждане на новородено, включително хранене, хигиена, имунизации, промоция на кърменето. На въпроса „Бихте ли възложили изпълнението на дейности по здравна промоция и профилактика на медицинската сестра, с която работите?“ 336 (63,9%) отговарят „да“.

ОПЛ с придобити две специалности: по обща медицина и педиатрия, и друга специалност изразяват в най-голяма степен (над 70%) готовност да възложат изпълнение на дейностите по профилактика и промоция на детското здраве на медицинските сестри, с които работят. Най-ниска е тази нагласа при ОПЛ с придобитата специалност по вътрешни болести (46,3%).

Фигура 14. Кои дейности по промоция на детското здраве бихте възложили на медицинската сестра, с която работите?



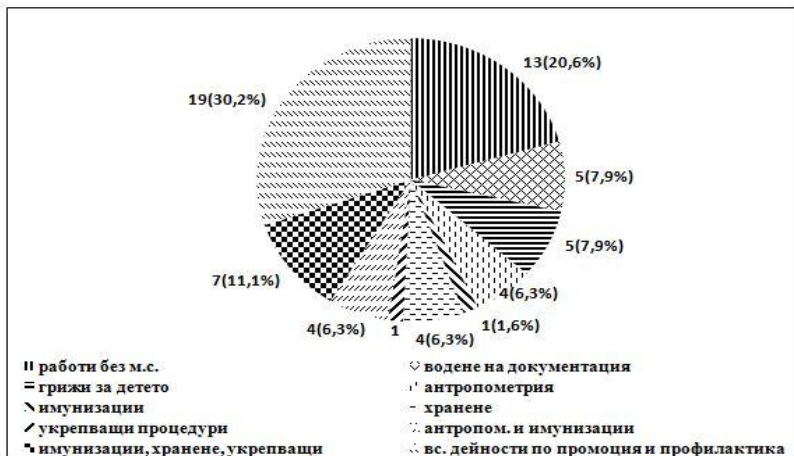
Почти всеки лекар, отговорил положително на въпроса за възлагане на дейности на медицинската сестра е уточнил, че извършването на профилактичните и промотивните дейности е необходимо „да става след предписание от лекар и под негов надзор”. 122 (23,2%) от ОПЛ не биха възложили на медицинските сестри изпълнението на дейностите по профилактика и промоция на детското здраве. Като водеща причина за това се посочва липсата на подготвен за целта персонал (37,7%; n=46).

Около 1/3 (32,79%; n=40) от лекарите отбелязват, че тези дейности се явяват задължение и отговорност на лекарите. «Незаинтересованността и некомпетентността на медицинските сестри, породена от недостатъчното обучение по проблема, ниското заплащане, претоварването с документална работа» и други фактори е трета по ред причина (22,13%; n=27) за недоверие на лекарите към медицинските сестри по отношение здравно-промотивните дейности. За 7,38% (n=9) от отговорилите е „важен личния контакт” с пациентите и затова не биха възложили тези дейности на медицинската сестра, с която работят.

Всички здравно-промотивни и профилактични дейности биха възложили на медицинските сестри 43,8% от отговорилите над 45 годишна възраст и едва 1/3 от участниците на възраст до 45 години. (Фигури 15 и 16). *Лекарите над 45 годишна възраст възприемат по-широко и комплексно дейностите на медицинската сестра, за които биха разчитали на нея, вероятно поради активния модел на работата на детската и патронажната сестра в ПМП.*

Полът на ОПЛ, продължителността на трудовия стаж, относителният дял на децата под 3-годишна възраст в списъка с пациенти и района на лекарската практика не оказват влияние върху разпределението на дейностите, които анкетираните лекари биха възложили за изпълнение на медицинските сестри (p>0,05).

Фигура 15. Дейности по промоция и профилактика на детското здраве, които ОПЛ до 45 годишна възраст биха възложили на медицинските сестри



Фигура 16. Дейности по промоция и профилактика на детското здраве, които ОПЛ над 45 годишна възраст биха възложили на медицинските сестри



4.4. Консултанти по кърмене в подкрепа на естественото хранене на кърмачетата

Работата на **консултантите по кърмене** (КК) е да подпомагат и допълват дейностите на медицинските професионалисти по отношение на обучението и подкрепата на майките-кърмачки. От всички анкетирани ОПЛ едва 104 (19,8%) са запознати, 12 (2,3%) са недостатъчно запознати, а 77% (n=405) не са запознати с дейностите на КК. По-висока е честотата на познаване работата на тези кадри сред лекарите с придобити специалности педиатрия (30,8%), обща медицина (26,9%) и при съчетанието и на двете специалности (13,5%). Най-

нисък е дялът на познаващите работата на КК при ОПЛ с 2 специалности – вътрешни болести и обща медицина- 1,9% ($\chi^2 = 33,82$; $p = 0,013$). Жените – ОПЛ са по-запознати с работата на КК в сравнение с колегите си от мъжки пол (84,6% и 15,4%; $\chi^2 = 9,08$; $p = 0,028$)

С оглед недостатъчното време за извършване на промотивни и профилактични дейности в работния график на ОПЛ би могъл да бъде използван професионалният ресурс на КК. Готовност да насочват свои пациентки към КК са заявили 78,6% ($n=81$) от ОПЛ, познаващи дейностите на КК и 65,2% ($n=260$) от тези, които не познават дейностите им. Налице е една позитивна нагласа към съвместна работа с КК, т.к. основна причина за евентуалното ненасочване на майките към КК е непознаване на естеството на работа, възможностите за взаимоотношения с КК и липсата на такива кадри в съответните населени места (15,1%; $n=25$).

Притеснителен е фактът, че една част от ОПЛ (10,4%; $n=36$) биха насочили майките към КК, но посочват такива случаи, при които КК не би могъл да се справи (агалактия, тежка хипотрофия и изоставане в растежа на кърмачето, и др.), което е още един косвен показател за недостатъчната яснота при ОПЛ относно дейностите и възможностите на КК. Готовността да насочват майките към КК не се различава при разновидностите на следните признаци на ОПЛ – пол, възраст, стаж, вид населено място, размер на списъка с пациенти, брой деца под 3-годишна възраст, начин на актуализиране на познанията за хранене на децата ($p > 0,05$). ОПЛ с придобита специалност обща медицина (27,6%; $n=97$), педиатрия (21,9%; $n=77$) и ОПЛ без специалност (21,4%; $n=75$) са по-склонни да насочват пациентките си към КК спрямо ОПЛ с други специалности ($\chi^2 = 15,42$; $p = 0,017$).

4.5. Отношение на ОПЛ към провежданите в България здравно-промотивни дейности в ранна детска възраст

Сред коментарите на ОПЛ доминират тези с оценка „незадоволително ниво“ на здравно-промотивните дейности, провеждани в ранна детска възраст - 54,9% ($n=259$). Като задоволително и добро ниво посочват 29,4% ($n=129$) и само в 1,7% ($n=9$) – много добро ниво. Няма коментар 65 от респондентите. Не се установява статистическо различие в оценката на здравно-промотивните дейности между лекарите от градски и селски райони на практика, възрастовите групи до 45 г. и над 45 години, продължителност на трудовия стаж до 15 и над 15 години, относителен дял на децата под 3 годишна възраст ($p > 0,05$). Почти половината от анкетиранията лекари (46,7%; $n=221$) смятат, че причините за ниското ниво за здравно-промотивните дейности в ранна детска възраст произтичат от *недобратата организация на извънболничното детско здравеопазване*: смесване на потоците на пациентите (деца и възрастни; болни и здрави), липсата на време за промотивни дейности, липсата на единна доктрина на медицинската общност по отношение на кърменето и храненето на кърмачетата, липсата на методична помощ за ОПЛ, ниското

заплащане и липсата на потребителска такса за децата. Новородените и децата в ранна детска възраст не са сред предпочитаните пациенти за ОПЛ, дори и от тези с придобита специалност по детски болести: „много работа – малко пари”.

Фигура 17. Причини за незадоволителното ниво на здравно-промотивните дейности в ранна детска възраст според ОПЛ



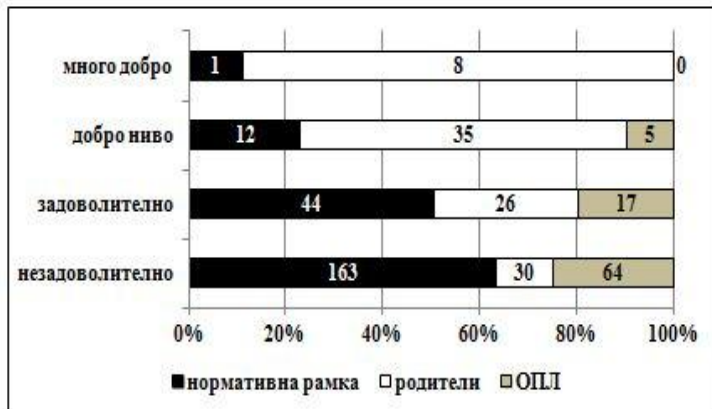
На второ място (21%; n=99) респондентите поставят ролята на *родителите*: незаинтересованите, нискоинтелигентните, доверяващите се повече на Интернет, отколкото на личния си лекар родители, омаловажаващите усилията на ОПЛ за провеждане на промоция на здраве сред децата. Друга значителна част от респондентите (18,5%; n=87) посочват, че причината за недоброто ниво на здравно-промотивните дейности у нас е в *общопрактикуващия лекар*: недостатъчната му подготовка по тези въпроси, неосъзнаването на важността на промотивните дейности, negliжирането им и фокусирането върху лечебно-диспансерните дейности в работата си (Фигура 17).

Лекарите, посочили, че здравно-промотивните дейности са на добро и много добро ниво отправят критики основно към родителите и по-малко към нормативната рамка, докато сред оценените здравно-промотивните дейности като незадоволителни основна причина за това посочват нормативните разпоредби (63,4%) и ОПЛ (24,9%) ($\chi^2 = 97,7$; $p=0,001$), (Фигура 18).

По-висок е дялът на респондентите, които смятат, че е незадоволително нивото на дейностите при лекарите над 45 години (57,1%; n=225) в сравнение с по-младата възрастова група (42,7%; n=32), с трудов стаж над 15 години (57%; n=216) в сравнение с тези под 15 год. (46,1%; n=41); от градовете (56%; n=200) в сравнение със селата (51,3%; n=59), с придобити специалности по детски болести, (27,4%; n=71), по обща медицина (26,6%; n=69) и без придобита специалност (18,1%; n=47); от областите Варна (60,3%; n=94) и Шумен (57,1%; n=36); с относителен дял на децата под 3-год. възраст над 10% (63,2%; n=60).

Лекарите от селските райони на практика двойно по-често (39,6%) посочват ролята на родителите в неблагоприятната ситуация на промотивните дейности в ранна детска възраст в сравнение с градските райони на практика (19,6%). Вероятно обяснение за това може да е по-ниското образователно и здравно-културно ниво на живещите в селата родители, които по-слабо се вслушват и изпълняват препоръките на ОПЛ.

Фигура 18. Причини за критично отношение на ОПЛ за провеждането на здравно-промотивните дейности в ранна детска възраст.



Резултатите от проучването на здравно-промотивните дейности на ОПЛ в 11 европейски страни разкриват сходни с това проучване бариери за провеждането им: претоварване с работа и липса на време (67,7%), липса на заплащане за тези дейности (39,9%), достъпност и податливост на пациентите (30,9%), липса на консенсус и противоречие в препоръките (26,7%), както и проучването на СЗО в други 16 страни.

Ситуацията, в която работят общопрактикуващите лекари в България е сложна, многофакторна и налага вземане на решения от различни и политически и общественни нива. Въпреки това, значима част от лекарите дават най-доброто от себе си, за да са в услуга на детското здравеопазване.

V. Модел на успешното кърмене

Кърменето е естествен процес, в който има основно две действащи лица: майката и детето, но той е резултат от въздействие или липса на такова от страна на комплексни фактори. От литературния обзор и получените резултати от собствените проучвания бяха идентифицирани факторите, които допринасят в различна степен за успеха на кърменето.

- 1) **Фактори при детето** – здраво, доношено, желаещо да се кърми дете. Върху желанието на детето може да се въздейства позитивно, като не се предлагат други алтернативи за хранене и биберони-зальгалки, създаване на приятна атмосфера по време на кърмене и близък контакт с майката. В случаите на невъзможност за пряко кърмене поради незрялост на детския организъм или заболяване, би могло да му се предлага обогатена изцедена майчина кърма посредством сонди или други подходящи за състоянието му системи за хранене.
- 2) **Фактори при майката** – здрава, способна да произвежда кърма, мотивирана и убедена във възможностите си за кърмене майка. Допълнителни предразполагащи фактори са: наблюдение на кърменето още в детска възраст на майката; наличие на обучение за процеса на кърменето и начините за справяне с евентуалните проблеми при кърмене; по-висока образователна степен на майката; позитивен предходен опит в кърменето при наличие на по-големи деца; възраст над 25 години. Мотивираното желание за кърмене е много мощен фактор, който подлежи на позитивно въздействие, особено в последната 1/4 на бременността на майката.
- 3) **Фактори при близкото обкръжение** – близки, имащи позитивно отношение към кърменето, оказващи психологическа подкрепа, подпомагащи кърмачката чрез адекватни препоръки за кърменето и помощ при отглеждането на детето. В почти всички случаи близките биха искали да помогнат на майката, важното е, обаче техните познания да не възпрепятстват успешния процес на кърменето.
- 4) **Фактори при здравната служба** – наличие на здравни професионалисти с изградено позитивно отношение към кърменето, обучени и възприемащи кърменето като „златен” стандарт/еталон в храненето на кърмачета; отговорно провеждащи обучението на бременните и майките за процеса на кърмене и евентуалните проблеми при кърменето; създадени условия за ранно започване на кърменето, промоция и подкрепа на кърменето в родилните отделения, включително назначаване на консултанти по кърмене (реално действаща инициатива БПБ); разкриване на пунктове/банки за донорска кърма; познаващи и адекватно прилагащи Международния кодекс за маркетинг на заместителите на майчиното мляко здравни професионалисти в извънболничната и болничната

практика; тясно взаимодействие с доброволческите организации за промоция и подкрепа на кърменето.

- 5) **Фактори при работодателите** – спазване на разпоредбите на Кодекса на труда за защита правата на кърмещите майки; позитивно отношение към кърмещите служителки и създаване на условия на работното място за изцеждане или кърмене.
- 6) **Фактори при обществото** – изградено позитивно отношение към кърменето, включително на обществени места; развити и активни доброволчески мрежи за взаимопомощ в кърменето „Майки подкрепят майки”.
- 7) **Фактори при държавна политика:**
 - кърменето и храненето на малките деца, възприето като *национален здравен приоритет*;
 - разработени законови разпоредби за промоция, подкрепа и защита на кърменето – *Кодекс на труда, Наредба за прилагането на Международния кодекс за маркетинг на заместителите на майчиното мляко в България* и контрол върху тяхното прилагане; подпомагане на работодателите, разкриващи работни места – „приятели на бебето”, както и БПБ; възприето законово право на жените да кърмят на обществени места;
 - функциониращ НКК (*Национален комитет по кърмене*) с дейности по събиране и поддържане статистическа база данни за практиките на кърмене; контролиращ прилагането на ИБПБ в България, обучаващ доброволни консултанти по кърмене; оказващ методологична помощ на педиатри, ОПЛ, АГ – специалисти, акушерки и медицински сестри по въпросите на кърменето;
 - развита *мрежа от банки/пунктове за донорска кърма*;
 - действаща национална *програма за подобряване храненето на бременните и децата до 5-годишна възраст от социално-слабите групи*.
- 8) **Фактори от международната политика** – наличие на международни декларации и конвенции за мястото на кърменето в здравната политика; стандарти за оценка на практиките за кърмене; система за събиране и мониториране на статистически данни относно практиките за кърмене и хранене на малките деца.

На базата на гореизложените фактори, влияещи върху храненето на децата в кърмаческа и ранна детска възраст, предлагаме следния модел на успешното кърмене (Фигура 19):

Фигура 19. Модел на успешното кърмене



VI. Изводи и препоръки

6.1. Изводи

- 1) **Храненето на децата през първите години от живота във Варненска област не отговаря на съвременните тенденции и международни препоръки. Основните индикатори за оценка на кърменето имат стойности под оптималните, особено в групите с по-ниско образователно ниво и малцинствен произход:**
 - i. Ниска честота и кратка продължителност на изключителното кърмене;
 - ii. Висока честота на даване на вода и порочна практика на включване на подсладена вода още от самото раждане;
 - iii. Ранно включване на хранващите храни, в определени случаи – неподходящи за възрастта и нездравословни такива;
 - iv. Забавено включване на хранващите храни при 15% от извадката, което се свързва с дефицитни състояния в детския организъм и затруднено възприемане на немлечни храни;
 - v. Липсва система за рутинно събиране и мониториране на практиките на хранене на децата в ранна детска възраст.
- 2) **Установен е дисбаланс между убедеността на майките за ползите и позитивната нагласа за кърмене и действителните практики на кърмене на децата, породен от:**
 - i. *Майчини фактори* – недостатъчни познания за кърменето като процес, за проблемите при кърмене и необходимостта от упоритост и последователност за справяне с тях;
 - ii. *Болнични фактори* – недостатъчна подготовка на болничните здравни кадри за обучение и подкрепа желанието на майките за кърмене; предоставяне на млека за кърмачета и вода от самото раждане; стимулиране на майките във вземането на решение за абдоминално раждане;
 - iii. *Фактори от страна на ОПЛ* – подценяване на обсъждането и обучение на майките за начините на хранене на новороденото още в периода на пренаталните грижи; непознаване и неразбиране на понятието „изключително кърмене”, невъзприемане на соковете и поретата за хранващи храни, особено в селските райони; недостатъчен капацитет и ангажираност на лекарите по време на детската консултация за обучение и справяне с проблемните ситуации при кърмене; често предписване на млека за кърмачета при относителни индикации за това; непознаване на разликите в темповете на приръст при кърмените и некърмените деца, оттам и на актуалните растежни криви за децата; липса на време за промоция и подкрепа на кърменето; непълноценно използване на ресурса на медицинските сестри по време на детска консултация; непознаване и

неизползване на възможностите на консултантите по кърмене за подкрепа, защита и справяне при проблеми с кърменето.

iv. *Фактори от страна на организацията на детското здравеопазване* – липса на единна доктрина на водещите педиатрични организации и педиатри в България по въпросите за кърменето и храненето на децата; липса на време при лекарите за промоция и подкрепа на кърменето; пациентите от ранна детска възраст често не са предпочитани дори от ОПЛ с придобита специалност по детски болести поради големия обем работа с тях, ниското заплащане за тези дейности и липсата на потребителска такса при обслужване на деца до 18-годишна възраст;

- 3) **Установената неудовлетвореност на майките от получаваната от ОПЛ информация за кърменето и храненето на кърмачето се препокрива с неактуалните познания и препоръки от страна на ОПЛ.**
- 4) **Подценява се от ОПЛ ролята на здравно-промотивните дейности в цялостната работа на общата практика.**
- 5) **Установена е позитивна нагласа от страна на ОПЛ за взаимодействие с медицински сестри, акушерки и консултанти по кърмене по здравно-промотивните дейности в ранна детска възраст, но е необходимо определяне и запознаване на лекарите с техните възможности.**
- 6) **Неблагоприятните практики за кърмене и хранене обуславят диференциран подход към майките от проблемни (уязвими) групи – необхванати от рутинни медицински грижи, майките с ниска образователна степен или без образование, от по-ниските социални прослойки, фамилнообременените деца с хронични неинфекциозни и алергични заболявания.**

6.2. Препоръки

- 1) **По отношение на общественото-здравеопазната политика и практика - към МС, МЗ, НЦОЗА, НКК, РЗИ**
 - i. Възприемане на промоцията на кърмене и хранене на децата като един от приоритетите в общественото-здравеопазната политика на страната;
 - ii. Разширяване възможностите на Националния комитет по кърмене за защита и промоция на кърменето;
 - iii. Въвеждане на задължително периодично мониториране и анализиране на практиките за кърмене и хранене на децата;
 - iv. Регламентиране използването на актуалните международни показатели и индикатори за оценка на храненето на децата в националната информационна здравна система;
 - v. Регламентиране въвеждането на стандартите на СЗО за растеж на децата от 2009 година в работата на педиатрите и ОПЛ;

- vi. Синхронизиране на становището и официалните препоръки на водещите педиатрични организации по практиките на кърмене и хранване на децата;
 - vii. „Скъсяване на пътя” на методичната и научно-практическата информация за храненето на децата от МЗ и НЦОЗА до лекарите и другите здравни специалисти, полагащи грижи за децата;
 - viii. Разработване на национална социална програма по осигуряване на адекватно хранене на бременни, кърмачки и деца от 0-3 години от социално-слабите групи;
 - ix. Регламентиране статута на консултантите по кърмене.
- 2) По отношение на научно-изследователската практика – към изследователи в областта на детското хранене:**
 Възприемане на критериите на СЗО за оценка на практиките за кърмене и хранване на децата при провеждане на проучвания.
- 3) По отношение на обучението и клиничната практика – към ВУЗ за подготовка на медицински кадри; Национално сдружение на ОПЛ и други съсловни организации в здравеопазването:**
- i. Актуализиране на информацията по практиките за кърмене и хранване, темповете на растеж при децата в кърмаческа възраст в учебниците и учебните програми за лекарите и другите медицински кадри;
 - ii. Провеждане на практически занятия при студентите по медицина, акушерките, медицинските сестри, специалистите по педиатрия, акушерство и гинекология, и обща медицина за повишаване знанията, компетенциите и възможностите на медицинските кадри по управление на проблемите при кърмене;
 - iii. Подготовка на здравни специалисти по промоция на здравето, включваща в обучението и детско хранене.
- 4) По отношение на нормативно-организационната практика – към МЗ, РЗИ, НЗОК:**
- i. Разделяне по време и място на профилактичната дейност на ОПЛ от лечебно-диагностичната;
 - ii. Опълномощаване/възлагане на здравно-промотивните дейности в кърмаческа възраст на подготвени кадри за това (патронажни медицински сестри, консултанти по хранене и кърмене, и други здравни специалисти);
 - iii. Провеждане на здравно-промотивни дейности сред майките за повишаване знанията и практическите умения за кърмене и хранване на децата по време на женската и детските консултации;
 - iv. Възприемане на растежните криви на СЗО от 2009 година за оценка на растежа на децата в общата и педиатрична практика.

VII. Приноси

7.1. С теоретико-познавателно значение:

- 1) Направен е обстоен анализ на съвременните теоретични постановки, препоръки и практики за кърмене;
- 2) Адаптирани на български език са международните критерии за оценка на практиките за хранене на малките деца;
- 3) Проведено е мащабно проучване върху практиките за кърмене и хранене на децата съгласно най-актуалните критерии на СЗО;
- 4) Разкрити са характеристиките на майките, нагласите и практиките за кърмене и хранене на децата, неравенствата в храненето и здравните грижи за децата;
- 5) Верифицирани са дефицитите в съвременните познания на ОПЛ за кърмене и хранене – основен източник на информация по проблемите на кърмаческото хранене за майките;
- 6) Проучени са нагласите на ОПЛ за предоставяне на здравно-промотивните дейности в ранна детска възраст на друг вид здравни специалисти;
- 7) Разработен е модел на успешното кърмене с отчитане особенностите на проучената извадка.

7.2. С приложно значение:

- 1) Формулирани са предложения и препоръки към отговорните институции за повишаване честотите и подобряване практиките за кърмене;
- 2) Установените нива и закономерности са основа за бъдещи проучвания, които позволяват проследяване на процесите.

VIII. Научни публикации и участия във връзка с дисертационния труд

1. Ушева, Н., С. Попова, А. Керковска, К. Докова. Изключителното кърмене и практики на хранване на кърмачетата във Варна, България. Юбилейна научна конференция 5 години ФОЗ МУ Плевен. 2010г. Сборник доклади с.134-137.
2. Ушева, Н., А. Попиванова, Р. Панчева, С. Попова. Консултантите по кърмене в подкрепа на естественото хранене на кърмачетата. Юбилейна научна конференция 10 години ФОЗ МУ Варна. 2011г. Сборник доклади, с. 97-100.
3. Ушева, Н., С. Попова, Р. Панчева, К. Досич. Оценка на практиките за кърмене и хранване на децата във Варненска област съгласно индикаторите на СЗО. Практическа педиатрия.Брой7/2013г. с. 8-14.
4. Usheva, N., R. Pancheva, A. Popivanova, B. Varbanova, M. Georgieva, V. Madjova. Awareness and practices of breastfeeding among mothers in Varna, Bulgaria. EGPRN Conference “Children in General Practice”, Plovdiv, 6th – 9th May, 2010. Book of abstracts, p. 24.
5. Ушева, Н., С. Попова, Р. Панчева. Хранене на децата – практики на кърмене и хранване във Варна. IX Национален Конгрес по хранене с международно участие „Науката за хранене между дискусиите и доказателствата”. МДУ „Фр. Ж. Кюри”, КК”Св. Константин и Елена”, гр. Варна 19-22 май 2011г. Сборник резюмета, с. 98-99.
6. Usheva, N. Infant and young child feeding practices according to the WHO indicators in Varna, Bulgaria. ISBNPA 22nd – 25th May 2013, Ghent, Belgium. Book of abstracts, p. 399-400. http://secure.isbnpa.org/media/pdfs/abstracts/2013/ISBNPA2013_Abstract_Book.pdf