Защо храненето (0-3)?

В първите три години се изгражда 80% от капацитета на мозъка, като 75% от всяко хранене е „храна“ за него.

Застъпнически проект

„Добро хранене за добро бъдеще“

Въведение

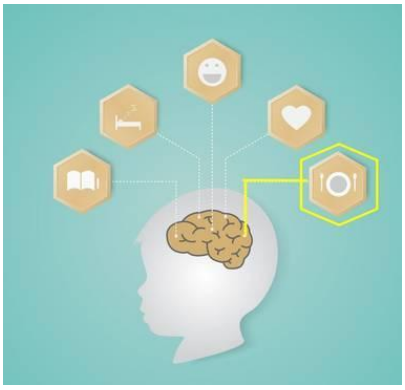
Този документ има за цел да представи в синтезиран вид аргументите на застъпническата група по проект „Добро хранене за добро бъдеще“ защо храненето 0-3 е един от най-важните компоненти за развитието – физическа и когнитивно на детето.

Във всички култури и общности храненето е първият израз на любов в общуването и формирането на отношения[1]. То е свързано с ритуали за семейството, възможност за детето да направи своите първи избори и родителите да изразят уважението си към тях. Храната и храненето не са играчка, награда, средство за успокоение или пренасочване на вниманието на детето. Особеностите на храненето в отделните етапи на детството напълно отразяват нервно-психическото развитие и емоционална интелигентност на детето. Храненето е многопосочен процес за изграждане на връзката дете-семейство, за ранна социализация и възпитание.

В този документ няма коментираме комплексния характер на храненето, неговите социални измерения – като проява на любов и грижа за детето, или пък неговата зависимост от покупателните възможности и степента на образование на родителите.

Целта на този документ е да събере достатъчно аргументи защо е необходим да подобрим храненето на децата от уязвимите групи точно в периода 0-3 и защо това не може да се случи в по-късен етап от развитието на детето.

Аргумент 1: Храненето е от ключово значение за развитието на мозъка[2]



В последните години акцент върху „първите 1000 дни“ и „0–3“ (години) като златни възможности да повлияят на резултатите от детето. Първите 1000 дни съответстват приблизително на времето от зачеването до 2-годишна възраст. По-внимателното проучване на траекторията на анатомично и функционално развитие на мозъка, комбинирано с клинични и епидемиологични проучвания на невроразвитието, предполага малко по-широк прозорец, който се простира до три години.

В първите три години се изгражда 80% от капацитета на мозъка, като 75% от всяко хранене е „храна“ за него. В този период само 15 минути дневно игра с детето имат определящо стимулиращо действие за създаването на нови мозъчни връзки [Center on the Developing Child 2016, 2017; WHO/UNICEF, 2018, 2019].

---

[1] https://prakticheska-pediatria.net/2020/06/24/hraneneto-v-detska-vuzrast-element-na-vuzpitanieto/

[2] https://academic.oup.com/nutritionreviews/article/72/4/267/1859597

Аргумент 2: Децата, които са недохранени - не просто злояди, а наистина лишени от адекватни калории и протеини в диетата си - през този период не се развиват адекватно, нито физически, нито психически[3].

Техният мозък е по-малък от нормалното поради намален дендритен растеж, намалена миелинизация и производство на по-малко глии (поддържащи клетки в мозъка, които продължават да се образуват след раждането и са отговорни за производството на миелин). Неадекватният мозъчен растеж обяснява защо децата, които са били недохранени като фетуси и бебета, често страдат от трайни поведенчески и когнитивни дефицити, включително по-бавно развитие на езика и фината моторика, по-нисък коефициент на интелигентност и по-лошо представяне в училище.

Дефицитът на желязо е ясно свързан с когнитивните дефицити при малките деца. Желязото е от решаващо значение за поддържането на достатъчен брой червени кръвни клетки, пренасящи кислород, които от своя страна са необходими за стимулиране на растежа на мозъка.

Аргумент 3: След раждането мозъчният растеж зависи критично от качеството на храненето на детето[4].

Кърмата предлага най-добрата комбинация от хранителни вещества за насърчаване на растежа на мозъка, при условие че кърмените бебета получават някаква форма на добавки с желязо, започващи около шестмесечна възраст. (Повечето зърнени храни за бебета са обогатени с желязо и кърмените бебета се нуждаят от това добавяне на шест месеца, независимо дали майките им имат дефицит на желязо или не.) Дефицитът на желязо е ясно свързан с когнитивните дефицити при малките деца. Желязото е от решаващо значение за поддържането на достатъчен брой червени кръвни клетки, пренасящи кислород, които от своя страна са необходими за стимулиране на растежа на мозъка.

Поради бързите темпове на миелинизация в ранния живот, децата се нуждаят от високо ниво на мазнини в диетата си - около 50 процента от общите си калории - до около двегодишна възраст. Бебетата трябва да получават по-голямата част от тази мазнина от майчиното мляко или адаптирано мляко през първата година от живота си, а кърмата остава отличен източник на течно хранене през прохождащите години.

Поради неправилното хранене много от бебета в ромска общност имат по-малка обиколка на главата в сравнение със своите връсници.

---

[3] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4981537/

[4] https://www.zerotothree.org/resources/1372-how-does-nutrition-affect-the-developing-brain

Аргумент 4: Недохранването най-често се асоциира с забавяне в растежа, нисък ръст и поднормено тегло. Тези последствия могат да бъдат компенсирани в последващите етапи на развитие и при нормален хранителен прием. Истинските дългосрочни последствия за развитието, обаче остават скрити.

Мозъкът не е хомогенен орган. Той се състои от множество анатомични области и процеси (например миелинизация), всеки с уникална траектория на развитие (Fox S. et al, 2010). Много от тези области имат траектории на развитие, които започват и се ускоряват във феталния живот или малко след раждането. Например, миелинизацията рязко се увеличава при 32 гестационна седмица и е най-активна през първите 2 постнатални години[5](Fox S. et al, 2010). Моноаминните невротрансмитерни системи, участващи в посредничеството за възнаграждение, афект и настроение, започват своето развитие преди раждането (Field T. et al, 2008), продължавайки с бързи темпове поне до 3-годишна възраст. Хипокампусът, който е от решаващо значение за опосредстването на разпознаването и пространствената памет, започва своята фаза на бърз растеж на приблизително 32 гестационна седмица, продължавайки поне през първите 18 постнатални месеца (Fox S. et al, 2010; Riced et al, 2000). Дори префронталната кора, която организира по-сложни процеси на поведение, като внимание и многозадачност, има началото на своя растеж през първите 6 постнатални месеца (Fox S. et al, 2010; Rice D et Baron S, 2000). Поддържането на мозъчните зони по траектория на развитие е от решаващо значение не само за насърчаване на поведението, обслужвано от отделните области, но и по-важното, за да се осигури координирано по време развитие на мозъчните области, които са проектирани да работят заедно като вериги, които посредничат в сложното поведение (Kretchmer N et al. 2000).

Аргумент 5: Широко известна е важността на стимулирането на мозъка и когнитивните функции през първите 1000 дни чрез игри и възможности за ранно учене. Храненето остава извън фокуса на вниманието на хората, правещи политики в подкрепа на ранното детско развитие.

Ранните събития в живота, включително хранителни дефицити и токсичен стрес, могат да имат диференциално въздействие върху развиващите се мозъчни области и процеси въз основа на времето (в кой период на развитие на мозъка се случват), дозата и продължителността на тези събития (Cusick S et Georgieff M., 2012). По-специално трябва да се подчертае значението на времето (Cusick S et Georgieff M., 2012). Както беше отбелязано, времето на пиковите темпове на развитие на хипокампуса и префронталната кора се различава. Времето на неблагоприятно събитие в околната среда, което например засяга невроналната дендритна арборизация, ще определи дали хипокампусът или префронталната кора поддържа по-големи щети и компрометира функционалната цялост. Колкото по-рано е хранителния дефицит, толкова по-вероятно е хипокампусът да бъде

5

засегнат повече от префронталната кора. В мозъчна верига, която изисква балансиран хипокампален и префронтален вход (напр. Вентрална тегментална област), такъв дисбаланс може да доведе до значителна поведенческа патология, като шизофрения.

Аргумент 6: Най-трайните и необратими последствия от недохранването през първите 3 г. са промените върху развиващия се мозък.

Невролозите и психолозите използват термини като „критичен период“ и „чувствителен период“, за да опишат периодите на възможности и уязвимост. Критичните периоди обикновено се схващат като ранни етапи в развитието, когато промените в мозъчната структура или функция от фактор на околната среда (например хранене) водят до необратими дългосрочни последици (Bornstein M., 1989). Чувствителните периоди са етапи, когато мозъкът (или мозъчният регион) е по-уязвим към фактори на околната среда, включително недостиг на хранителни вещества, но когато ефектът не е непременно детерминиран (Bornstein M., 1989; Colombo J, 1982). Терминът „чувствителен период“ може също да се използва положително, за да опише моменти, когато мозъкът може да бъде особено възприемчив към положителна хранителна или социална стимулация. И двете концепции разчитат на наблюдението, че младият, бързо развиващ се мозък е по-уязвим от по-възрастния мозък, но също така запазва по-голяма степен на пластичност (например възстановимост). С течение на времето разликата между критичния и чувствителния период се размива с появата на повече изследвания. Въпреки че разграничаването може да стане по-малко смислено, и двете концепции подчертават необходимостта педиатрите да се съсредоточат върху това да се уверят, че детето получава подходящо хранене, за да насърчи нормалното развитие на мозъка своевременно (Takesian A, 2013; Werker J, Hensch T, 2015; Georgieff M et al, 2015).

Аргумент 7: Няма лекарство, обучителна програма или социална услуга, които да компенсират мозъчни промени, причинени от недостиг на хранителни вещества в периода на формиране на мозъка. Това налага да действаме СЕГА!

В случай на мозъчни промени, причинени от недостиг на хранителни вещества, възстановяването е възможно, ако хранителните вещества станат достъпни през времето, през което засегнатият растежен процес все още се случва. В допълнение към натрупването на хранителни вещества, засилените сензорни, езикови и социални взаимодействия също могат да улеснят възстановяването. В противен случай, увреждания са необратими.

Източници

Bornstein M. Sensitive periods in development: Structural characteristics and causal interpretations. Psychological Bulletin. *1989;105:179–197*
Colombo J. The critical period concept: Research, methodology and theoretical issues. Psychological Bulletin. *1982;91:260–275*

Cusick SE, Georgieff MK. Nutrient supplementation and neurodevelopment: Timing is the key. Arch Ped Adolesc Med. *2012;155:481–482;*

Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Deeds O, Ascencio A, et al. Prenatal dopamine and neonatal behavior and biochemistry. Infant Behavior and Development. *2008;31:590–593.*

Fox SE, Levitt P, Nelson CA. How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. Child Development. *2010;81:28–40.*

Georgieff MK, Brunette KE, Tran PV. Early life nutrition and neural plasticity. Development and Psychopathology. 2015;27:411–423.

Kretchmer N, Beard JL, Carlson S. The role of nutrition in the development of normal cognition. American Journal of Clinical Nutrition. *1996;63:997S–1001S.*

Rice D, Barone S., Jr Critical periods of vulnerability for the developing nervous system: Evidence from humans and animal models. Environmental Health Perspectives. *2000;108:511–533.*

Takesian AE, Hensch TK. Balancing plasticity/stability across brain development. Prog Brain Res. 2013;207:3–24.

Werker JF, Hensch TK. Critical periods in speech perception: new directions. Annu Rev Psychol. 2015;66:173–96.

Доклад от проведено качествено изследване: Нужди и предизвикателства в храненето на деца (0-3)

Д-р Савка Савова

Всяка интервенция, която е насочена към подобряване на благосъстоянието на децата в тази ранна възраст, включително и на храненето, е преди всичко насочена към семейството, защото семейството осигурява грижата за детето в този изключително важен и критичен период.

Застъпнически проект

„Добро хранене за добро бъдеще“

[Type the phone number]

5/31/2021

Contents

Методология на изследването 3

1. Избор на респонденти 3

2. Обхват на изследването 4

3. Методи на изследването 5

Ограничения на изследването 6

Какво ни казаха майките във фокус групите? 6

Какво ни споделиха в индивидуалните разговори? 13

Какво искат майките? (Компоненти на програмата за подпомагане 17

1. Финансово подпомагане 17

2. Хранително и материално подпомагане 18

3. Обучение 18

В рамките на проект „Добро хранене за добро бъдеще“ беше проведено качествено изследване за изследване на потребностите на родителите на деца (0-3) с цел подобряване на храненето на техните деца и осигуряване на по-добри предпоставки за умствено и физическо развитие.

Изследването е втора стъпка от поредица изследователски дейности, проведени с цел събиране на доказателства и провеждане на основана на доказателства застъпническа кампания в подкрепа на храненето на най-малките деца на семейства, живеещи под прага на бедност и в хранителна несигурност, с фокус върху ромските семейства.

Хипотезите на изследването са изградени върху находките от първата изследователска дейност по проекта – Обзор на наличните изследвания по темата за храненето на децата 0-3 и храненето на децата от уязвимите групи в частност.

В рамките на предходната дейност бяха идентифицирани няколко ключови находки:

Неправилното захранване е свързано с образователния статус на майката, етническата принадлежност и ниските доходи на домакинството.

Храненето на децата от ромска общност е еднообразно и често недоимъчно като се използват евтини продукти с ниска енергийна стойност.

Консумацията на основни хранителни продукти – мляко и млечни продукти, месо и месни продукти, плодове и зеленчуци не отговаря на препоръките за хранене на възрастта, като това е свързано с лишения от материален произход.

Захранването започва по-рано в сравнение с препоръките на специалистите (СЗО), като се използват неподходящи храни. Захранването отговаря на вътрегруповите норми и практики в общностите.

Неправилното хранене води до изоставане в растежа и в развитието (физическо и когнитивно) спрямо останалите деца, както и до по-висока заболеваемост от пневмония, бронхиолит и заболявания на горните дихателни пътища. При децата от ромски произход анемията е с тежка степен на значение за общественото здраве.

Тези находки недвусмислено показват необходимостта от предприемането на целенасочени мерки за подобряване на храненето на децата (0-3) от уязвимите групи. Всяка интервенция, която е насочена към подобряване на благосъстоянието на децата в тази ранна възраст, включително и на храненето, е

преди всичко насочена към семейството, защото семейството осигурява грижата за детето в този изключително важен и критичен период.

Поради тази причина, и предвид разнообразните причини, които влияят върху хранителните практики на семействата:

1) финансови – равните на доходи и регулярност, свързани със знанията (захранващи храни и последователност, времеви периоди, вредни и полезни храни и т.н.),

2) свързани с достъпа до храни (наличие на магазини в махалите) и достъпа до услуги (материално и хранително подпомагане, детска кухня),

3) свързани със степента на доверие на външни източници (лекари, социални работници, здравни медиатори),

4) вътреобщностите практики и знания за храненето на децата,

се обърнахме към родителите на децата (0-3), за да чуем техните гласове, за да ни разкажат за предизвикателствата в отглеждането на децата с фокус върху храненето, да ни споделят какви са техните нужди и потребности, за да могат да подобрят храненето на техните деца.

Методология на изследването

1. Избор на респонденти

Предварителното изследване на наличните услуги за подпомагане на децата и семействата, включително хранително подпомагане и подкрепящи услуги, показа че макар и налични на места, тези услуги са неравномерно разпределени - включително достъпа до магазини за храна (прясно месо, плодове и зеленчуци), детска кухня, достъп до детски ясли и градини (където се предлага хранене на децата, отговарящо на стандартите за възрастта). Беше формулирана водеща хипотеза на изследването, че родителите на деца (0-3) в различните общности срещат различни предизвикателства и имат различни потребности при осигуряването на храна за своите деца в зависимост от характеристиките на населеното място. Въз основа на тази хипотеза бяха планирани изследователски дейности в населени места с различни характеристики: големи изолирани общности, в голям град, ромски махали на малки градове. Допълнително бяха таргетирани и майки, които живеят в малки населени места от селски тип.

За целите на изследването бяха определени няколко основни критерия за избор на респонденти:

1. Насочихме се към майките, тъй като те в най-голяма степен отговарят за храненето на детето – те полагат целодневна грижа за детето, избират и

приготвят храната, която то приема, познават неговите предпочитания и навици.

2. Възрастта на детето беше изведена като водещ критерий за покана към майката за участие в изследването. Беше определена възраст на детето на 6м., предвид препоръките за начало на захранването след тази възраст и необходимостта да се чуе гласа на майки, които вече са изправени пред предизвикателството да осигурят разнообразна храна на детето си. Горната граница на възрастта на децата беше определена на 36 м. или 3 години.

3. Допълнителен критерий е и местожителството на семейството –майките отглеждат децата си в ромски квартал или в непосредствена близост. Не са поставяни ограничения по отношение на социален статус, образование на майката, доход на семейството, наличие на други деца.

2. Обхват на изследването

За участие в изследването бяха поканени майки на деца (0-3), живеещи в ромски квартали на София, Луковит, Казанлък и Мъглиж, както и майки от с. Горно Черковище и с. Гозница.

Бяха проведени три фокус групи: в Луковит (7 майки), в кв. Филиповци, София (7 майки), в с. Долно Черковище (4 майки). Общо **18 майки на деца** (0-3) участваха във фокус-групите за изследване на потребностите на родителите за подобряване на храненето на децата.

Табл. 1 Участници във фокус-групи

	Място на провеждане	Възраст на майката	Възраст на детето	Брой деца
1.	Филиповци, София	36	3 г.	2
2	Филиповци, София	35	3 г.	2
3	Филиповци, София	32	1.8г.	3
4	Филиповци, София	34	1.9 г.	3
5	Филиповци, София	31	2.8 г.	3
6	Филиповци, София	29	2г.	3
7	Филиповци, София			
1.	Луковит	23	2г.	3
2	Луковит	19	1 г.	2
3	Луковит	22	2,5 г.	2
4	Луковит	18	1,5 г.	1
5	Луковит	19	2г.	2
6	Луковит	20	2г.	2
7	Луковит	21	1,5г.	3
1.	с. Горно Черковище	28	1,4г.	2

2	с. Горно Черковище	19	2г.	1
3	с. Горно Черковище	24	9 м.	1
4	с. Горно Черковище	27	9м	3

В рамките на изследването бяха проведени 14 индивидуални интервюта. Три майки бяха интервюирани в кв. Факултета, София, пет майки в гр. Мъглиж, 5 в Казанлък и една майка в село Гозница, Ловешко.

Табл. 2 Респонденти индивидуални интервюта

	Кв.	възраст	Обр.	Възраст на детето	Брой деца	Членове на домакинството
1	Факултета	16	6 клас	9м.	1	3
2	Люлин, Сф	36	3 клас	3г.	4	6
3	Факултета	30	средно	3г.	3	3
4	Гозница, Лч	24	средно	2,4 г.	3	5
5	Мъглиж	27	2 клас	8 м	2	6 9с родителите)
6	Мъглиж	30	1 клас	1г	5	7
7	Мъглиж	18г.	8 клас	1г	1	9
8	Мъглиж	38	3 клас	2г.	3	3
9	Мъглиж	33	2 клас	1г	2	4
10	Кармен, Кз	32	4клас	1,5г	5 (13 – 3 изведени)	7
11	РМ,Казанлък	26	основно	1г.	4	6
12	РМ,Казанлък	19	начално	2г.	1	5

13	РМ, Казанлък	18	5 клас	10м.	1	3
14	РМ, Казанлък	15	основно	8 м.	1	7

Две от майките се определят като туркини (макар, че не е задаван въпрос за етническа принадлежност) –една в София и една в с. Горно Черковище.

Най-младата майка, която е участвала в изследването е на 15 г.. Най-възрастната майка на 38 години.

От всички 32 майки, участвали в изследването 15 са съобщили, че имат три или повече деца. Една от майките (32г.) съобщава, че има 13 деца, най-малкото от които на 1,5м.

Повечето майки са нямат завършено образование. Две от майките в Горно Черковище са със средно образование.

3. Методи на изследването

Беше проведено качествено изследване, като бяха използвани на два допълващи се качествени метода за събиране на информация – фокус-групи и дълбочинно интервю.

На участниците във фокус-групите бяха предложени за дискусия седем въпроса, които се отнасят до тяхното субективно усещане за информираност по въпросите на храненето на децата (0-3), източниците на информация, които те ползват по тези теми; познания за програмите, които предлагат подкрепа на родителите, както и по отношение на техните потребности за подобряване на храненето на децата и достъпа до услуги.

Дълбинните интервюта имаха за цел да изведат личния опит на родителите, техните ежедневни практики в храненето на децата, техните разбирания за начина на хранене на децата, храната, която трябва да се предлага, затрудненията и предизвикателствата, които изпитват в храненето на децата си, възможната подкрепа, която могат да получат – достъп до услуги и какво би им помогнало да подобрят храненето на децата си. Последните въпроси от индивидуалния въпросник имат за цел да проучат нагласите на родителите към определени услуги и дали те биха се възползвали от тях.

Ограничения на изследването

Изследването не си поставя за цел да проучи нивото на знания или целесъобразността на практиките за хранене и захранване на децата в общностите. Основната ни цел беше да разберем от първа ръка какви са предизвикателствата пред майките на малки деца в общностите – независимо, че всяка една от организациите има опит и да отразим коректно това, което те споделят като потребности.

В същото време обаче темата за храненето е базисна и определяща за качеството за грижата за децата. Закона за закрила за детето и правилника за неговото прилагане, разглеждат храненето като базисна нужда на детето и социалните работници от ОЗД винаги правят оценка по този компонент за качеството на грижата за децата, полагана от семействата. Това в голяма степен вдига бдителността на родителите какво споделят по темата, както и тяхната тревожност да не се поставят в ситуация, в която да бъдат оценени като не справящи се с удовлетворяването на основните потребностите на децата си. Това силно увеличава социалната желателност на отговорите на част от родителите.

Какво ни казаха майките във фокус групите?

Повечето майки, участвали във фокус-групите заявяват, че са достатъчно информирани по въпросите за правилното хранене н а децата. В най-голяма степен това се дължи, че майките, които участват в дискусиите имат по-големи деца, за които са полагали грижа, и вече са извървели този път с тях, както и със свои по-малки братя и сестри.

> ***„Вече има всякакви храни и съм добре информирана.Ние отглеждаме деца още като сме били малки. Аз съм отгледала сестрите си и съм информирана за това как става“ (майка от Луковит).***

Субективното усещане за информираност отразява собствената преценка за знания по темата за храненето и не е информативно нивото на знанията нито за достоверността на тези знания.

Майките споделят, че установените в общността правила и практики определят в най-голяма степен тяхното усещане за информираност.

> ***„Знам това, което знаят и другите жени от махалата. Гледаме децата си еднакво. Гледаме винаги да са нахранени. Ядът и вредни неща, но няма как, защото купуваме по-евтини продукти“ (майка от Луковит).***

Някои от по-опитните майки споделят, че се чувстват информирани и знаят какво трябва да предлагат на децата си, но въпреки това не спазват препоръките. Знанията за правилното хранене на малките деца е необходимо, но не достатъчно условие за прилагането на препоръките, тъй като много други фактори оказват влияние върху решенията, които майките вземат всеки ден относно количеството и качеството на храната, която предлагат на децата си.

„***То и да знаем какво да даваме – не спазваме***“ (майка Филиповци).

„***Знам как да гледам децата си, защото всички ми помагат, но от началото на годината и мъжът ми е безработен и ги гледаме с по-малко храна отколкото преди…“*** (майка от Луковит).

Въпреки това има някои майки, които споделят, че не се чувстват достатъчно информирани и имат нужда от допълнителна информация тъй като препоръките на лекарите при отглеждането на децата преди години се различават от препоръките за хранене на най-малките им деца. Няколко млади майки, които за пръв път се изправят пред предизвикателствата на захранването – също изказват несигурност по темата.

Не, защото съм сама и съм с първо дете. Мъжът ми е в чужбина и никой не ми помага (майка от Луковит).

„***Времената се менят и храната на децата също. Моето дете ядеше всичко, само рибата не си ядеше. Ма с първото дете едно ми казваха, сега друго ми приказва доктора***“ (майка от Филиповци).

„Децата си ги хранех в кухнята, но той обича шоколад. Не знам колко шоколад да им давам. Например мъхести плодове - да давам ли, да не давам ли, кога да давам.“ (майка от Филиповци).

Най-честият източник на информация относно храненето на децата за майките, независимо къде живеят, са по-опитните жени в общността. Повечето майки споделят, че се доверяват на съветите свекървите си и собствените си майки, сестри, както и на съседките.

„***От комшиите. Те са най-близо, моята комшийка има 3 деца, нея питам. Майка ми е далеко, сестра ми, ама и тех***…“ (майка от Филиповци).

*„**Събираме се с жените и готвим. Всички носим каквото имаме. Събираме си информация една от друга. Не ходим на доктор и никой не ни дава повече информация*** (майка от Луковит)***.***

*„**Ми от махалата- като питаш повече хора, по- добре, повече неща научаваш, повече***…"(майка от Филиповци).

*„**Майка ми, свекървата питам**"* (майка от с. Долно Черковище).

Това, че информацията се разпространява през неформалните канали на комуникация в общността съдържа както негативни така и много оптимистични индикации. Негативните са свързани с това, че с висока вероятност в общността се възпроизвеждат погрешни схващания и практики свързани с храненето и отглеждането на децата. Позитивните са свързани с това, че при наличие на майки, които са носители на достоверна информация по тези въпроси, те биха се превърнали в двигател на позитивна промяна в общността.

Друг важен аспект на тази находка е важната роля на възрастните жени в общностите, които се ползват с най-висока степен на доверие сред майките и имат водеща роля при определяне на хранителните практики и тяхното възпроизвеждане при новите поколения майки. Тази изключително важна роля на по-опитните жени би трябвало да бъде взета под внимание и зачетена от специалистите, които целят промяна в общностите, като привлекат тези жени за съюзници в името на по-доброто здраве и развитие на децата. Това означава, че по-възрастните жени, също трябва да се превърнат в обект на интервенцията, наравно в майките.

Друг източник на информация, който майките и от трите общности посочват са личните лекари на децата.

„От докторите, ама те много бързо казват всичко и аз не мога да помня, какво говорят" (майка от Филиповци)***.***

Някой майки споделят, че не могат да запомнят информацията, която получават от личните лекари. Някои споделят и че не разбират всичко, което им се казва. Макар и в това изследване майките да не споделят, че лекарите не им обръщат достатъчно внимание и не им обясняват колкото на другите майки (дискриминативно отношение), има достататъчно основание да смятаме, че част от майките не получават достатъчно информация по отношение на храненето от личните лекари и е необходимо те да се референтна точка относно

здравословното хранене в ранна възраст по време на редовните им контакти със семейството за наблюдение върху здравето и развитието на децата[1].

Освен лекарите, социалните работници също са посочени като източник на информация относно храненето на децата. Майките от Луковит посочват и учителките в детската градина. Две от майките от с. Долно Черковище посочват, че по собствена инициатива търсят информация и четат специализирана литература.

В дискусията относно, това от което майките имат нужда, за да хранят децата си по –добре, се очертаха три основни групи потребности:

1. Най- често майките споделят за нуждата от пари/финанси/ средства. Те споделят, че по принцип имат затруднения в изхранването на децата, но особено тежко им се е отразила кризата около Ковид 19 и това, че мъжете са останали без работа.

> ***„Заради пандемията мъжете не работят, като ми донесе вечерта 40 лв., къде да ходя да купувам по супермаркетите, да готвя. Тука, в квартала, каквото има –ядем, хляб, пастет, кренвирши…давам… Като имам какво да им дадем – спокойна съм***" (майка от Филиповци).

> ***„Имам нужда от подходящи бебешки храни, защото магазинът в квартала невинаги има такива, а другите магазини са много далеч. Не винаги има пюрета и мляко. Мъжът ми е в чужбина и не мога да ходя сама. Парите, които ми изпраща са достатъчни, но ако имаме още едно дете, няма да стигнат и ще трябва да започна да ги храня с други храни, които са по- евтини'*** (майка от Луковит)**.**

Изолираността на махалите също оказва влияние върху избора на храни. От споделянята става ясно, че чест избор на майките са лютеница полуфабрикати, кренвирши и салам, храна която е основна за семейството и освен това е достъпна в местния хранителен магазин. Повечето от майките във Филиповци споделят, че децата от много малка възраст са на обща храна и се хранят с храната, приготвяна за останалата част от семейството. Майките от по-малките населени места Луковит и Горно Черковище споделят, че приготвят храна за децата и предпочитат домашно приготвена храна.

Ограниченият финансов ресурс на семействата ги поставят в ситуация да приоритизират разходите си, като те отдават по-голямо значение на други разходи за сметка на храната.

---

[1] https://nrcpsystem.government.bg/DocumentsNGO/RECI_Bulgaria-report_ENG-f.pdf

„***Ако имаш 20 лв. ще ги дадеш за памперси, и не стигат за храна***“ (майка от Филиповци).

Липсата на средства се отразява както на количеството, така и на качеството на предлаганата храна. майките споделят, че купуват по-евтина храна, въпреки че са наясно, че тази храна е с по-ниско качество.

2. Майките посочват, че имат нужда от подпомагане с основни храни и специализирани детски храни. Това особено ясно се чува в споделянето на майките от Луковит, където няма детска кухня и те трябва сами да осигуряват разнообразна и питателна храна за децата си.

„Имам нужда по-различна храна, защото храня бебето с едни и същи неща (каша, лютеница). Имам нужда от подкрепа за бебешка храна, или от финансови помощи за да си купя такава“ (майка от Луковит)***.***

Имаме нужда от ваучери за храна. Едно време даваха от социалните ваучери. Сега не сме с ваучери. Получихме хубава и полезна храна от общината заради пандемията с вируса. Имаме нужда от повече такива помощи, защото така е по-лесно и храната е по-полезна от тази, която ние готвим (майка от Луковит)***.***

„Имаме нужда от повече средства, защото хубавата храна е по-скъпа. Полезно е, ако има повече помощи, както имаше заради ковид“(майка от Луковит)***.***

3. Третата група предизвикателства, които оказват влияние върху начина на хранене на децата, са свързани с условията на живот в махалите. Те също са свързани с материални лишения и ограничения, протичащи от ситуацията на бедност, в която живеят голяма част от семействата. Част от майките споделят за липсата за условия за готвене в домовете си поради липса на ток, кухненски уреди като печка и хладилник:

„***Ми то тук. Ние тука нямаме ток. На газ готвя, нямам печка. От много неща ги лишаваме… от десерти. Ядеме каквото имаме. Ток вземам от съседката. Тя има печка. Прави баници, сладкиши … някой път й се примоля – на Д…. му замириса – дай едно парче кекс, момче е, да не му стане нещо… и тя ми е приятелка, дава… Ама аз не мога, нямам възможност***“ (майка от Филиповци).

„***Аз нямам хладилник, печка, как да готвя. Гледам такива неща, да не се развалят. Всички ядем едно…‘*** (майка от Филиповци).

*„**Аз нямам пасатор. Картоф, морков мачкам с вилицата. Месото първо му го дъвча- после му го давам“*** (майка от Филиповци).

По отношене на програмите, които подпомагат храненето на децата , майките отчитат:

1. Помощи за ковид от общината в Луковит;
2. Общинска програма за хранително подпомагане в Луковит

„Има програма от социалните. Всяка сряда ходим да взимаме храна от центъра в махалата (център за социално подпомагане). Но храната не стига и трябва да има поне 2 дена в седмицата“ (майка от Луковит).

„Родих преди една година и още не съм чула за такива програми. Има програми за храна за възрастни. За бебета не съм чула да има „ (майка от Луковит)***.***

3. Програмата за обучение на майки на ХЕСЕД във Филиповци:

*„**Ами тука да учим за децата, за храната. Полезно е да учим, да знаем. За научих да не давам кисело мляко, като спирам кърмата“.***

4. Програмата за хранително подпомагане на ХЕСЕД съвместно с БХБ

„И храната, дето я давате“ (майка от Филиповци)***.***

„Каквото дадете- всичко е полезно. Всичко се изяжда. Нищо не остава“ (майка от Филиповци).

По отношение на програмите за подобряване на храненето на децата се очертават три компонента, които майките посочват като необходими:

1. Обучение по въпросите на храненето.

„Мен няма кой да ме научи с какво да храня детето. Трябва някой да научи такива като мен, които сме сами, а не да ходя и да питам жените. Отделно си трябва и повече финанси, защото всичко е скъпо, или поне да ни раздават храна за малки деца“ (майка от Луковит)***.***

„Трябва да има повече информация, някой да ни обясни кое, как трябва да се прави като храним децата. Трябва да ни осигуряват и пресни продукти“ (майка от Луковит)***.***

„Ами да учим да знаем, какво да даваме- какво не“ (майка от Филиповци).

2. Редовно материално подпомагане с храни и продукти.

Майките споделят, че разчитат на хранително подпомагане, което достига до тях по различни канали. Макар и благодарни за помощта, която получават те отбелязват, че липсата на регулярност на даренията увеличава хранителната несигурност на семействата.

„Трябва да включва по- редовно подпомагане. Храним децата с плодове и зеленчуци веднъж в седмицата“ (майка от Луковит)***.***

„Трябва програма, която да дава повече храна докато децата са малки. Като пораснат е по-лесно, защото тогава ще мога да работя и аз. Сега не мога и трябва да ги гледам“ (майка от Луковит)***.***

Част от майките отбелязват необходимостта от таргетирано подпомагане с храни за малки деца, поради това, че тези храни са скъпи.

„Да включва повече храна за малките деца и бебетата. Повече мляко, защото е скъпо. Има си храна само за бебета. Ние я заместваме с друга храна, която може и да не е много полезна“. (майка от Луковит)

Повече продукти като пюрета и други такива. (майка от Филиповци).

„Храни да ни дават, да ги храним децата. Че детето трябва да яде всеки ден, храната не стига. Днес давате- име, утре свършва и от къде да давам? (майка от Филиповци).“

Едната от многодетните майки във Филиповци сподели, че е важно хранителното подпомагане да е насочено към цялото семейство, защото храната се споделя от всички деца.

„***Ама ти не може на едното да дадеш, пък на другото да не дадеш. Трябва за всичките деца да има, как да кажеш – това за С… ми го дадоха, за тебе няма да има***“.

3. Подпомагане с ваучъри за храна/ купони

Освен финансова помощ или материално подпомагане, майките смятат, ч е биха имали полза и от ваучъри/ купони за храна. Ваучърите трябва да бъдат

специални за детски храни и продукти (непълнолетните майки получават месечната помощ по чл.9, от ЗСО във вид на ваучъри за бебешки стоки), това предложение не е алтернатива на финансовото подпомагане, а допълнителна мярка към него.

„Трудно е с толкова деца и без помощ става още по-трудно. Мъжът ми сега работи, но преди не работеше и беше много трудно. За това такъв ваучер ще помогне да храня детето с хубава храна“ (майка от Филиповци).

Какво ни споделиха в индивидуалните разговори?

Подобно на майките, участвали във фокус-групите, майките, с които разговаряхме индивидуално потвърждават, че се чувстват достатъчно информирани за храненето на децата, като използват и прилагат предимно информацията, която получават от по-опитните жени в общностите, в които живеят. Осем от четиринадесетте интервюирани майки, заявяват, че се чувстват информирани и уверени по отношение на храненето на своите деца. Това води до възпроизвеждане на грешни практики и вярвания по отношение на храненето, с което се поддържат живи факторите, които оказват негативно влияние върху здравословния статус на децата, отглеждани в общността.

Майките, които имат по-големи деца са по-уверени. Повечето от майките споделят, че полагат усилия да предлагат хубава храна на децата си. В същото време обаче от техните отговори става ясно проличава, че това, което те смятат за хубава храна, не винаги отговаря на препоръките за здравословно хранене на децата.

> М3: „***Не съм много запозната. Гледам най-хубавото да й давам. Сутрин-филийки. На обяд – супа. Плодове. Но обича шоколади, бонбони, вафли. Давам и една вафла на ден, един шоколад… айде половин… газирано й давам, колкото иска***…“ (майка на 3г. дете, кв. Факултета, София).

Отговорът на тази майка е информативен, че дори семейства, които имат възможност да избират храната, която предлагат на децата си, и не правят изборите на храна само въз основа на ограничения дневен бюджет, не се съобразяват с препоръките за здравословно хранене.

Една от майките от Факултета споделя, че има големи затруднения с изхранването на децата си. Тя споделя, че живеят барака, без ток и течаща вода. Едно от по-големите й деца има умствено изоставяне, а съпругът й страда от психично заболяване. Майката полага грижа за децата си, но наистина живее в голяма оскъдица.

> М2: „***4 пъти яде. Няколко залъка хляб й давам и готово. Ако няма манджа – плаче. Малкото яде 2-3 залки хляб и айде – стига***

толкова…Пари няма …. Ама то от това срам няма. Обикаляме с моя и на кофите, ходиме. Изкарваме някой лев, купуваме да ядем. Днес ще им правим яйца с кренвирш и онова дългото- прас и вълшебен вкус- харесват го, ядат. Вчера – боб, ядоха. Обичат. От тука ми дават. Вземам, готвя имаме барака, там ток нямаме – крадеме (ток), на дърва готвя, като имам – правя. Давам. " майка на 3г. дете, кв. Факултета, София).

Същата майка разказва и за последиците от неправилното хранене на едно от по-големите й деца, което е довело до анемия.

М2: „***да, аз давам едно като кръв ми даде докторката. Да й се затвори тука (сочи горе върха на черепа). Давам, нещо каза за анемията. Мляко не давам. Колко съм патила! Баща ми мляко със стековете купува, анемия на голямата намериха, доктори ходих- казаха мляко да не давам! Не искам мляко, не купувам, не давам***!"

Този разказ е информативен и липса на познания на майката на правилното захранване на детето, но и за това, че неинформираното прилагане на „научени уроци от отглеждането на по-големите деца" върху по-малките води до допускане на нови грешки по отношение на храненето и лишаване на малкото дете от основни хранителни продукти, важен източник на мазнини и протеини. Това означава, че съществен елемент от програмата за подпомагане на храненето на децата (0-3) следва да предвижда обучение на майките. Предвид ниското образование на повечето от жените и липсата на установени навици за учене и разбиране – обученията трябва да са на достъпен и разбираем език, да предлагат прости и лесни за спазваме алгоритми (стъпки), които да водят до директна поведенческа промяна. Обучителните програми следва да обхващат както млади майки (с първо дете), така и по-опитни майки, които вече имат опит и схващания в тази област, формирани чрез него.

Подобно на майките, от фокус-групите повечето от майките в индивидуалните интервюта споделят, че хранят децата си с обща храна – като я намачкват с вилица, така, че детето да не я дъвче. Част от майките ползват и детска кухня. Едната майка споделя, че разпределя храната от детската кухня за всичките си деца:

М2: „***Ами саламче, пилешко (крилца), пушени кокали с картофи им правя. Риба не иска. Плюе я. На мен кърмата ми веднага спре. С хумана беше до 8 месеца. Тя с хумана ми расна. След това попарка, не знам какво… Тука ми казаха пица да не давам. Да давам супичка (ама не Maggi в чашки). От тука кухня й вземах. Ядеше всичко, само рибата не искаше. И големите ядоха супата, че не искаше. И нишестетата не***

искаше, сладкото не го харесваше- големите ядяха (майка на 3г. дете, кв. Факултета, София).

Това споделяне потвърждава наши предишни наблюдения, че в семейства, където има недостиг на храна- порцион, който е изчислен за едно хранене на дете (10м.-3) се разпределя за няколко хранената на детето или храната се разпределя между няколко деца. Детската кухня като достъпно решение за разнообразно и подходящо хранене на малки деца когато не се използва в зависимост от препоръките, се превръща в източник на недоимъчно хранене за децата. Това означава, че майките следва да бъдат обучени как да използват тази правилно услуга, за да осигурят необходимите хранителни вещества за правилното физическо и когнитивно развитие на децата.

Освен това разпределянето на храната от детската кухня между всички деца в семейството, показва, че програма за хранително подпомагане на деца (0-3), насочена **само** към малкото дете, би била неефективна и безсмислена, без да се имат предвид потребностите на цялото семейство. За тази цел е необходимо да се извърши оценка на потребностите и да се предложи съответно на оценката решение.

Същата майка смята, че ако детето й тръгне на 3г. на детска градина, това би решило част от проблема с храненето.

*М2: „**Каквото давате- ще помага, ако е често – по-добре. Много деца, пари няма. Нали знаеш как е майката – гладна ще стои- за децата да има. Малко бащите не са така… ама се опитвам праим, давам…С моя по кофите ходим, на това срам няма …. Сега малката на детска ще идва при вас, ще има да яде, спокойна съм**…."*

Подобряването на достъпа до ранно образование, освен безспорните ползи за когнитивното и социално развитие на децата, има и добавена стойност – подобряване на достъпа до подходяща за възрастта храна.

Подобно на майките от фокус-групите майките, участвали в индивидуални интервюта , споделят, че е важно хранителното подпомагане да е регулярно.

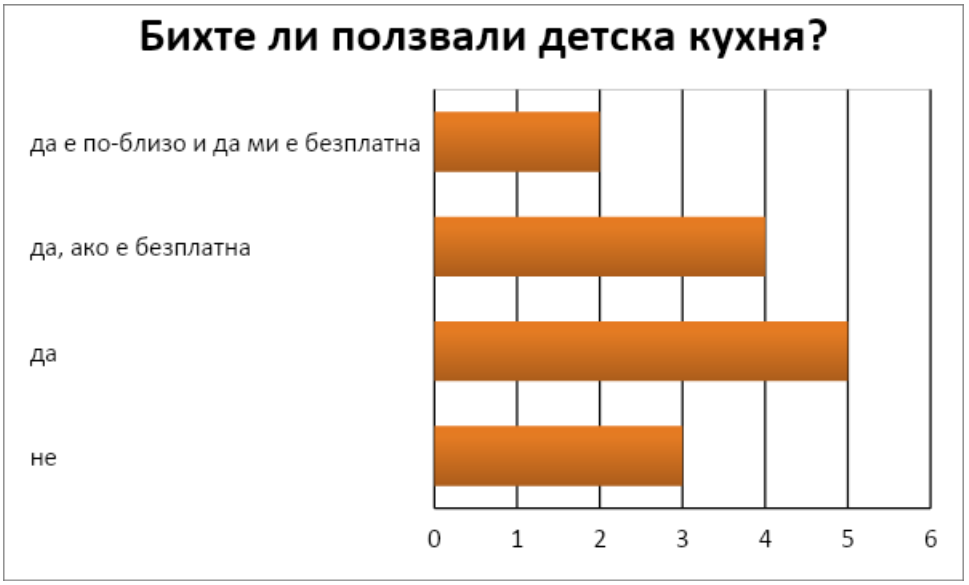
М2: „Ами храни. Каквото дадете – все е от полза. Ето дадоха ботуши. Ботуши има цела зима. Храната свършва- 3-4 деца, с четири деца и свършва. Оливия, много стана скъпа, боб, леща, ориз, такива неща, консерви. От полза е. Тука дадоха козунак, яйца, благодарни сме….Като има дарение, повече дават".

Повечето споделят, че биха се възползвали от детска кухня, ако детето харесва храната и я яде. Друго условие което поставят майките е кухнята да е на

достъпна цена или безплатна. Някои от майките от Казанлък отбелязват, че биха се възползвали от таи услуга, ако е близо до дома им и ако е безплатна.

Като цяло майките биха посещавали обучения по хранене на децата. Някои посочват, че няма на кого оставят децата си, за ходят на обучение, но биха посещавали, ако може да бъдат заедно с децата си. По-малко са майките, които биха се възползвали от обучение по готвене.

Повечето от майките биха се посещавали обучение по хранене. Някои посочват, че няма на кого да оставят децата си и биха ходили на обучение само, ако може децата да са с тях. Четири от майките посочват, че няма смисъл да посещават такова обучение защото нямат намерение да имат повече деца.



Повечето от интервюираните майки биха ползвали детска кухня (11). Шест от тях обаче поставят условие, тя да е безплатна, а две желаят освен да е безплатна, да е близо до дома им.

Половината от майките биха участвали в обучение по готвене. Една не е убедена, две заявяват, че няма на кого да оставят децата, а 5 заявяват, че нямат интерес да се включат в такава обучителна дейност.



Повечето майки биха се възползвали от хранителни добавки (10), като седем от тях биха давали добавки на децата си, ако са безплатни. Една майка не знае дали би се възползвала от такава подкрепа, а три споделят че дават различни капки на децата си по лекарска препоръка.



Ваучърите за детски стоки и храна се възприемат изключително положително от майките. Като цяло всека една от майките има или личен опит или познава майка, която ползва подпомагане във вид на ваучъри. Като цяло обаче повечето майки смятат, че тази помощ не е достатъчна. Освен това използването на ваучъри за хранително подпомагане следва да бъде прилагано много внимателно, защото в хранителните магазини и хипермаркерите се закупуват предимно готови храни и бебешки пелени и хигиенни материали.

Непълнолетна майка от Факултета разказа за опита си с ваучъри за детски стоки, които получава:

> М1: „ ***Да аз вземам ваучъри за храна от Възраждане, Социално подпомагане. На всеки 20 –ти вземаме, 240 лв. само за храни, за бебето. Само в Била ги вземат. Ако нямат бебешки неща – чакаме. Купувам й неща – памперси, кърпички, каши, пюрета, maggi-супички, давам. … Ама други неща не може да вземаш –месо, сирене, мляко – не може да вземаш, не дават, само бебешки неща...Ами казаха, че съм малка затова не ми дават парите и ваучъри вземам… Ами храня я. Пасатор нямам вземам от комшийката. Тя ми е приятелка. Вземам правя, връщам – храня я***… (майка на 16г. Факултета, София)

Темата за ваучърите за детски храни и стоки е засегната и от майките в Казанлък и Мъглиж. Като цяло системата за подпомагане с ваучъри се оценява като полезна от майките. Някои от тях не са наясно какви са критериите за получаване на ваучъри и смятат, че са ощететени в сравнение с други.

> *М7: „**Да като родих непълнолетна и получавах купони и купувах повече неща на детето сега получавам сами детски помощи**“ (майка18г, Мъглиж).*
>
> *М9: **да, има по-млади момичета и получават като вземат мляко, пюрета, каши**.*
>
> *М10. **Да дъщерята получава и взема пюрета и каши с тях***
>
> *М6: **да, мои познати получават и вземат пюрета, каши и др., но аз не вземам.***

Освен, че ваучъри се полагат само в случай на непълнолетна майка до навършване на годинка на детето, те не дават възможност за закупуване на разнообразна и прясна храна – месо, мляко и пресни плодове и зеленчуци, които липсват от трапезата на ромските семейства (видно от проучването ИНДИКАТОРИ ЗА БЕДНОСТ И СОЦИАЛНО ВКЛЮЧВАНЕ ПРЕЗ 2019/2020).

Какво искат майките? (Компоненти на програмата за подпомагане)

1. Финансово подпомагане

Повечето майки споделят, че семействата – особено многодетните, изпитват затруднения в осигуряването на храна за децата. Те посочват, че финансово подпомагане би помогнало за подобряване на храненето на най-малките.

Подпомагането във вид на ваучъри, също е оценено положително и ги възприемат като добавка към финансовото подпомагане, а не като негова алтернатива.

2. Хранително и материално подпомагане

Майките биха се възползвали от детска кухня, като някои поставят определени условия – да е безплатна и да им е удобна за получаване (в близост до дома).

Майките смятат, че подпомагане във вид на храни е много необходимо и следва е:

1. регулярно – да се получава редовно, а не на кампаниен принцип
2. да е насочено не само към най-малко дете, а към цялото семейство.

Майките са положително настроени и към хранително суплементиране във вид на помощи.

3. Обучение

Макар да смятат, че са достатъчно информирани по въпросите на храненето на децата си повечето майки смятат, че би било полезно да получат повече информация по тази тема. Предвид ниското образование на повечето от жените и липсата на установени навици за учене и разбиране – обученията трябва да са на достъпен и разбираем език, да предлагат прости и лесни за спазваме алгоритми (стъпки), които да водят до директна поведенческа промяна. Обучителните програми следва да обхващат както млади майки (с първо дете), така и по-опитни майки, които вече имат опит и схващания в тази област, формирани чрез него.

Обученията следва да дават информация за полезни вредни храни, риск от алергии, употреба на сладки пакетирани храни и т.н.

Изключително важната роля на по-опитните жени в общностите би трябвало да бъде взета под внимание и те също да се превърнат в обект на интервенцията, наравно в майките.

Предвид възрастта на децата и очакванията майката сама да полага грижа малкото си дете– майките трябва да присъстват на обученията заедно с малките.

4. Подобряване на достъпа до ранно образование

Макар и засегната само от една майка, темата излезе в рамките на изследването. Подобряването на достъпа до ранно образование, освен безспорните ползи за когнитивното и социално развитие на децата, има и добавена стойност – подобряване на достъпа до подходяща за възрастта храна.

Обзор на наличните изследвания по темата за храненето на децата 0-3 и в частност храненето на децата от уязвимите групи

Д-р Савка Савова

Докладът представя данни от 9 изследвания свързани с храненето и хранителен статус на децата (0-3) в България. Анализът очертава основните негативни характеристики на храненето, като проследява хранителен статус, практики на хранене, и фактори влияещи върху тях в две възрастови групи: (1) кърмачета (0-1) и малки деца (0-1).

Застъпнически проект

„Добро хранене за добро бъдеще“

5/31/2021

ВЪВЕДЕНИЕ 3

Обхват на изследването 7

1. Хранене на кърмачетата 11

1. 1. Хранителен статус на кърмачета 11

1.2 Кърмене и хранене на кърмачетата 12

1.3 Практики на кърмене и определящи фактори 13

1.4 Хранене на кърмачета от 0 до 6 месеца 16

1.5. Захранване на кърмени деца на възраст от 6 до 12 месеца 19

1.6 Захранване на некърмени деца на възраст 6 до 12 месеца 20

1.7 Използване на готови пюрета в периода на захранване 20

2. Хранене в детска възраст 23

2.1 Хранителен статус 23

2.2. Хранене при деца от 1 до 5-годишна: прием на енергия и макронутриенти и микронутриенти 24

2.2. Хранителна консумация при деца от 1 до 5-годишна възраст в България 26

2.3 Фактори, влияещи върху растежа и здравето на децата в България 28

2.4. Влияние на рекламата на храни и напитки върху поведението на деца до 5-годишна възраст и техните майки 30

3. Сравнителни изследвания на практиките по захранване и хранене на български и ромски деца 31

3.1 Практики на хранене, физическо развитие и заболеваемост при деца от ромски и български произход на 6-11 мес. възраст 31

3.2 Хранене, хранителен и здравен статус на ромските и българските деца на 1–2-годишна възраст 34

4. Хранене на децата в ромска общност 35

4.1 Материални лишения при децата по етническа принадлежност през 2019 година (хранене) 35

4.2 Ранното детство в ромските общности (RECI+) 36

4.3 Изследване на ХЕСЕД 37

5. Заболявания, свързани с храненето 39

6. Изводи и препоръки 40

СПИСЪК на съкращенията

EU-SILC	Статистически данни на ЕС за доходите и условията на живот
NCHS	Националния Център за Здравна Статистика (САЩ)
RECI+	Ранното детство в ромските общности
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
НСИ	Национален Статистически институт
НЦИОЗА	Национален Център по обществено здраве и анализи
СЗО	Световна здравна организация
УНИЦЕФ	Детски фонд на ООН

ВЪВЕДЕНИЕ

„В пълната лъжица, с която майката или бащата хранят малкото си дете, храната е любов…

Доброто хранене е предпоставка за равен шанс в живота. Нека работим заедно, за да намалим пречките и да гарантираме, че всяко дете, млад човек и жена се храни здравословно, безопасно, достъпно и устойчиво във всеки един момент от живота си, за да разгърне пълния си потенциал".

Хенриета Х. Фор
Изпълнителен директор на УНИЦЕФ

Целта на настоящия обзор е да се идентифицират релевантите изследвания по темата за храненето на децата (0-3) и в частност храненето на децата от уязвимите групи и да се изготви на анализ. Това е първата от поредица изследователски дейности по проект "Добро хранене за добро бъдеще", проведени с цел събиране на доказателства и провеждане на основана на доказателства застъпническа кампания в подкрепа на храненето на най-малките деца на семейства, живеещи под прага на бедност и хранителна несигурност с фокус върху ромските семейства.

Процесите, свързани с храненето не са въпрос само на личен информиран избор на родителите, а са резултат от много по-сложни социално-икономически глобални тенденции, които трябва да се имат предвид при анализа на ситуацията и при предлагането на решения. За хората, които истински са се посветили на каузата за здравословното хранене на децата от уязвимите групи, отдавна е ясно, че отделни инициативи, свързани с повишаване на знанията и информираността на родителите немогат да бъдат ефективни, без да има по-цялостна рамка от услуги и подпомагане, които да подпомогнат родителите, за да се справят с тази жизнеопределящите за децата им избори, които те трябва да правят ежедневно.

По данни на УНИЦЕФ в света поне 1 на всеки 3 деца под 5 години е недохранено или с наднормено тегло, а всяко второ дете страда от скрит глад, което възпрепятства капацитета на милиони деца да растат и да се развиват до

пълния си потенциал. Почти 2 на всеки 3 деца на възраст между 6 месеца и 2 години не се хранят по начин, който подпомага растежа на тялото и мозъка[1]. Това ги поставя в риск от забавено развитие на мозъка, слаб имунитет, по-чести инфекции, а в много случаи – и смърт. Тройната тежест на недохранването – непълноценно хранене, скрит глад и наднормено тегло – заплашва оцеляването, растежа и развитието на деца, млади хора, икономики и народи, и се дължи на неправилното хранене: две от всеки три деца не спазват минималните изисквания за разнообразно хранене за здравословен растеж и развитие.

Глобалните изследвания сочат, че цели общности обръщат гръб на често по-здравословното, традиционно хранене за сметка на модерните диети. За много семейства, особено по-бедните, това означава повишена зависимост към силно преработените храни с високо съдържание на наситени мазнини, захар и натрий и с почти нулево съдържание на важни хранителни вещества и фибри, както и към „ултра-преработените“ храни, които се характеризират с ниско или никакво съдържание на пълноценна храна. Те са изключително вкусни, с висока енергийна стойност, но бедни на хранителни микроелементи. От тези диети често липсват пълнозърнести храни, плодове, ядки, семена, зеленчуци и омега-3 мастни киселини[2].

Докладът ПОЛОЖЕНИЕТО НА ДЕЦАТА ПО СВЕТА 2019 посочва, че глобализацията определя избора на храни и възможностите за хранене: 77% от продажбите на преработени храни по света се контролират от ограничен брой компании. В градовете много от бедните деца живеят в така наречените „хранителни пустини“, където са лишени от възможности за здравословно хранене, или в „хранителни блата“, където са изправени пред избор на висококалорични, нискокачествени преработени храни. Бедните семейства предпочитат нискокачествени хранителни продукти, които са по-евтини. Заради бедността и изключването повечето деца в неравностойно положение са изправени пред огромен риск от всички форми на недохранване. Климатични сътресения, намаляване на биоразнообразието и замърсяването на въздуха,

[1] https://www.unicef.org/bulgaria/%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81-%D1%81%D1%8A%D0%BE%D0%B1%D1%89%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F/%D1%83%D0%BD%D0%B8%D1%86%D0%B5%D1%84-%D0%BD%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D0%BB%D0%BD%D0%BE%D1%82%D0%BE-%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B5-%D0%B2%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%B8-%D0%BD%D0%B0-%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B5%D1%82%D0%BE-%D0%BD%D0%B0-%D0%B4%D0%B5%D1%86%D0%B0%D1%82%D0%B0-%D0%B2-%D1%86%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D1%8F-%D1%81%D0%B2%D1%8F%D1%82

[2] Положението на децата по света. Децата, храната и храненето. Правилното развитие в един променящ се свят (резюме). © Детски фонд на ООН (УНИЦЕФ) , октомври 2019 г. , стр.16
ISBN: 978-92-806-4999-4

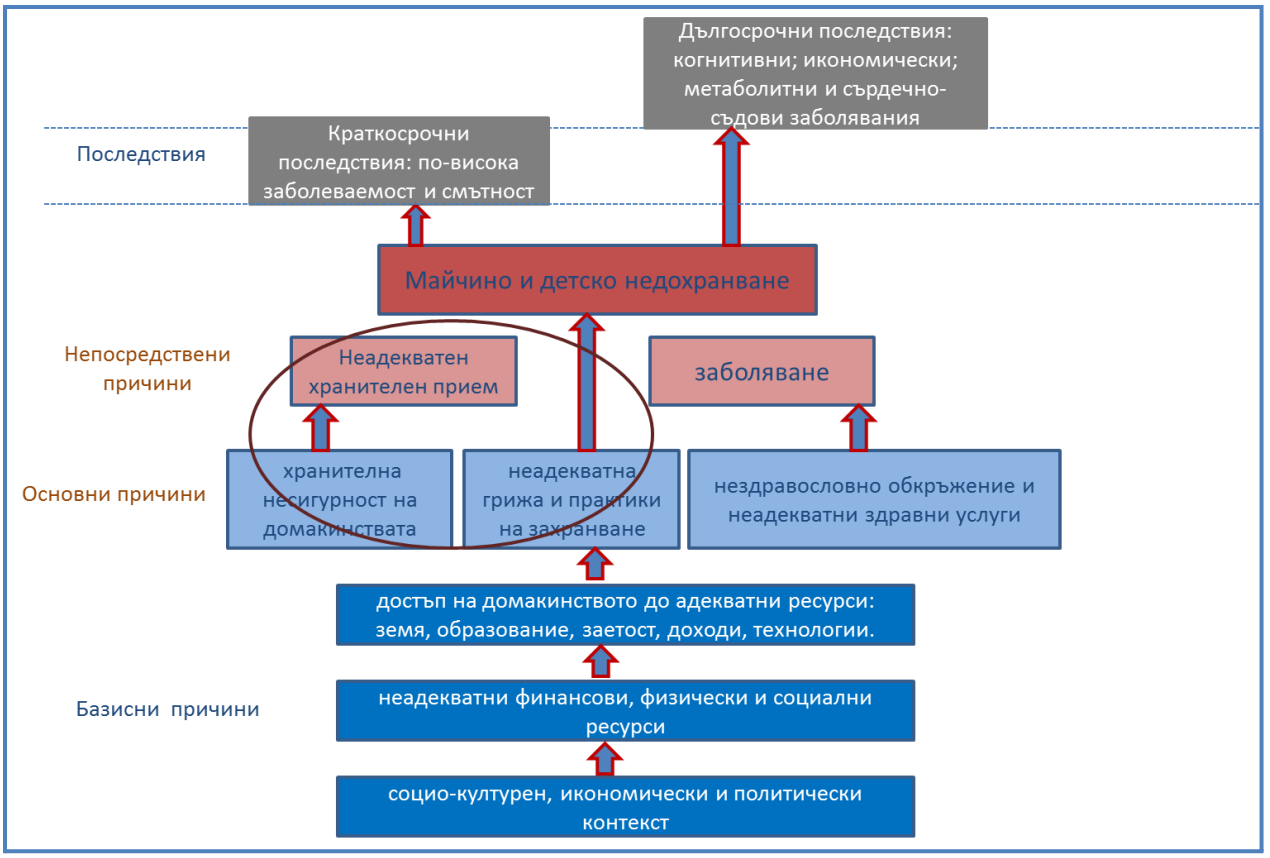
почвата, водата влошават допълнително възможностите за здравословно хранене на милиони деца и млади хора, особено сред по-бедните.

Подобряването на начина на хранене на децата изисква хранителните системи да осигуряват здравословно, безопасно, достъпно и устойчиво хранене за всички деца. Когато възможностите за здравословно хранене са достъпни, удобни и желани, децата и семействата правят по-добър избор на храни[3].

Концептуалната рамка на факторите, определящи детското недохранване, представена от УНИЦЕФ посочва 3 каузални нива, които детерминират майчиното и детско недохранване. Най- базисното ниво обхваща три взаимосвързани компонента: (1) социо-културния, икономически и политически контекст; (2) неадекватни финансови, физически и социални ресурси; (3) достъп на домакинството до адекватни като качество и количество ресурси: земя, образование, заетост, доходи, технологии.

Основните причини за недохранването са свързани с (1) хранителна несигурност на домакинствата; (2) неадекватна грижа и практики за захранване; (3) нездравословно обръщение и неадекватни здравни услуги. Като непосредствени причини за недохранването УНИЦЕФ посочва две: неадекватния хранителен прием, заболяване.

[3] Ibid



фигура 1. Подобряване на детското хранене. Ню Йорк. УНИЦЕФ. 2013

Настоящото изследване си поставя за цел да отговори на следните изследователски въпроси:

1. Какъв е хранителния статус на кърмачетата и малките деца в България?
2. Какви са характеристиките на храненето на децата (0-3) с фокус върху неблагоприятните характеристики?
3. Какви са практики на кърмене и определящи ги фактори?
4. Как се захранват децата в България? Какви фактори влияят върху практиките на захранване?
5. Какви са характеристиките на храненето в ранното детство? Какъв е хранителния прием? Какви са факторите, които влияят върху храненето?
6. Какви са факторите, които влияят на растежа и развитието на децата (0-3)?
7. Какъв е хранителния прием? Какви са хранителните практики и хранителния статус в ромска общност?

Обхват на изследването

Тъй като темата за храненето е особено актуална през последните десетилетия, не само заради ключовото значение на храненето за развитието на децата, но и поради интензивните глобални процеси на трансформация на хранителните

системи, засиленото влияние на рекламата и влиянието на големите компании за производство на храни върху потребителско поведение на семействата, а от там и върху техните хранителни практики и предпочитания, анализът започва с преглед на тенденциите и факторите влияещи върху хранителните практики на децата на глобално ниво, като постепенно фокусът се стеснява към анализ на ситуацията в България и накрая се извеждат регистрираните характеристики на храненето на децата в по-бедните и изолирани общности и по-специално в ромска общност.

Докладът представя данни от 9 изследвания свързани с храненето и хранителен статус на децата (0-3) в България.

Анализът очертава основните негативни характеристики на храненето, като проследява хранителен статус, практики на хранене, и фактори влияещи върху тях в две възрастови групи: (1) кърмачета (0-1) и малки деца (0-1).

	година	обхват	наименование	извадка	описание
1	2007	Национално НЦИОЗА	Национално представително проучване на храненето на кърмачета и малки деца до 5-год възраст и отглеждането им в семейството	общо 2127 деца в България. Извадката е случайна, гнездова, представителна за страната, стратифицирана по всички 28 административни райони и местоживеене в град/село, на базата на списъците на общопрактикуващите лекари в България.	трансверзално и ретроспективно проучване на храненето, хранителния статус и рискови фактори, свързани с тях. Методи: интервю с майката, 24 recall, данни за ръст и тегло;
2	2010	София Самоков МБАЛ „Александровка“	Практики на хранене, физическо развитие и заболеваемост при деца от ромски и български произход на 6-11 мес. възраст	30 ромски деца от гр. Самоков и 32 български деца от гр.София на 6-11-мес. възраст, подбрани по метода на случайния подбор.	Ретроспективно и трансверзално проучване на практиките на хранене, физическото развитие и заболеваемостта. Методи: интервю с майката, 24 recall, данни за ръст и тегло;
3.	2010	София, Самоков МБАЛ „Александровка“	Хранене, хранителен и здравен статус на ромските и българските деца на	89 ромски деца на 12-месечна–2-годишна възраст от община Самоков и на 42 български деца на същата възраст от Софи	Ретроспективно и трансверзално проучване на храненето, хранителния и

			1–2-годишна възраст		здравния статус. Методи: интервю с майката, 24 recall, данни за ръст и тегло;
4	2013	София НЦИОЗА	Хранителен статус на деца от 1 до 3-годишна възраст в ОДЗ, гр. София	1636 деца от 1 до 3 години от 77 яслени групи в София	Здравна документация, съхранявана в ОДЗ –възраст, пол, данни за ръст (cm) и телесна маса (кг)
5	2014	Национално НЦИОЗА	Национално проучване на факторите на риска за здравето на населението	307 деца на 1-6 години и 167 деца на 7-9 години и техните майки	трансверзално и ретроспективно проучване на репрезентативна извадка за страната
6	2016	София, Медицински Университет	Мениджмънт на храненето и захранването при кърмачетата в България в програмите за промоция на детското здраве	604 деца на възраст от 4 месеца до 3 години от град София. Извадката е репрезентативна за столицата и включва 301 деца от мъжки пол и 303 деца от женски пол от 9 района на град София	трансверзално и ретроспективно проучване на храненето, хранителния статус и рискови фактори, свързани с тях
7	2019	Национално НСИ	Статистика на доходите и условията на живот (EU-SILC)	https://www.nsi.bg/bg/node/8257/	
8.	2020	Представително за всеки от	Ранното детство в	Домакинства с малки деца в 6	Дълбочинни интервюта;

		6-те обхванати квартали; Фондация „Институт Отворено общество – София“	ромските общности (RECI+)	ромски квартала в България с общо 360 респондента; Кварталите в общините Кюстендил, Монтана, Розино, Шумен, Сливен, Тунджа	Фокус-групи;
9.	2020	София, Фондация „Здраве и социално развитие“	Кърмене и захранване на бебетата и децата в ромска общност	206 майки в кв. Факултета и кв. Филиповци	анкета

Данните представени в доклада са предимно от «Национално представително проучване на храненето на кърмачета и малки деца до 5-годишна възраст и отглеждането им в семейството» (2007) поради своята представителност, то дава най-много информация относно храненето на кърмачетата и малките деца – характеристики, хранителна стойност на предлаганите храни, хранителен и здравен статус на децата в двете възрастови групи, както и върху факторите, които влияят върху тях.

Изследването е трансверзално и ретроспективно проучване на храненето, хранителния статус и рискови фактори, свързани с тях при общо 2127 деца в България. Извадката е случайна, гнездова, представителна за страната, стратифицирана по всички 28 административни райони и местоживеене в град/село, на базата на списъците на общопрактикуващите лекари в България. Това е първото изследване в България, което е основано на международно приети стандартизирани дефиниции, индикатори и методи за определяне на честотата и продължителността на кърменето. Данните са обработени по стандартна методика на СЗО са измервани ръст и телесна маса. Оценката на хранителния статус е направена на базата на приетите норми за физическо развитие на децата в България[4] и на базата на индекси и стандарти на NCHS[5].

[4] Петрова С., В. Дулева, Л. Рангелова, К. Ангелова. Хранителен статус на кърмачета и деца от 0 до 5-годишна възраст в България: оценка чрез използване на българските норми за физическо развитие. Хранене и хранителен статус на деца от 0 до 5 годишна възраст в България, Ред. Стефка Петрова, Изд.
Пропелер, ISBN 978-954-392-100-3, София, 2012: 43-49.

[5] Петрова С., В. Дулева, **Л. Рангелова**, К. Ангелова. Хранителен статус на деца от 0 до 5-годишна възраст в България, оценен чрез стандарти за растеж на деца, СЗО, 2006 г. ***Храненене и хранителен статус на деца от 0 до 5 годишна възраст в България, Ред. Стефка Петрова,*** Изд. Пропелер, ISBN 978-954-392-100-3, София, 2012: 50-60.

На базата на резултатите от проучването, през 2008 са разработени и публикувани Препоръки за здравословно хранене на кърмачетата, Препоръки за здравословно хранене за деца на 3–6 години в България и Препоръки за здравословно хранене на жените преди и по време бременност и при кърмене. През 2009 г. са формулирани предложения до МЗ, които включват мерки за подобряване на информационната система относно кърменето, мониторинга на анемията при кърмачета, деца и бременни жени, въвеждане на международните стандарти за растеж на децата на национално ниво; законово регламентиране на изискванията за здравословно хранене в детските кухни и детските заведения, суплементиране/ фортифициране на храни за намаляване риска от железен и фолиев дефицит. Разработени са 2 наредби на МЗ (2011 и 2012 г.), които регламентират изискванията за здравословно хранене в детските градини, детските ясли и други заведения за деца на възраст до 7-годишна възраст, както и изисквания към храните, осигурявани от детските кухни[6].

Поради отдалечеността във времето на това основно изследване на хранителния статус на децата (0-3), при анализа на практиките на кърмене и хранене на малките деца, ще се опитаме да направим съпоставка и с по-съвременни изследвания като НАЦИОНАЛНО ПРОУЧВАНЕ НА ФАКТОРИТЕ НА РИСКА ЗА ЗДРАВЕТО СРЕД НАСЕЛЕНИЕТО В Р БЪЛГАРИЯ (2014), за да проследим някои важни тенденции, очертали се във времето.

Причините за непълноценното хранене са разнообразни, като сред тях са битовите условия, бедността, липсата на информация и умения, както и следване на традиционни модели на хранене срез уязвими общности. Най-честата причина, която се свързва с непълноценното хранене на децата е бедността и липсата на средства за закупуване на подходяща за възрастта им храна. Поради тази причина анализът представя и данните за материални лишения от изследването „Статистика на доходите и условията на живот“ (EU-SILC).

Представени и са данни от сравнителни изследвания на практиките за захранване практики на хранене, физическо развитие и заболеваемост при деца (6-11 мес) от ромски и български произход, като и анализ на храненето, хранителния и здравен статус на ромски и български деца (1-2г.) от изследвания на Медицински Университет, София.

---

[6] Петрова С., В.Дулева, Л. Рангелова, А. Попиванова. Национална хранителна и здравна политика: приложение на данните от националното проучване на храненето и хранителния статус на кърмачетата и малките деца до 5-годишна възраст в България. ***Храненене и хранителен статус на деца от 0 до 5 годишна възраст в България, Ред. Стефка Петрова,*** Изд. Пропелер, ISBN 978-954-392- 100-3, София, 2012: 126-137.

Важно място в представянето имат изследванията, които са проведени в ромска общност – (1) Ранното детство в ромските общности (RECI+), представително за Кварталите в общините Кюстендил, Монтана, Розино, Шумен, Сливен, Тунджа. (2) Изследване на ФЗСР в кв. Факултета и кв. Филиповци, София, проведено в рамките на проект „С грижа за храната и храненето“, финансиран от ТСА.

1. Хранене на кърмачетата

1. 1. Хранителен статус на кърмачета

Кърмачетата са рискова популационна група по отношение на храненето, поради своя бърз линеен растеж; ускорено развитие на мозъка; ускорено развитие и съзряване на имунната система; по-голяма честота на инфекциозни заболявания и повишена физическа активност. Данните за храненето на кърмачетата са получени чрез активно интервю на майката и 24-часов запис на храненето за предходно денонощие в рамките на два непоследователни дни[7].

Кърменето е с изключително благоприятни здравни последици, тъй като способства за изграждане на здрава връзка между майката и новороденото. Кърмата осигурява всички хранителни вещества, енергия и течности, необходими за оптималния растеж и развитие на детето през първите 6 месеца от живота Добрата адаптация и развитие на новороденото зависят от биологично активните и имунологичните вещества от кърмата, които осъществяват надеждна защита против бактериални и вирусни инфекции.[8]

Данните от националното проучване на хранителния статус на кърмачетата и децата (0-3), според оценката на растежа по стандартите на СЗО, показват разпространението на нисък ръст-за-възраст (РВ<-2SD) 3,3% при кърмачетата. Кърмачетата от женски пол и селско местоживеене от 0 до 6-месечна възраст са най-рискова група по отношение на изоставане в растежа (10,2%). Разпределението по етноси показа, че честотата на изоставане в растежа е най-висока при кърмачетата от ромски етнически произход - съответно 11,6% [9].

Честотата на поднорменото тегло при кърмачета от 0 до 6 месеца е 2,8%, при кърмачетата от 6 до 12 месеца е 1,9%. Разпределението по етноси и местоживеене показа, че от всички изследвани деца, поднормено тегло при

---

[7] Петрова С, Рангелова Л, Дулева В, Ангелова К, Овчарова Д, Димитров Пл. Фактори, влияещи върху растежа и здравето на децата в България. Храненене и хранителен статус на деца от 0 до 5 годишна възраст в България, Ред. Стефка Петрова, Изд. Пропелер, ISBN 978-954-392-100-3, София, 2012: 98-109

[8] Ibid

[9] Петрова С., В. Дулева, **Л. Рангелова**, К. Ангелова. Хранителен статус на деца от 0 до 5-годишна възраст в България, оценен чрез стандарти за растеж на деца, СЗО, 2006 г. ***Храненене и хранителен статус на деца от 0 до 5 годишна възраст в България, Ред. Стефка Петрова,*** Изд. Пропелер, ISBN 978-954-392-100-3, София, 2012: 50-60.

децата от мъжки пол, от ромски етнически произход и селско местоживеене е с най-висока честота[10].

Разпространението на нисък ръст-за-възраст при кърмачетата и децата от 0 до 5 години, оценено според критериите на NCHS е 5,0% при кърмачетата. Процентът на нисък ръст е най-висок в групата на кърмачетата на 0-5 месеца от ромски произход - 20,7%, където кърмачетата от мъжки пол с нисък ръст и градско местоживеене са 25,8%[11].

1.2 Кърмене и хранене на кърмачетата

Честотата на кърмене през неонаталния период при изследваните кърмачета и деца до 5-годишна възраст е висока (92.6%). Кърменето обаче е с малка продължителност (средно 3 месеца), изключителното кърмене е с много ниска честота (4.2% при децата на възраст до 1 месец, 1.3% при кърмачетата на 4-5 месеца). Наблюдава се ранно и неадекватно захранване на кърмачетата. При 91,6% от кърмачетата на 6-12 месеца се идентифицира нисък прием на желязо със захаранващите храни.

Хранителните рискови фактори при кърмачетата са свързани с ниска енергийна и хранителна плътност по отношение на калций, цинк и желязо на захранващите храни, неадекватно висок хранителен прием на мазнини и натрий и нисък прием на общо желязо и витамин С, а при малките деца са свързани с ниска енергийна стойност на консумираната храна, нисък прием на общо желязо и въглехидрати, висок прием на мазнини, недостатъчна консумация на мляко и млечни продукти, пълнозърнест хляб и риба, висока консумация на безалкохолни газирани напитки, съдържащи захар[12].

1.3 Практики на кърмене и определящи фактори[13]

Данните от национално представителното проучване „Хранителен статус на кърмачета и деца от 0 до 5-годишна възраст в България“ (2007) показват, че само 4,6% от децата са с начало на кърмене през първия час след раждането, съгласно препоръките на СЗО и УНИЦЕФ. Изключително кърмени са само 4,2% от

---

[10] Ibid

[11] Петрова С., **Л. Рангелова**, В. Дулева, К. Ангелова. Хранителен статус на деца от 0 до 5-годишна възраст в България, оценен чрез използване на стандарти на Националния Център за Здравна Статистика (САЩ). ***Храненене и хранителен статус на деца от 0 до 5 годишна възраст в България, Ред. Стефка Петрова***, Изд. Пропелер, ISBN 978-954-392-100-3, София, 2012: 61-68.

[12] Рангелова Л., С. Петрова. Хранителни рискови фактори за хронични неинфекциозни заболявания при кърмачета и малки деца в гр. София. *Българско списание за обществено здраве* 2010; том II, 2: 14-22.

[13] Петрова С., Л. Рангелова, А. Попиванова, Д. Овчарова, В. Дулева. Съвременни практики на кърмене на децата в България и определящи фактори. Българско списание за обществено здраве 2010; том II, кн. 4, 11-26.

кърмачетата до 2-месечна възраст. Продължителността на кърмене е ниска. При децата от 1 до 5-годишна възраст, кърмени до 1 месец са 19% от кърмачетата, до 2 месеца - 15%, а до 6 месеца са кърмени 10% от кърмачетата.

Относителният дял на кърмените деца от градското население, както в основната популация, така и в групите по етноси, е по-голям в сравнение със съответния относителен дял на кърмените деца от селското население.

От изследваните социално-икономически фактори, влияние върху кърменето оказват: възрастта на майката, образованието и трудовата незаетост на майката, като при майките от изследваните етнически групи въздействието е с различна характеристика.

Високата честота на кърмене на новородените е свързана с добро познание и информираност на майката относно предимствата на кърменето както за бебето, така и за нейното здраве - 96% от всички анкетирани майки посочват, че кърменето има предимства при всички случаи, 99% от анкетираните майки на кърмачета и 94% от анкетираните майки на децата от 1 до 5-годишна възраст посочват майчината кърма като най-добрата храна за бебето, а 67,3% посочват три и повече правилни отговора за предимствата на кърменето.

Разпределението по етноси показва, че най-висок (6%) е относителният дял на всички изследвани майки от ромски етнически произход, които не са запознати с предимствата на кърменето.

Майките, които живеят в градовете са по-добре запознати с предимствата на кърменето в сравнение с майките, които живеят в селските райони.

Социално-икономически фактори, които оказват положително влияние върху кърменето, са образованието, възрастта и трудовата заетост на майката. Без съществено въздействие върху честотата на кърменето са местоживеенето и етническата принадлежност на майките, а възрастта на майката, семейният статус, ползването на отпуск по майчинство и доходите на домакинството не повлияват продължителността на кърменето.

Най-висок е относителният дял на майките с висше образование, които кърмят децата си в периода на новороденото (93,9% от всички майки с висше образование кърмят), а най-нисък на кърмещите майки без образование - 86,8%.

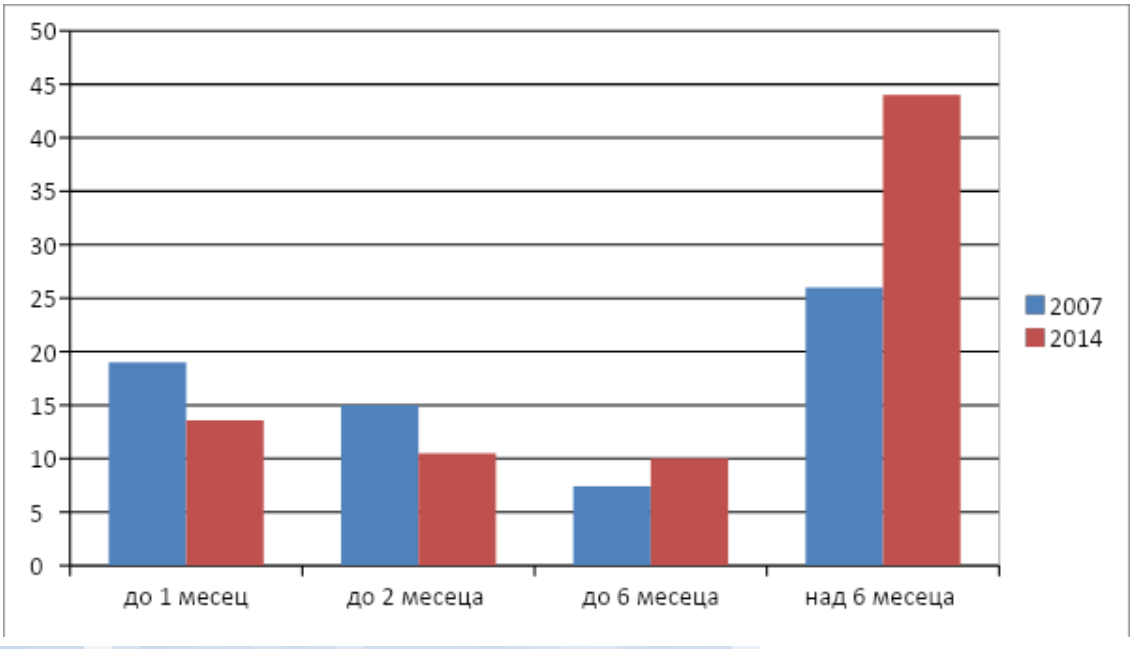
Освен това изследването установява връзка между **възрастта на майката от ромски етнически** произход и кърменето. Майките на възраст по-малка от 20

години от ромски произход (96,1%) по-често кърмят децата си в сравнение с майките над тридесетгодишна възраст (83,6%) (p = 0,013). Отношението на шансовете (OR) майките от ромски произход и възраст по-малка от 20 години да кърмят децата си е по-голямо 4,8 пъти в сравнение с майките от същата етническа група на възраст от 30 до 39 години (OR = 4,8; 1,3 ÷ 18,2).

Друг социално-икономически фактор, който оказва влияние върху кърменето, е образованието на майката. Майките от ромски етнически произход с по-ниска степен на образование (основно образование) също кърмят по-често децата си в сравнение с майките с по-висока степен на образование.

През 2014 г. се провежда Национално проучване на факторите на риска за здравето сред населението в Р България[14]. Данните от проучването могат да бъдат сравнени с данните получени през 2007 година с цел да се очертаят тенденции и практики свързани с кърменето.

От събраните през 2014 г. ретроспективни данни от майките за практиките на кърмене при децата на възраст от 1 до 6 показват, че кърмени с различна продължителност са 86,3 % от изследваните деца- 10% по-малко от честота регистрирана през 2007г.

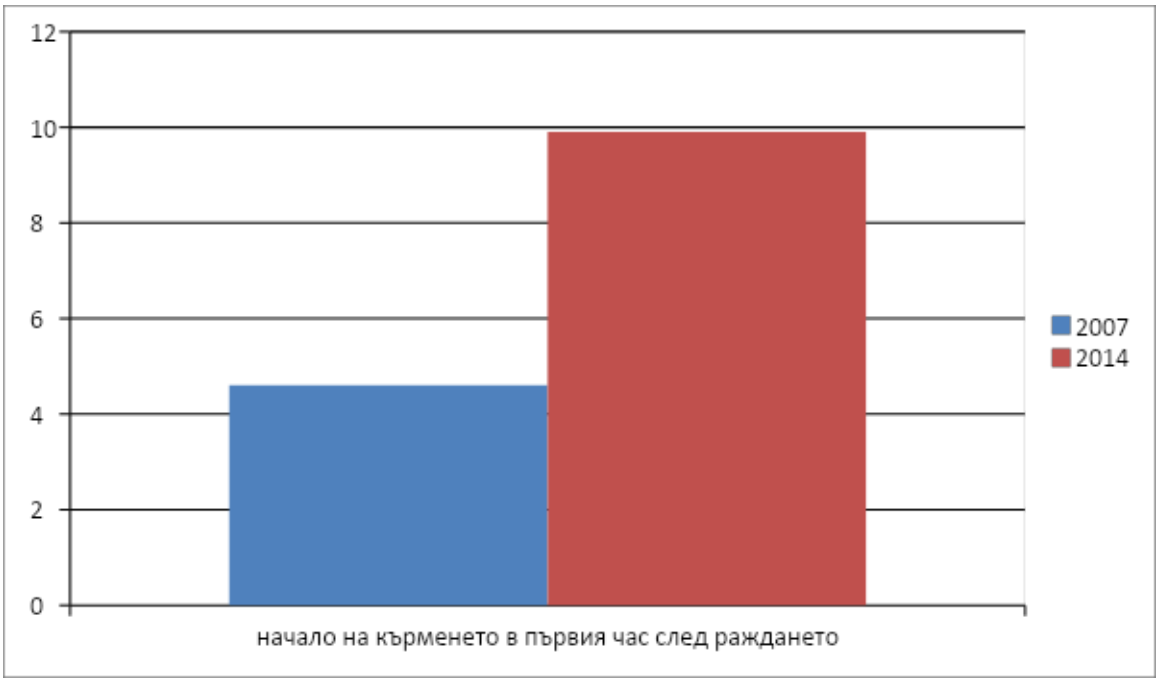


[14] Рангелова Л., В. Дулева, С. Петрова, П. Димитров. Разпространение на факторите на риска за здравето сред население на 1-6 и 7-9 години. Национално проучване на факторите на риска за здравето на населението-2014 г. I част. Българско списание за обществено здраве 2016; 4: 7-40.

Сравнителният анализ на данните от двете проучвания показва положителна тенденция на увеличаване на относителния дял деца, кърмени с по-голяма продължителност, за сметка на намаляване на процента на децата, кърмени с по-малка продължителност.

Наблюдава се изразена положителна тенденция за увеличаване на честотата на изключителното кърмене при децата до 4-6-месечна възраст, като увеличението е 10 пъти по-високо спрямо това, установено при проучването през 2007 г. Специалистите от НЦИОЗА обясняват това положително развитие със стратегиите, които са разработени и с усилията, които се полагат в рамките на националната хранителна политика, като създаване на Национален комитет по кърмене, отбелязване с редица мероприятия на Световната седмица в подкрепа, насърчаване и защита на кърменето, създаване на национална асоциация „Подкрепа за кърмене" и др.

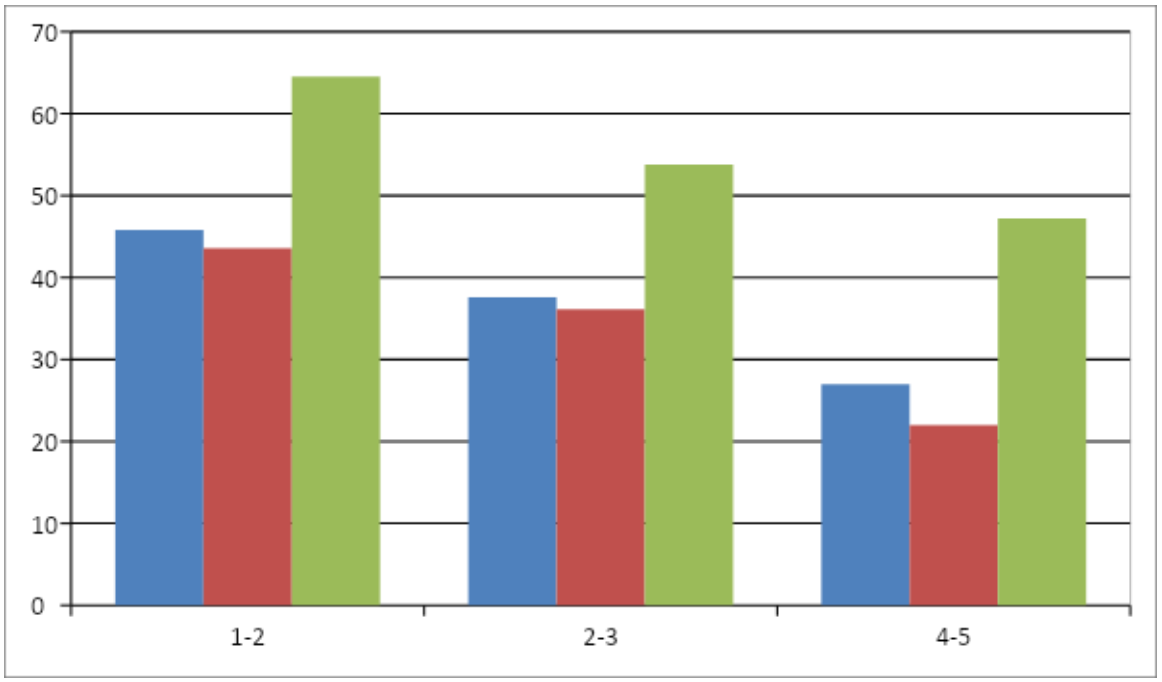
Увеличава се относителният дел на новородените, които са с начало на кърменето през първия час на раждането, но броят им се запазва малък- само едно от 10 бебета е захранено през първия час от раждането. Данните от 2014 г. сочат, че повечето от децата са с начало на кърменето от първия до шестия час след раждането (33,7%). Относителният дял на децата, които са поставени за първи път на гърдата на майката след двадесет и четвъртия час от раждането, е 19,8%.



1.4 Хранене на кърмачета от 0 до 6 месеца

През 2007г. е установено, че по-голяма част от кърмачетата (93,3%) получават вода и други течности още през първия месец след раждането в противоречие с международно приетите препоръки. Относително висок дял кърмачета до 2-месечна възраст (45,8%) приемат и подсладена вода, което е предпоставка за формиране на предпочитание към сладки храни и е предиктор за бъдещи проблеми с теглото и развитието на зъбен кариес при малкото дете[15].

Особено висок е относителния дял на кърмачетата от ромска общност, които получават подсладена вода от най-ранна възраст (64.5% на възраст 0-1, 53.8% на възраст 2-8, 47,2 на възраст 4-*5).*



фигура 3. Прием на подсладена вода по възраст и по етнос (2007)

При част от кърмачетата на до 5-месечна възраст на заместващо хранене съществува вероятен риск за недостатъчен прием на енергия и хранителни вещества поради установени при проучването по-ниски среднодневни приеми на млека за кърмачета[16].

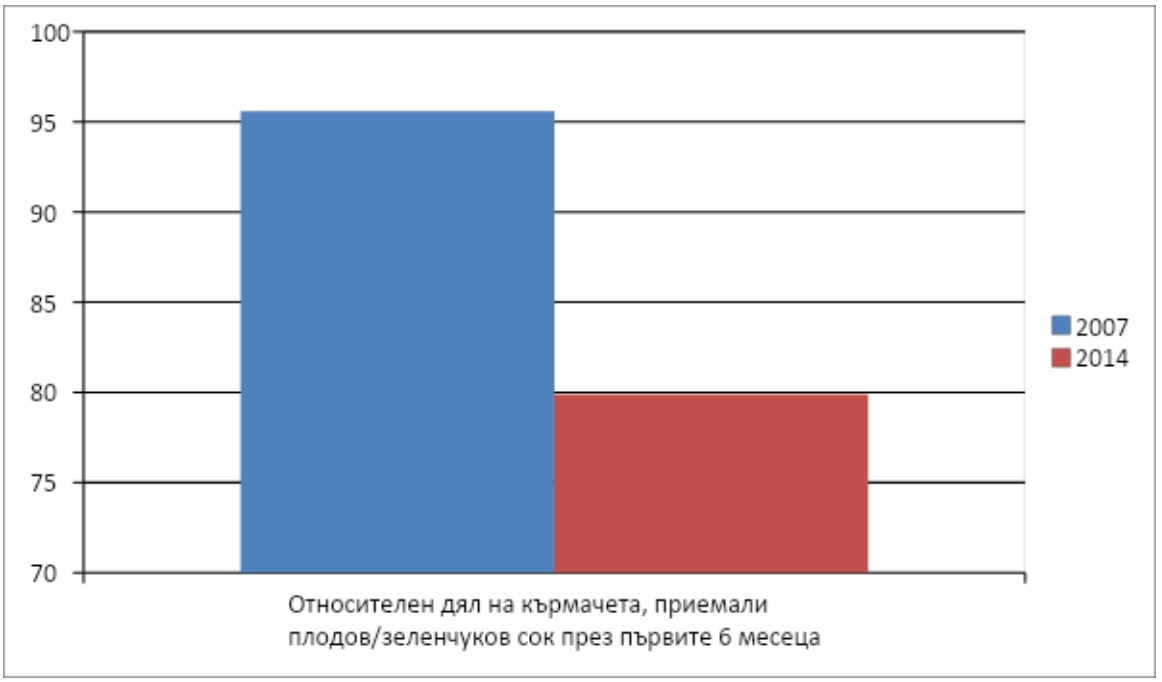
Съгласно международните препоръки за хранене на кърмачетата и съществуващите практики у нас се наблюдават различия в смисъла на понятието "захранваща храна" и препоръчваната възраст за нейното включване в храненето на кърмачето. Захранени преди 6-месечна възраст са 79,3% от децата

[15] Петрова С., Л. Рангелова, В. Дулева, Д. Овчарова. Основни аспекти в храненето на кърмачета от 0 до 6 месеца в България. Българско списание за обществено здраве 2010; том II, кн. 4, 27-32
[16] Ibid

от 0 до 6 месеца. Плодово-зеленчуково пюре приемат 80%, а каши 40% от децата на 4-5 месечна възраст[17].

Относителния дял на кърмачетата с ранен прием на кисело/прясно мляко е най-висок при децата от български (74%) и ромски произход (68%)[18]. По отношение на въвеждането на краве мляко в менюто на детето, СЗО препоръчва прием на краве мляко след 9-месечна възраст, но допуска прием в малки количества като добавка при приготване на захранващите храни след 6-месечна възраст. Ранното включване на краве мляко в храненето на част от децата е свързано с риск от желязодефицитна анемия (ниско съдържание на желязо) и от недостатъчен прием на есенциални мастни киселини (ниско съдържание на мазнини).

Изводът, който се налага от направения анализ през 2007 г., е че този модел на хранене създава риск за дисбаланс и дефицит в приема на хранителни вещества и е предпоставка за хранителни алергии. Наблюдават се някои сериозни проблеми в храненето на кърмачетата до 6-месечна възраст. Ранното захранване на кърмачетата, ранното включване на краве мляко и недостатъчният прием на млека за кърмачета създават риск за недостатъчен прием на енергия и есенциални микронутриенти при част от децата в тази възрастова група.



[17] Ibid
[18] Петрова С., Л. Рангелова. Актуални проблеми при кърменето и захранването на децата в кърмаческа възраст в България. GP News 2013; 6: 23-24; 7:25.

Проведеното през 2014 Национално проучване на факторите на риска за здравето на населението, установява някои положителни тенденции, свързани с модела на захранване на кърмачетата в България.

1. Установена **положителна тенденция за значително намаляване** на приема на плодов сок през първите два месеца след раждането средната възраст на предлагане на плодов сок при кърмачетата е 3,7 месеца, а предлагането на зеленчуков сок е осъществено при средна възраст от 4,6 месеца на изследваните деца.
2. Намалява процентът на майките, които предлагат плодово-зеленчукови пюрета на кърмачетата преди навършване на 6 м.
3. Ранното въвеждане на прясно мляко преди 9 навършени месеца се наблюдава при 45,9% от кърмачетата.

1.5. Захранване на кърмени деца на възраст от 6 до 12 месеца

Захранването на кърмачетата след 6-месечна възраст играе много важна роля за растежа и здравето им. Храненето на кърмачетата е изследвано през пролетта и лятото на 2007 година за 2 непоследователни дни. Използван е методът на 24-часово възпроизвеждане по памет (24h recall) на хранителния прием за предшестващо денонощие[19].

Енергийните потребности от захранващи храни на кърмените деца от 6- до 12-месечна възраст зависят от количеството енергия, получено от майчината кърма и от индивидуалните енергийни потребности на детето (15,16). Важна характеристика на енергийния прием е енергийната плътност на захранващите храни (количеството енергия в ккал/ 1 г захранващи храни). Специалистите посочват, че при ниско ниво на кърмене, съответно препоръчителната енергийна плътност на захранващите храни е по-висока. Важно е да се отбележи, че продължителният прием на захранващи храни с ниска енергийна плътност води до енергиен дефицит, който може да доведе до ***изоставане в растежа на детето***[20].

Установената хранителна плътност на белтък от захранващите храни е над препоръчваната от СЗО както при среден прием на кърма, така и при ниско ниво на кърмене. Захранващите храни на кърмените деца от 6 до 12 месеца са с ниска хранителна плътност по отношение на минералите калций, цинк и желязо в ранния период на захранване, което създава риск за хранителни дефицити[21].

---

[19] Петрова С., Л. Рангелова, В. Дулева, Д. Овчарова. Основни характеристики на храненето на кърмени деца на възраст от 6 до 12 месеца в България. Българско списание за обществено здраве 2010; том II, кн. 4, 33-40.

[20] Ibid

[21] Ibid

Хранителната плътност на витамин А е по-голяма от препоръчваната и при двете изследвани възрастови групи (6-8 и 9-11 месеца), което се дължи на сравнително високата консумация на зеленчуци и плодове, богати на бета-каротен, особено моркови - традиционна храна при захранването на кърмачета у нас.

Среднодневният прием на зеленчуци и плодове (консумирани като сурови продукти и сокове, приготвени при домашни условия и от млечни кухни) е 120,5 г/ден. Съществен принос за консумацията на плодове и зеленчуци имат готовите промишлено произведени храни за кърмачета (112,9 г/ден), които са предимно плодово-зеленчукови пюрета. Значителни количества зеленчуци се съдържат и в пюретата, които включват зърнени храни и месо. Във връзка с това при някои деца приемът е висок и достига до 320 г/ден[22].

1.6 Захранване на некърмени деца на възраст 6 до 12 месеца[23]

В периода след 6-месечна възраст на децата е необходимо те да получават подходящо захранване, но някои водещи принципи на захранването на кърмачетата не са приложими при децата, които не се кърмят. Децата, които не се кърмят страдат по-често от повтарящи се инфекции, не растат оптимално и след 6-месечна възраст влизат в рисковия период на захранването с постепенен преход към общо хранене. Специалистите посочват, че в този период се покачва рискът от малнутриция и придобитите дефицити се явяват трудни за компенсиране в по-късна възраст през детството[24]. Подобряването на храненето в тази възраст е ключов фактор за подобряване на нутритивния статус, здравния статус и процесите на развитие [25]. Изследването показва висок относителен дял на децата от 6- до 12-месечна възраст в България на заместващо хранене и потребността от адекватно захранване.

Изследването установява възможен риск за неадекватен нисък енергиен прием съществува само при 9-10% от децата в тази възрастова група, тъй като среднодневните стойности на енергиен прием при тях са под съответните им средни енергийни потребности.

---

[22] Ibid

[23] Петрова С, Рангелова Л., Дулева В., Овчарова Д., Основни характеристики на храненето на деца, които не се кърмят, на възраст от 6 до 12 месеца в България. Храненене и хранителен статус на деца от 0 до 5 годишна възраст в България, Ред. Стефка Петрова, Изд. Пропелер, ISBN 978-954-392-100-3, София, 2012:41-54

[24] WHO. Complementary feeding. Report of the global consultation. Summary of guiding principles. WHO, Geneva, 2002

[25] WHO / UNICEF / USAID. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1. Definitions. WHO, Geneva, 2008

Не се установява риск за дефицитен прием на белтък и въглехидрати, но съществува риск от дефицитен прием на есенциални мастни киселини (неадекватен нисък прием на мазнини се установи при 49,9% от кърмачетата).

Резултатите показват, че както при кърмените, така и при некърмените деца се установява ниска хранителната плътност на желязо, калций и цинк в захранващите храни.

По отношение на приема на микронутриенти с храната, изследването установява нисък прием на желязо **(при 91,6%)** и висок прием на натрий (при 82,2% от кърмачетата). По отношение на приема на микронутриенти като хранителни добавки: адекватно суплементиране с витамин D. При 23% от кърмачетата на възраст от 6 до 12 месеца не се осигурява необходимото ежедневно разнообразие на захранващи храни.

1.7 Използване на готови пюрета в периода на захранване

Данните от изследване проведено през 2016 година върху практиките на захранване и използване на готови пюрета в София показват, че месеците, в които майките започват да дават фабрично произведените пюрета са между трети и шести. Това посочват близо 80% от анкетираните майки. Пределната възраст на детето, на която майките започват храненето с фабрично произведени пюрета, е 18 месеца[26].

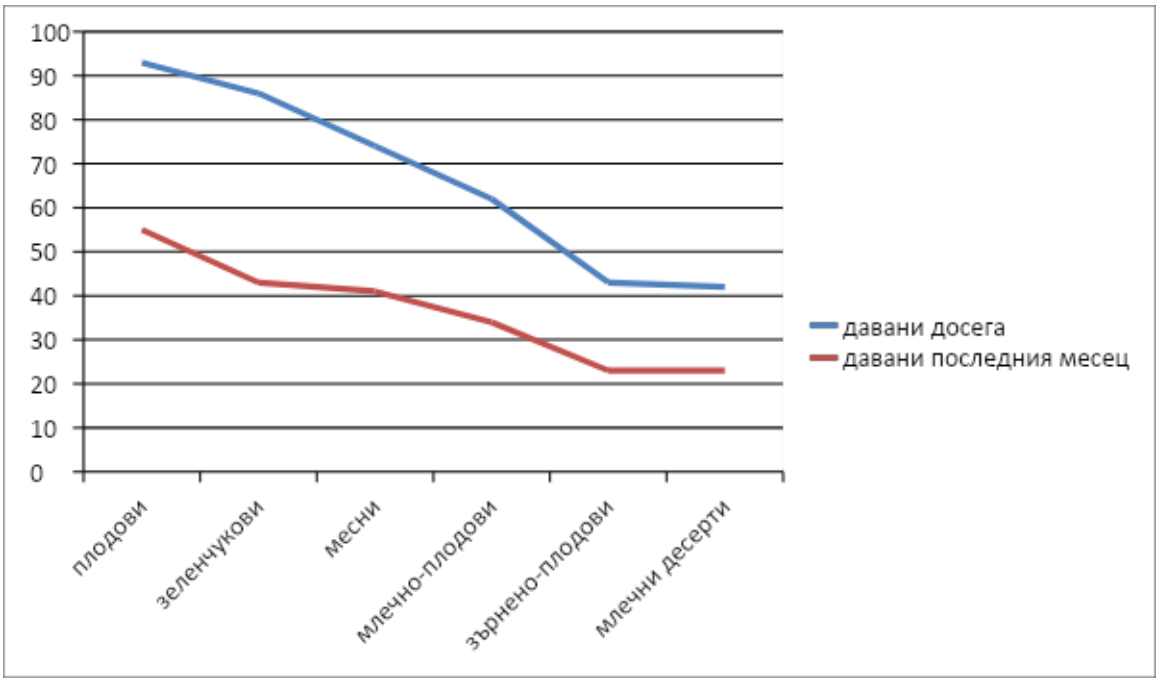
Резултатите показват, че пикът в консумацията на детските пюрета, валидно и за отделните техни разновидности, е във възрастовия диапазон от около половин до навършването на една година на детето. Важно е да бъдат маркирани и различията между отделните видове пюрета. Значително по-висок дял от майките дават плодови пюрета на децата си и след навършването на двегодишна възраст в сравнение с останалите видове пюрета[27].

Относително ранното спиране на пюретата се дължи на намерението на майките децата им да преминат на обща кухня, убедеността, че фабричните пюрета като консервирана храна не задоволяват потребността на децата от хранителни вещества, възприеманата като висока цена на фабричните пюрета и съществуването на финансово по-изгоден аналог – детска млечна кухня. Близо

[26] Манчев Б., 2016, Мениджмънт на храненето и захранването при кърмачетата в България в програмите за промоция на детското здраве, дисертационен труд за присъждане на Образователна и научна степен „ДОКТОР“, Медицински университет – София;
[27] Ibid

80% от изследваната съвкупност имат доверие в храната, която се предлага в детската кухня[28].

По типове пюрета в най-много домакинства са присъствали плодовите, следвани от зеленчукови, месни и млечно-плодови пюрета. Обяснението за това може да бъде търсено в практиката на насочване към детската млечна кухня, която до голяма степен се дублира в схемата на детското хранене, с месните и зеленчуковите пюрета. Плодовите остават предпочитан вид за десерти и консумация между основните хранения през деня[29].

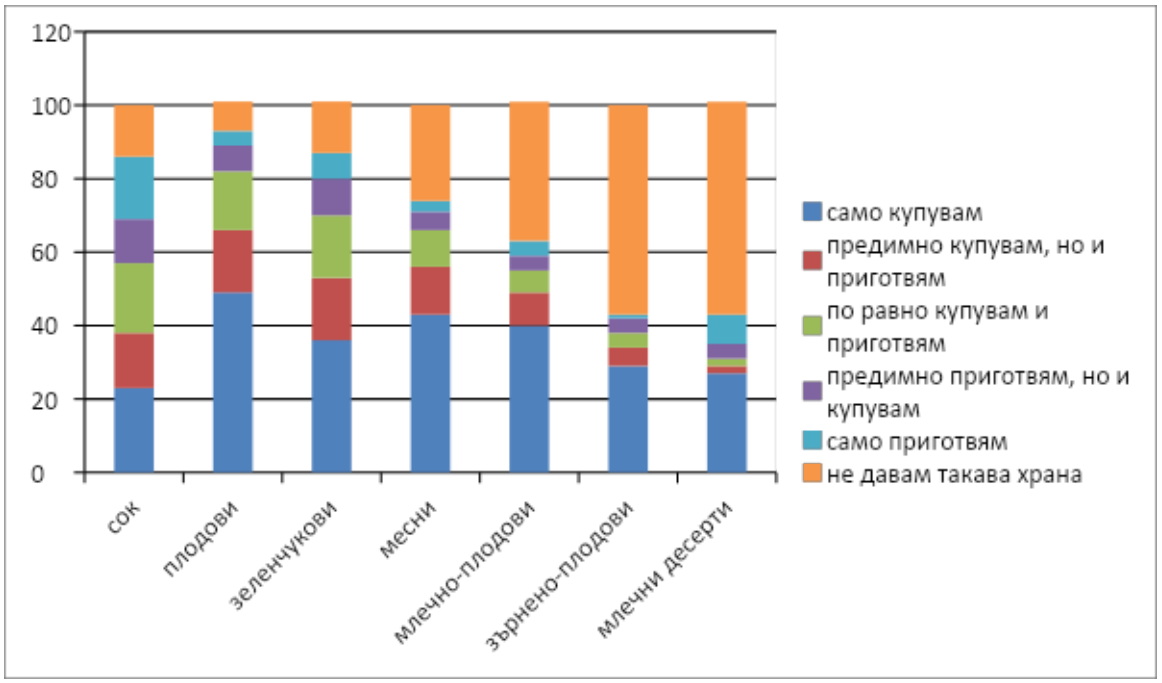


фигура 4. Употреба на пюрета в домакинствата

В своя дисертационен труд Д-р Манчев стига до следните изводи, свързани със захранването на децата:

1. Майките в България предпочитат да ***захранват децата си от 4-6 месец*** основно с ***фабрично*** приготвени ***детски храни.***

[28] Ibid
[29] Ibid



3. ***Фабрично*** произведените храни за кърмачета и малки деца са ***предпочитани*** пред домашно приготвените и храната от детска кухня.
4. ***Социалните нагласи са водещи*** при покупка на фабрично произведени пюрета и факторите определящи избора на детски храни.
5. ***Информираността*** на родителите относно качествените характеристики на фабрично произведени храни и цената са от съществено значение при покупка.
6. ***Пазарът на храни*** за кърмачета и малки деца в България се обуславя от информираността на родителите относно качествените характеристики и цената на храните и социалния статус.

2. Хранене в детска възраст

Специфичните физиологични особености на децата от една до петгодишна възраст ги определят като рискова популационна група по отношение на храненето. Хранителните дефицити и нарушенията в хранителния статус през периодите на усилен растеж, към които се отнася и този на ранната детска възраст, често са свързани със сериозни последици за здравето и развитието на децата.

2.1 Хранителен статус

Според оценката на растежа по стандартите на СЗО, разпространението на нисък ръст-за-възраст (PB<-2SD) при децата от 1 до 5 години е 3,5%.

Разпределението по етноси показа, че честотата на изоставане в растежа е най-висока при малките деца от ромски етнически произход 12,4%[30].

Относителният дял на кърмачета и деца от 0 до 5-годишна възраст с поднормено тегло, оценено на база индекс тегло-за-възраст (ТВ<-2SD), е 2,7%. Честотата на поднорменото
при децата на 1-2 години е 3,3%, а при децата на 3-4 години е 3,0%. Разпределението по етноси и местоживеене показа, че от всички изследвани деца, поднормено тегло при децата от мъжки пол, от ромски етнически произход и селско местоживеене е с най-висока честота - 14,3%.[31].

Разпространението на нисък ръст-за-възраст при кърмачетата и децата от 0 до 5 години, оценено според критериите на NCHS е 4,4% - 5,0% при кърмачетата и 3,9% при децата от 1 до 5 години. Относителният дял на поднормено тегло при кърмачетата и децата от 0 до 5-годишна възраст, оценено с антропометричен индекс Тегло-за–възраст (ТВ), е 2%, а оценено с антропометричен индекс Тегло-за-ръст (ТР) е 3,1%. При децата от ромски произход е 6,8% (ТВ<-2Z), като децата от мъжки пол от 3 до 5 години с ниско тегло и селско местоживеене са 17,6%. Децата от 1 до 5 години с наднормено тегло, оценени на база антропометричен индекс ТР (ТР>+2Z) са 5,9% като при децата от женски пол на възраст от 3 до 5 години честотата на наднормено тегло е най-висока (ТР -10,0%)[32].

Данните относно хранителния статус на децата показват, че децата от ромски произход са с най-висока честота по показателите: поднормено тегло, нисък ръст и изоставане в растежа в сравнение с децата от останалите етнически групи.

При оценката на хранителния статус на децата от 1 до 3 години, посещаващи ОЗД в София[33] на базата на индекси и стандарти на СЗО е установен: относително висок дял - 7,8% от децата от 1 до 3 години, са с изоставане в ръста

---

[30] Петрова С., В. Дулева, **Л. Рангелова**, К. Ангелова. Хранителен статус на деца от 0 до 5-годишна възраст в България, оценен чрез стандарти за растеж на деца, СЗО, 2006 г. ***Храненене и хранителен статус на деца от 0 до 5 годишна възраст в България, Ред. Стефка Петрова,*** Изд. Пропелер, ISBN 978-954-392-100-3, София, 2012: 50-60

[31] Ibid.

[32] Петрова С., **Л. Рангелова**, В. Дулева, К. Ангелова. Хранителен статус на деца от 0 до 5-годишна възраст в България, оценен чрез използване на стандарти на Националния Център за Здравна Статистика (САЩ). ***Храненене и хранителен статус на деца от 0 до 5 годишна възраст в България, Ред. Стефка Петрова,*** Изд. Пропелер, ISBN 978-954-392-100-3, София, 2012: 61-68.

[33] Дулева В., **Л. Рангелова**, Ж. Зюмбюлева, С. Петрова, Т. Татьозов. Хранителен статус на деца от 1 до 3-годишна възраст в ОДЗ, гр. София, оценен чрез стандарти за растеж на деца, СЗО, 2006 г. В: ***Анализ и оценка на хранителния статус и храненето при деца в яслени групи на ОДЗ***, НЦОЗА, 2014: 3-11.
http://ncphp.government.bg/files/Hranene_i_hranitelen_status_pri_deca_v_jasleni_grupi.pdf

(ръст-за-възраст, РВ<-2Z). Децата от женски пол на възраст от 2 до 3 години са най-рисковата група по отношение на изоставане в растежа – 8,4%. Относителният дял на децата от 1 до 3- годишна възраст с поднормено тегло, оценено на база индекс тегло-за-възраст (ТВ<-2Z), е 1,5%, а при децата женски пол от 1 до 2 г дини – 2,3%. Наднорменото тегло, оценено чрез индекс на телесна маса-за-възраст (ИТМВ) при децата от 1 до 3 години е 8,5%, като децата и от двата пола са рискова група за наднормено тегло - деца от мъжки пол - 8,9%, деца от женски пол – 8,1%. Налице са както изоставане в растежа, така и значителна честота на наднормено тегло при изследваните деца.

Анализът на данните за ръст и тегло на децата, посещаващи ОДЗ в град София, на базата на базата на индекси и стандарти на NCHS, показва, че не се наблюдава честота на изоставане в растежа, поднормено или наднормено тегло, над приемливата честота за популационна група лица (5%)[34].

2.2. Хранене при деца от 1 до 5-годишна: прием на енергия и макронутриенти и микронутриенти

Специфичните физиологични особености на децата от една до петгодишна възраст ги определят като рискова популационна група по отношение храненето. Проучвания на децата от тази възрастова група установяват небалансирано хранене и рискове за хранителни дефицити.

Прием на въглехидрати и хранителни влакнини[35]

Среднодневният прием на въглехидрати при децата на 1-2 години осигурява 50,4% от общата енергийна стойност на храната и е в препоръчителния интервал за прием в тази възраст (45-60 Е%). Среднодневният прием на въглехидрати при децата на 3-4 години, обаче е 48,3 Е% и е под долната граница на препоръчителния интервал за тази възраст (50-65 Е%). Относителният дял на децата в тази група с прием на въглехидрати под долната референтна граница е 59,2%, което създава риск за дефицитен прием на въглехидрати при тях. Разпределението по етноси показа, че при децата на възраст 1-2 години от всички етнически групи, с прием на въглехидрати под долна референтна граница са средно 20% от тях, като при децата на 3-4 години този процент е значително по-голям, българи - 60,8%, турци - 55,7% и роми – 58,8%.

---

[34] Дулева В., **Л. Рангелова**, Ж. Зюмбюлева, С. Петрова, Т. Татьозов Хранителен статус на деца от 1 до 3-годишна в ОДЗ, гр. София, оценен чрез използване на стандарти на Националния център за здравна статистика (САЩ), В: ***Анализ и оценка на хранителния статус и храненето при деца в яслени групи на ОДЗ***, НЦОЗА, 2014: 3-11.

[35] Петрова С., Байкова Ал, Ангелова К., Рангелова Л., Дулева В., Овчарова Д., Хранене при деца от 1 до 5-годишна възраст в България: прием на енергия и макронутриенти, Храненене и хранителен статус на деца от 0 до 5 годишна възраст в България, Ред. Стефка Петрова, Изд. Пропелер, ISBN 978-954-392-100-3, София, 2012:54-64

Прием на мазнини, мастни киселини и холестерол

Препоръчителният хранителен прием на мазнини за децата от една до тригодишна възраст е 30-40 Е. Средният дневен прием на мазнини, като процент от общия енергиен внос, при деца на възраст 1-2 години, е в границите на препоръчителния прием, 36 Е%, но при децата на 3-4 години е над препоръчителния хранителен прием – 38,2 Е%.

Вариабилността в зависимост от етническата принадлежност при децата на 1-2 години е изразена в слаба степен, като децата с български произход приемат по-нисък енергиен дял мазнини за деня – 35,7 Е%, в сравнение с турците – 37,4 Е% и ромите – 37,5%[36].

Анализът на разпределението на приема на мазнини показва, че при децата на възраст 1-2 години, с прием на мазнини над препоръчваното ниво (40 Е%) са 23,4% от децата. Относителният дял на децата на възраст 3-4 години с прием на мазнини над горната граница на препоръчвания дневен прием (35 Е%) е значително по-висок – 73,0%. Приемът на мазнини, по-висок от препоръчваните нива, създава риск за развитие на затлъстяване както в ранна детска възраст, така и в по-късните етапи от живота като увеличава и риска от редица хронични заболявания, свързани с храненето[37].

Прием на витамини

Резултатите от проучването показват, че среднодневният прием на витамин А, Е, С, В12 при децата от 1 до 5 години е над препоръчителния хранителен прием в тази възраст. Приемът на витамин Д е близък до препоръчителния дневен прием за възрастта, а приемът на фолат е под препоръчителния хранителен прием[38].

Прием на минерали

Среднодневният прием на желязо при децата от 1 до 5 години е под препоръчителния хранителен прием за желязо за съответната възрастова група,

---

[36] Петрова С., Байкова Ал, Ангелова К., Рангелова Л., Дулева В., Овчарова Д., Хранене при деца от 1 до 5-годишна възраст в България: прием на енергия и макронутриенти, Храненене и хранителен статус на деца от 0 до 5 годишна възраст в България, Ред. Стефка Петрова, Изд. Пропелер, ISBN 978-954-392-100-3, София, 2012:54-64

Ibid.

[37] Петрова Ст., Рангелова Л., Дулева В., Овчарова Д., Хранене при деца от 1 до 5-годишна възраст в България – прием на микронутриенти, Храненене и хранителен статус на деца от 0 до 5 годишна възраст в България, Ред. Стефка Петрова, Изд. Пропелер, ISBN 978-954-392-100-3, София, 2012:66-73

Ibid

[38]

като представлява 71,6% от препоръчителния дневен прием при децата на 1-2 години и 63% от препоръчителния прием за децата на 3-4 години[39].

Среднодневният прием на цинк, магнезий калций и натрий надвишава препоръчителния дневен прием за възрастта.

Анализът на приема на макро и микронутриенти във възрастта от 1 до 5 г. осветлява следните изводи за храненето на децата в България:

1. Храненето на децата се характеризира с адекватен прием на енергия и белтък на популационно ниво.
2. Среднодневният прием на въглехидрати и мазнини при децата на 1-2 години осигурява съответно 50,4% и 36% от общата енергийна стойност на храната и е в препоръчителния интервал за прием в тази възраст.
3. При децата на 3-4 години приемът на мазнини е висок, докато консумацията на въглехидрати е недостатъчна.
4. При цялата възрастова група деца от 1 до 5 години се наблюдава риск за дефицит на фолат и желязо.
5. При децата на 3-4 години има допълнително риск за неадекватен прием на калций и висок прием на натрий при цялата възрастова група.

6. При цялата група на възраст от 1 до 5 години се наблюдава риск за дефицит на тиамин, витамин B12, фолат и желязо и висок прием на натрий. При децата на 3-4 години има допълнително риск за неадекватен прием на калций.[40]

[39]

[40] Ibid.

2.2. Хранителна консумация при деца от 1 до 5-годишна възраст в България[41]

Проведените проучвания на децата от тази възрастова група установяват риск за небалансиран хранителен прием и показват необходимостта от подобряване на хранителния модел при малките деца.



Консумацията на зърнени храни при децата от 1 до 5 години е предимно под формата на бял и типов хляб, хлебни и тестени изделия. Установена е ниска консумация на пълнозърнест хляб от децата на 3-4 години, така и малък брой деца от тази възрастова група, които са консумирали пълнозърнести продукти[42].

Млякото и млечните продукти са богат източник на пълноценен белтък, калций и рибофлавин. Среднодневната консумация на мляко и млечни продукти при децата на 1-2 години (276,3 g/ден) и децата на 3-4 години (257,1 g/ден) е по-ниска от препоръчваната[43].

Консумацията на месо, предимно птиче месо - 28,2 g/ден, при децата на 1-2 години е три пъти по-голяма от консумацията на месни продукти - 9,1 g/ден. Тази благоприятна тенденция се наблюдава и в храненето на децата на 3-4 години, птиче месо - 28,9 g/ден; месни продукти - 19,4 g/ден. Въпреки че консумацията на риба при децата се е увеличила от 1998 г., тя остава под препоръчителните количества [44].

Консумацията на хранителни продукти при децата на 1-2 години в значителна степен съответства на препоръките за здравословно хранене, но се установява ранно въвеждане на млека с ниска масленост.

При децата на 3-4 годишна възраст се установява недостатъчен прием на мляко и млечни продукти, зеленчуци, плодове, риба, висока консумация на безалкохолни напитки, съдържащи захар; храненето им се характеризира с висок прием на мазнини.

---

[41] Петрова Ст, Рангелова Л., Дулева В., Овчарова Д., Хранителна консумация при деца от 1 до 5-годишна възраст в България, Храненене и хранителен статус на деца от 0 до 5 годишна възраст в България, Ред. Стефка Петрова, Изд. Пропелер, ISBN 978-954-392-100-3, София, 2012:74-79.
[42] Ibid.
[43] Ibid.
[44] Ibid.

Тревожна е констатацията за честа и значителна консумация на безалкохолни газирани напитки, съдържащи захар, се наблюдава при 34,3% от децата от 1 до 5 години.

Сравнението на резултатите при деца на възраст 1-5 години, с тези от националното проучване на храненето през 1998 г., показва някои положителни тенденции - по-висока консумация на плодове и зеленчуци и на птиче месо, по-нисък прием на захар и захарни изделия. Проблем представлява ниската консумация на мляко и млечни продукти и високият прием на безалкохолни газирани напитки, съдържащи захар[45].

2.3 Фактори, влияещи върху растежа и здравето на децата в България

Очертаните неблагоприятни характеристики на храненето - недостатъчният прием на енергия и хранителни вещества, поради неадекватно ранно захранване (повече 70 % от кърмачетата са получавали плодов сок до 3 месечна възраст) или прием на захранващи храни с ниска нутриентна плътност на калций, цинк и желязо, създава потенциален риск от изоставане в растежа и развитието за децата на възраст от 6 до 12 месеца[46].

Оценката на хранителния прием на децата от 1 до 5 години показва, че **неблагоприятен ефект върху растежа** на част от децата от 3 до 5 години оказва високият среднодневният прием на мазнини - 38.2 E% (норма от 25E% до 35E%) и ниският среднодневен прием на въглехидрати - 48.3%, (препоръчителен интервал от 50E% до 65 E%) при почти 60% от децата[47].

Рискови фактори за изоставане в растежа на децата до 5-годишна възраст са:

- ниското образование на майката, ниските доходи на домакинството;
- несемейния статус на майката;
- тютюнопушене;
- висок прием на алкохол и отсъствие на прием на хранителни добавки, съдържащи желязо и фолиева киселина от майката по време на бременността[48].

Проблемът с увеличаване на честотата на ***наднормено тегло*** започва още от ранното детство. Честотата на наднормено тегло е 10,6% при момчетата и 12,4% при момичетата на възраст от 1 до 3 години. По данни на МЗ 17,1% от децата на

[45] Ibid.

[46] Петрова С., Л. Рангелова, В. Дулева, К. Ангелова, Д. Овчарова, Пл.Димитров. Фактори, влияещи върху растежа и здравето на децата в България. Храненене и хранителен статус на деца от 0 до 5 годишна възраст в България, Ред. Стефка Петрова, Изд. Пропелер, ISBN 978-954-392-100-3, София, 2012: 98-109.

[47] Ibid.

[48] Ibid.

възраст от 1 до 5 години са в риск от свръхтегло[49]. През 2014 г., при 5% от децата от 1 до 4 години се установява затлъстяване, като за сравнение през 2007 г. този процент е бил 2,7%[50].

Несемейният статус на майката и ниските доходи на домакинството увеличават също риска от наднормено тегло при малките деца до 5 години.

2.4 Познания на майките за храненето на децата

Кърмачетата и малките деца са рискова популационна група по отношение на хранителни дефицити, поради което познанията и информираността на майките за храненето на децата в тази възрастова група са от съществено значение за тяхното здраве, растеж и развитие.

Националното изследване „Храненене и хранителен статус на деца от 0 до 5 годишна възраст в България“ показва, че основен източник на здравна информация на майките относно захранването на кърмачетата са здравните специалисти – 83%. При сравнение на познанието на майките за времето на включване на някои определени храни в менюто на кърмачетата и действителната консумация резултатите показват, че знанията по хранене на майките определят най-висок прием на плодов сок, зеленчуково пюре, сварен жълтък, кисел и каша в месецът, който съответства на препоръките на педиатрите, докато включването на месно – зеленчуково пюре, попара със сирене и супа/бульон се осъществява с един месец по-рано от препоръчаното[51].

Съществена находка на изследването е, че въпреки добрите познания на майките на децата от 1 до 5 години за необходимия ежедневен прием на плодове и зеленчуци (70,4 % дават верни отговори), мляко (97,8%), мазнини (93,6%), напитки (99,5%), риба (76%), практиката показва, **майките не спазват препоръките при ежедневното хранене на децата си**. Само 15,4% от изследваните деца от 1 до 5 години са консумирали риба в средно количество от 36 g/ден през двата дни обхванати от изследването. Същата тенденция се наблюдава и при консумацията на пълнозърнест хляб (само 7,6% от децата)[52].

---

[49] Доклад на МЗ. Министерство на здравеопазването. Годишен доклад за състоянието на гражданите в Република България и изпълнение на Националната здравна стратегия, 2015, стр. 60.

[50] НЦИОЗА, http://ncphp.government.bg/index.php?option=com_content&view=article&id=1475:decata_ni_zatlastiavat&catid=86:news&Itemid =519&lang=bg.

[51] Петрова Ст, Рангелова Л., Дулева В., Овчарова Д., Познания на майките за храненето на кърмачетата и децата, Храненене и хранителен статус на деца от 0 до 5 годишна възраст в България, Ред. Стефка Петрова, Изд. Пропелер, ISBN 978-954-392-100-3, София, 2012:80-96.

[52] Ibid.

По отношение на хранителните практики в отеленитe общности прави впечатление, че повече от половината ромски майки в извадката не са дали верен отговор на въпроса колко пъти на ден трябва да се храни дете на 6-10 месеца, което показва липса на основни на знания в областта на храненето.

Данните по отношение на познанията на ромските майки за възрастта подходяща за въвеждане на различни видове храни, показва, че те определят времето за захранване със всички основни храни в по-ранен период в сравнение с останалите майки. Впечатляващ е резултата 59% от децата в ромска общност под 6 месеца вече са захранени с попара със сирене. В подкрепа на този резултат са и наблюденията на екипите на фондация „Здраве и социално развитие“, които работят директно с ромски майки в подкрепа на ранното детско развитие. Майките имат ограничени или погрешни знания относно захранването, които се определят предимно от моделите на захранване в общностите, в които се отглеждат децата. Ранното захранване с неподходящи храни се свързва най-често с препоръки на по-опитни жени (баби, майки, сестри) и е обвързано с финансова несигурност на семействата.

2.4. Влияние на рекламата на храни и напитки върху поведението на деца до 5-годишна възраст и техните майки

По данни от национално представителното проучване за хранене на децата до 5 г. в България, относителният дял на децата от 1 до 5 години, които ежедневно гледат телевизия, е 76%. Повече от 50% от децата от тази възрастова група пожелават храните, които се рекламират по телевизията, а 32-62% от техните майки винаги ги купуват[53].

Децата с поднормено тегло (мнение на майката) 2 пъти по-често изяждат количеството храна, което е определено от техните майки им при включен телевизор, в сравнение с децата с нормално тегло (мнение на майката). Майките с основно и по-ниско от основно образование (18,2%) два пъти по често използват фона на “включения телевизор”, за да може детето им да изяде цялото определено количество храна, в сравнение с майките със средно образование (10,7%), като разликата е статистически значима. Майките с основно и по-ниско от основно образование (9,1%) три пъти по-често обичат да гледат телевизия, докато хранят децата, в сравнение с майките със средно образование (2,8%), като разликата е статистически значима. Майките от домакинствата с доходи под линията на бедност (152 лв.) два пъти по-често използват телевизионните

[53] Петрова С., Д. Овчарова, Л. Рангелова, В. Дулева, Пл. Димитров. Влияние на рекламата на храни и напитки върху поведението на деца до 5-годишна възраст и техните майки. Храненене и хранителен статус на деца от 0 до 5 годишна възраст в България, Ред. Стефка Петрова, Изд. Пропелер, ISBN 978-954-392-100-3, София, 2012: 118-125.

програми, с цел да нахранят децата си по-бързо и по-лесно (20,0%), в сравнение с майките от домакинства с доходи над линията на бедност.

Авторите стигат до *заключението, че о*тносително висок дял деца от 1 до 5 години ежедневно гледат телевизия, като повече от половината от децата на възраст от 3 до 5 години пожелават рекламираните храни. Доходите на домакинството, образованието, възрастта на майката и нейното мнение за теглото на детето са значим фактор, оказващ влияние върху храненето на децата им, докато семейният и професионален статус на майката не е статистически значим фактор.

По данни от 2014 г.[54], половината от изследваните деца проявяват предпочитания към храните, които се рекламират по телевизията, като в 12,1% от случаите майките винаги купуват тези храни. Сравнителният анализ с данните от проучването през 2007 година показват запазване на тенденцията за желание на децата да консумират храни, които се рекламират по телевизията (средно 50% от децата), докато тенденцията майките винаги да удовлетворяват желанията на децата си или да купуват тези храни намалява до 12,1%, при средна покупаемост от страна на майката от 32 до 62% сред различните етноси при проучването през 2007 година. Намалението е за сметка на увеличаване на броя на майките, които понякога купуват тези храни. Това най-вероятно се дължи на повишаване на познанията на майките по въпросите на здравословното хранене на децата и усилията, които се полагат в рамките на хранителна политика за информиран избор на населението по отношение на храните и храненето[55].

3. Сравнителни изследвания на практиките по захранване и хранене на български и ромски деца

3.1 Практики на хранене, физическо развитие и заболеваемост при деца от ромски и български произход на 6-11 мес. възраст

Особен интерес представляват данните от проведени изследвания за практики на хранене, *физическо развитие и заболеваемост при деца от ромски и български произход*, изведени от Д-р Аницвете Ничева УМБАЛ „Александровска“[56].

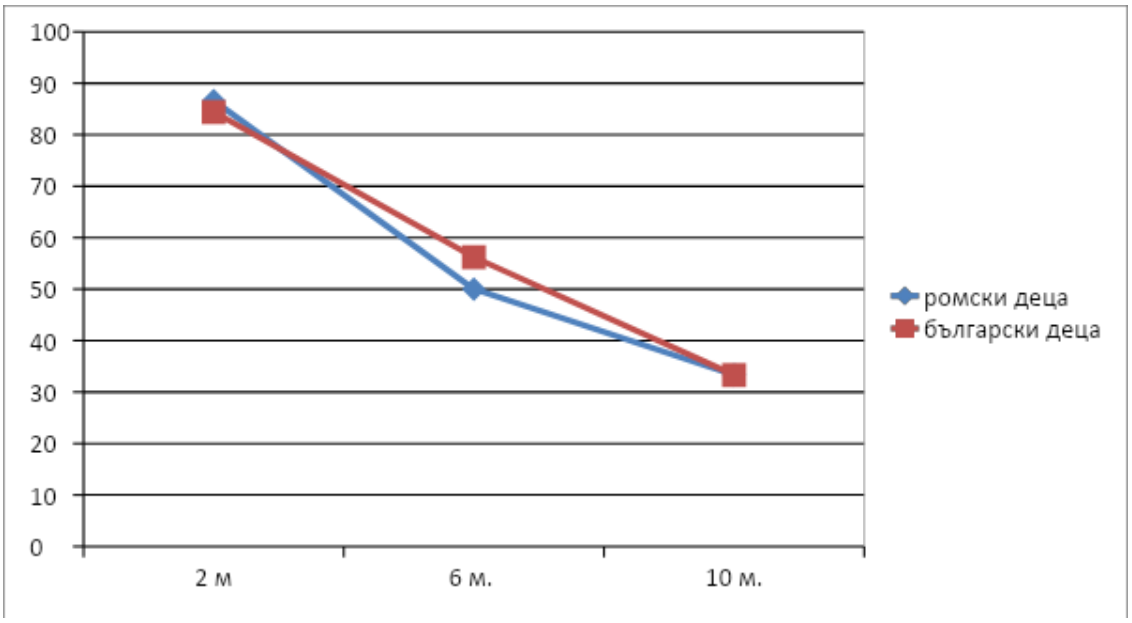
---

[54] Рангелова Л., В. Дулева, С. Петрова, П. Димитров. Разпространение на факторите на риска за здравето сред население на 1-6 и 7-9 години. Национално проучване на факторите на риска за здравето на населението-2014 г. I част. Българско списание за обществено здраве 2016; 4: 7-40.

[55] Ibid

[56] Medinfo. (n.d.). *Practices of nutrition, physical development and morbidity for children of Roma descent between ages 6 to 11 months/Практики на хранене, физическо развитие и заболеваемост при деца от ромски и български произход на 6-11 мес. Възраст*. Retrieved June 22, 2020, from http://www.medinfo.bg/spisanie/2012/11/statii/praktiki-na-hranene-fizichesko-razvitie-i-zabolevaemost-pri-deca-ot-romski-i-bylgarski-proizhod-na-6-11-mes-vyzrast-1395

Данните от изследването показват, че въпреки препоръките на СЗО за оптимална продължителност на кърмене през първата година от живота, при изследваните групи ромски и български деца се установява относително нисък дял на кърмене, прогресивно намаляващ с възрастта в месеци. Относителният дял на кърмените ромски деца на 6-11-мес. възраст по ретроспективни данни от анкетен метод спада от 86.6% на 2 мес. до 50% на 6 мес, 43.7% на 8 мес. и 33.3% на 10-мес. възраст. Относителният дял на кърмените български деца на 6-11-мес. възраст е близка до тази при ромските деца, като на 2 мес. 84.4% от българските деца са били кърмени, 56.2% на 6 мес. и 33.3% на 10-мес. възраст. Проследявайки децата на 6-11 мес. възраст от ромски и български произход, се установява относително ниска продължителност на кърмене, като и при двете групи относителният дял на кърмените деца за определена възраст в месеци спада от над 80% на 2 мес. до 33.3% на 10-мес. възраст[57].



фигура 6. Относителен дял на кърмените ромски и български деца по месеци

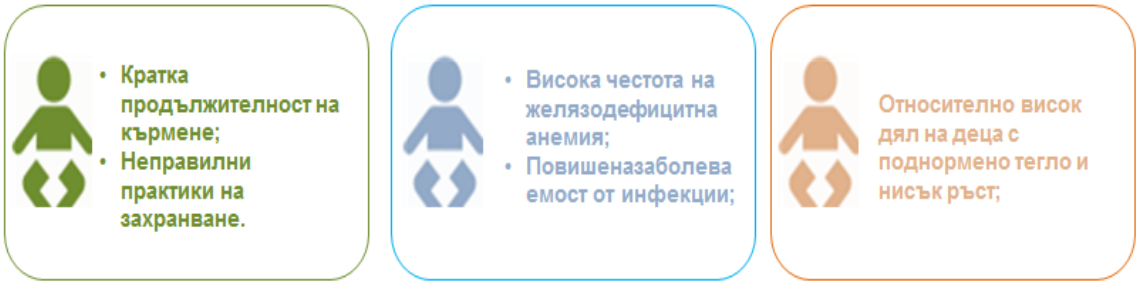
За разлика от ромските деца, при които преобладава практиката на хранене с кисело мляко с понижена масленост, при изследваната група български деца относителният дял на заместващо хранените с кисело мляко е ниска и преобладава заместващото хранене с адаптирани млека[58].

При изследваната група ромски деца се установяват неправилни практики на ранно захранване при недобри хигиенно-битови условия. Относителният дял на

[57] Ibid
[58] Ibid

приемалите плодови пюрета е 23.3% на 3-мес. възраст и 60% на 4-мес. възраст. На 6-мес. възраст относителният дял на приемалите захранващи храни е 76.7% за плодово пюре, 23,3% за зеленчуково пюре, 26.7% пюре с месо, 40% инстантна каша, 60% супа/бульон с надробен хляб, 20% попара със сирене и 3.3% яйчен жълтък. При ромските деца на 6-11-мес. най-честа практика на захранване е с плодови пюрета и със супа/бульон с надробен хляб на фона на заместващо хранене с кисело мляко с понижена масленост[59].

С възрастта на кърмачето нараства честотата на приемите и разнообразието на захранващите храни по-отчетливо при българските, отколкото при ромските деца. При ромските деца се отчитат неправилни практики на ранно и еднообразно захранване предимно с неподходящи за възрастта готови супи и плодови пюрета.



При ромските деца, диференцирани по възраст и пол, относителният дял на нисък ръст е значително по-висок при оценяване по СЗО, отколкото при оценяване по българския стандарт. При оценяване по СЗО стандарт в националното проучване на храненето на децата до 5-год. възраст в България от 2009 г. също така се установява по-висок относителен дял на децата с нисък ръст за възраст в сравнение с оценяването по българските норми, което показва несъответствие между нормативните стойности на двата стандарта и предполага подценяване на проблема с ниския ръст при оценка по българските норми[60].

Относителният дял на поднормена обиколка на глава (<-2Z) при ромските деца по СЗО и по български стандарт е 16.6%.

Относителният дял на ромските деца с BMI в граници на нормата е 83.3% общо за двата пола. С поднормено тегло <-3Z са 5.6% от ромските деца от мъжки пол и 8.3% от ромските деца от женски пол. За разлика от ромските при българските деца от изследваната група не се установява относителен дял на поднормено тегло. Относителният дял на наднормено тегло е 6.7% при българските деца от

[59] Ibid
[60] Ibid

женски пол, на затлъстяване- 5,9% при тези от мъжки пол. И по двата стандарта относителният дял на наднормено тегло е 0% за ромските деца от двата пола[61].

Отчетлива е разликата в показателите по индекс тегло за възраст при ромските и българските деца. Докато при българските деца относителният дял на поднормено тегло е 0%, оценено по СЗО и по българските норми, то при ромските деца е висок относителният дял на поднормено тегло за възраст, както по СЗО, така и по българските критерии.

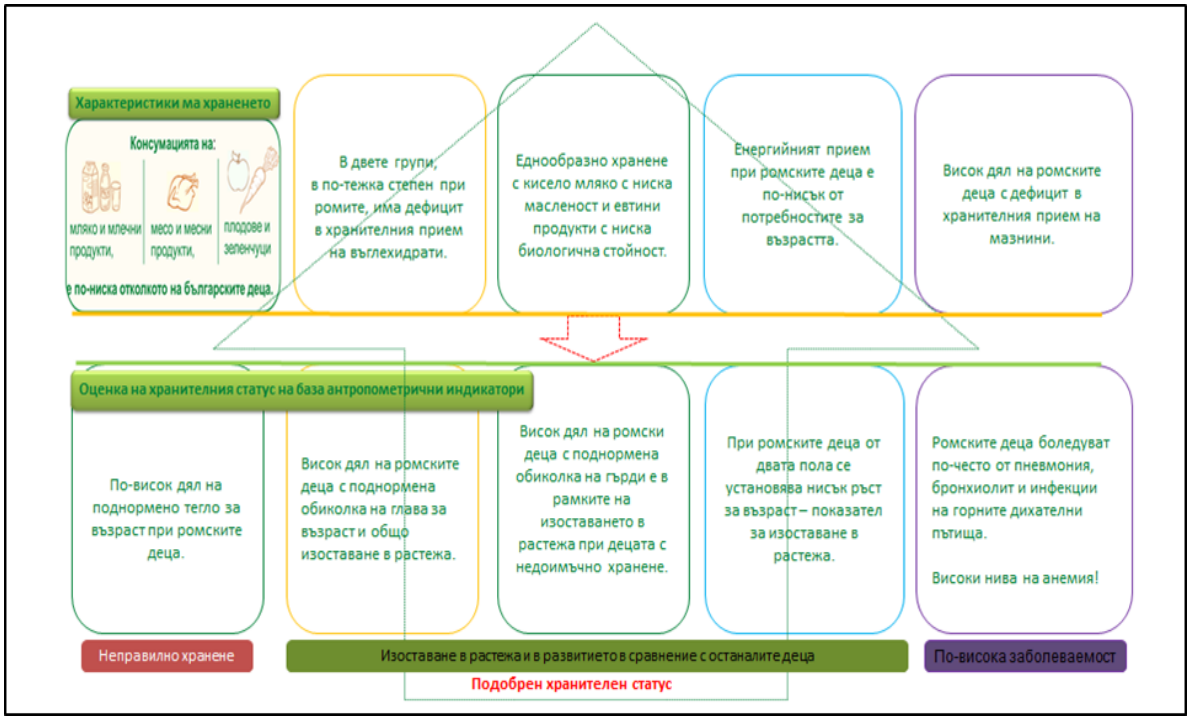
3.2 Хранене, хранителен и здравен статус на ромските и българските деца на 1–2-годишна възраст

Д-р Начева прави сравнителен анализ и на хранене, хранителен и здравен статус на ромските и българските деца на 1–2-годишна възраст. Ретроспективно и трансверзално проучване на храненето, хранителния и здравния статус на 89 ромски деца на 12-месечна–2-годишна възраст от община Самоков и на 42 български деца на същата възраст от Софи. Резултатите показват, че консумацията на мляко и млечни продукти, месо и месни продукти, плодове и зеленчуци е по-ниска при ромските в сравнение с българските деца. Поради ниския социален статус на ромските семейства (ниски средномесечни доходи и висок относителен дял на безработни родители) преобладава еднообразно хранене с кисело мляко с понижена масленост и евтини хранителни продукти с ниска биологична стойност[62].

Недостатъчна е консумацията на плодове и зеленчуци, на риба и млечни продукти, както при ромските, така и при българските деца. Благоприятна е тенденцията за по-ниска консумация на захар и захарни изделия в тази възрастова група.

[61] Ibid

[62] Д-р Аницвете Ничева УМБАЛ „Александровска”Хранене, хранителен и здравен статус на ромските и българските деца на 1–2-годишна възраст, Наука Диететика 4 2012 19



фигура 8. Хранене и хранителен и здравен статус на ромските деца 1-3 г.

Средната стойност на енергийния прием при ромските деца от двата пола е по-ниска от енергийните потребности за възрастта. Средната стойност на енергийния прием при българските деца е близка до енергийните потребности за възрастта, като при момчета е малко под енергийните потребности[63].

Въпреки че средните стойности на хранителния прием на мазнини отговарят на ПХП за възрастта, при ромските и българските деца се установява относително висок дял на децата с понижен хранителен прием на мазнини. Високият относителен дял на децата, особено при ромските деца, с дефицит в хранителния прием на мазнини е рисков фактор за енергиен дефицит и за дефицит на ПНМК, необходими за растежа[64].

В групата на ромските и българските деца, в по-тежка степен при ромските, се установява дефицит в хранителния прием на въглехидрати.

Въпреки че средните стойности на хранителния прием на калций над АХП за възрастта, при част от ромските и българските деца съществува риск от дефицит в хранителния прием на Ca. Ниска е средната стойност на хранителния прием на Fe от животински произход – 0.56 mg при ромските и 0.6 mg при българските деца. Висок е относителният дял на децата с дефицит в среднодневния хранителен прием на Fe[65].

[63] Ibid
[64] Ibid
[65] Ibid

По-ниска от ПХП за възрастта е средната стойност на хранителния прием на вит.Д, фолат и вит. В1 при ромските и на фолат при българските деца. Средната стойност на хранителния прием на вит. Д – 0.14 mcg при ромските деца е под ПХП от 5 mcg дневно. Дефицит на вит. Д се установява с относителен дял 100% при ромските и 39.3% при българските деца. Дефицитът на вит. Д при ромските и при част от българските деца се свързва с ниската консумация на риба и на обогатени с вит. Д адаптирани млека и детски храни. Установеният хранителен дефицит на вит. Д потвърждава необходимостта от суплементиране с вит. Д3 в кърмаческа и в ранна детска възраст, особено през есенно-зимния сезон с оглед оптимален растеж на децата[66].

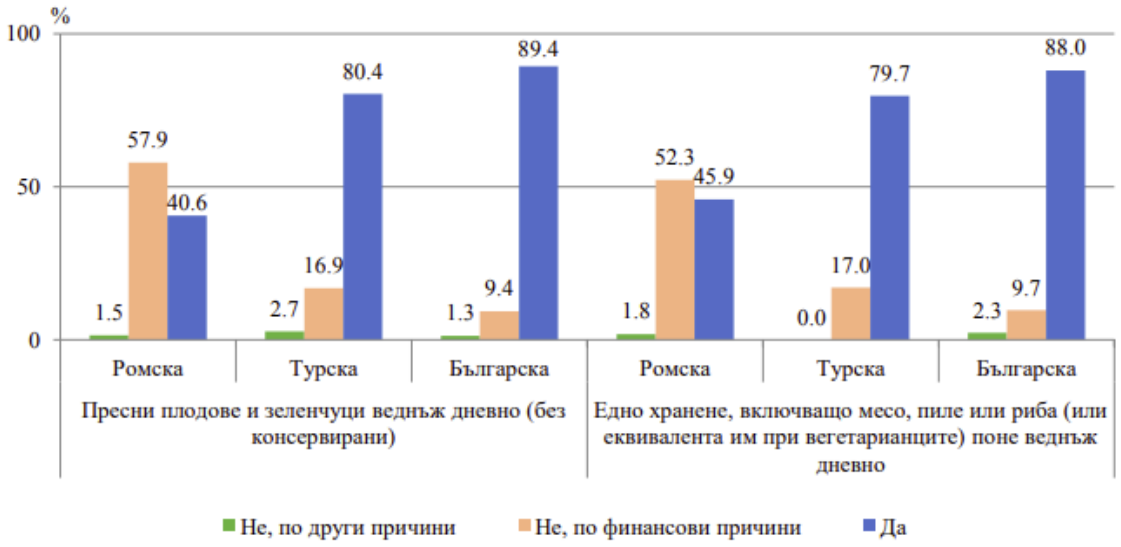
В обобщение се утвърждава извода, че хранителният дефицит на нутриенти, минерали и витамини и енергийният дефицит при висок относителен дял на ромските деца е рисков фактор за изоставане в растежа, малнутриция, висока честота на анемия и повишена заболяемост от инфекции. Необходими са ефективни дейности **за промоция на здравословно хранене, особено при децата от малцинствен произход**[67].

4. Хранене на децата в ромска общност

4.1 Материални лишения при децата по етническа принадлежност през 2019 година (хранене)

По данни на НСИ през 2019: 17% от децата на възраст от 0-5 години живеят в бедност. В същото време данните по отношение на дял на бедните по типове домакинства сочат, че домакинства с двама възрастни с три и повече зависими деца са най-застрашени от бедност, като относителният дял на бедните сред тях е 62.3%. Това е индиректен показател, че в семействата с повече деца пълноценното хранене на децата е проблематично по финансови причини. От друга страна данните на НСИ показват, че близо 58% от децата в ромска общност не получават пресни плодове и зеленчуци веднъж дневно по финансови причини, а 52 % не получават едно хранене включващо месо, пиле, риба (или вегетарианския им еквивалент) поне веднъж дневно, отново поради липса на средства.[68]

[66] Ibid
[67] Ibid
[68] https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/SILC2019_ARTRFBK.pdf,



фигура 9. Хранене на децата по етническа принадлежност
Източник: НСИ (https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/SILC2019_ARTRFBK.pdf)

4.2 Ранното детство в ромските общности (RECI+)

Констатациите на RECI+[69] сочат, че мнозинството от децата в изследваните квартали имат добър хранителен режим, въпреки че се забелязват различия в зависимост от мястото. Установено е, че 73% от децата консумират хляб, зърнени закуски или картофи всеки ден. В повечето от кварталите децата имат редовен достъп до плодове, зеленчуци и храни, богати на животински мазнини; децата в квартал „Изток“ са изключение. Потенциален риск в изследваните групи като цяло представлява редовният достъп и голямата консумация на нездравословни храни (т.е. храна/напитки с високо съдържание на сол, бързи въглехидрати и мазнини, като например газирани напитки, опаковани готови солени закуски, сладки и разтворими супи и бульони). Това са широко разпространени „евтини калории“, които представляват базова прехрана на достъпна цена. Сред респондентите в проучването RECI+ консумацията на нездравословни храни е най-изразена сред лицата на възраст над 32 години и в домакинства, чиито доходи са в рамките на средните за популацията в извадката, но под линията на бедността, и най-вероятно в семейства с поне три деца. Децата харесват подобни храни, а на родителите често е трудно да им откажат. Освен това не всички родители са наясно какъв сериозен риск представляват нездравословните храни. Нещо повече, широко разпространената реклама, насочена към децата, превръща консумацията на нездравословна храна в норма и даже във въпрос на статут. На фона на всичко това родителите понякога не

[69] https://nrcpsystem.government.bg/DocumentsNGO/RECI_Bulgaria-report_ENG-f.pdf

успяват да формират навици за здравословно хранене у децата си. В подобни случаи детските градини могат да се превърнат в ценни съюзници. Една от националните програми, натоварена със задачата за подобряване на храненето в ранна детска възраст, е т.нар. детска кухня, която осигурява ежедневно храна на субсидирана от държавата цена за децата на възраст от 10 до 36 месеца, а храната съответства на националните указания за хранене. Но повечето от лицата, анкетирани в изследването RECI+, никога не са ползвали детска кухня и предпочитат да готвят у дома. Една от вероятните причини е, че ромските деца започват да консумират твърда храна много по-рано от останалите деца и не така постепенно, както е препоръчително, като по този начин започват да приемат обикновената храна, която се приготвя в семейството, от много ранна възраст[70].

В доклада се посочва, че референтна точка относно здравословното хранене в ранна възраст следва да бъдат педиатрите и/или личните лекари по време на редовните им контакти със семейството за наблюдение върху здравето и развитието на децата. Но дори и лекарите и здравните услуги да са налични и достъпни, остава под въпрос до каква степен реално се осъществява промоция на здравето и подкрепа за детското развитие (в това число консултации за децата и родителите относно хигиената, насърчаване на дейностите, свързани с развитието, адекватното хранене, кърменето и допълващото хранене, както и физическата активност). Липсата на информираност и опит в използването на здравни услуги сред голяма част от възрастните роми може да повлияе негативно върху тяхната готовност и способност да търсят здравни услуги за децата, а ограниченият достъп до здравна помощ, включително и до профилактика за деца, има отрицателни последствия.

4.3 Изследване на ХЕСЕД

Изследването обхваща няколко две теми : (1) Кърмене и (2) Захранване на бебето. Анкетата имаше за цел да идентифицира нагласи и вярвания; общи знания; личен опит (практики) в тези две области на интерес. Анкетата има за цел а проучи и нагласите за ползване на детска кухня, като приемлива алтернатива на общата храна.

Въпреки, че по-голямата част от майките са заявяват, че са убедени, че кърменето е полезно за детето през първите шест месеца, резултатите от анкетата показват, че не те не са в състояние да назоват конкретните ползи от него.

---

[70] Medinfo. (n.d.). *Practices of nutrition, physical development and morbidity for children of Roma descent between ages 6 to 11 months/Практики на хранене, физическо развитие и заболеваемост при деца от ромски и български произход на 6-11 мес. Възраст*. Retrieved June 22, 2020, from http://www.medinfo.bg/spisanie/2012/11/statii/praktiki-na-hranene-fizichesko-razvitie-i-zabolevaemost-pri-deca-ot-romski-i-bylgarski-proizhod-na-6-11-mes-vyzrast-1395

Отговорите на майките са показателни за незначителни разлики във вярванията между поколенията (майки vs баби) по отношение на храненето на новороденото в първите дни и месеци след раждането. В някои семейства различните мнения по този въпрос е вероятно да представляват повод за разногласия и дори конфликти между поколенията, особено като се има предвид, че една от шест майки признава, че решението дали и докога да храни бебето си с кърма не зависи от нея.

Повечето майки споделят мнението, е кърмачето е необходимо да получава вода/сок (допълнителни течности освен кърма) от много ранна възраст. Освен това широко е разпространено мнението за храненето по определен график (на три часа), като препоръчително за кърмачето. Този резултат вероятно се дължи на препоръките на повечето педиатри на бебета да се предлага вода от много ранна възраст, макар и това становище да не е съгласувано с най-новите препоръки на СЗО. В подкрепа на това заключение е и факта, че майките посочват педиатрите като най-достоверния и най-често използван от тях източник на информация относно храненето на бебето. Педиатрите работещи с общността имат ключово място по отношение на формирането на практики за отглеждане на малките деца и е необходимо да бъдат активно включвани в програмите за подкрепа на РДР, за да се увеличи тяхната ефективност.

Анкетираните потвърждават важната роля на по-възрастните жени в семейството, особено по отношение на храненето и грижата за новороденото, но и в по-късна възраст. Привличането на по-възрастните жени в общността в образователни програми в подкрепа на ранното детско развитие е от изключително значение за постигане на значима промяна.

Повечето майки (61%) от общността имат нагласа за дългосрочно кърмене, въпреки това почти всяка **пета майка от общността кърми по-малко от месец**, а **всяка четвърта майка изобщо не кърми бебето си**. Това е допълнителна точка, която би могла да допринесе за повишаване на качеството на ранната грижа в общността, чрез повишаване на периода на кърмене и процента на кърмещи майки, чрез предоставяне на допълнително консултиране и напътствия. Не е за подценяване и ролята на медицинските специалисти в родилните отделения и педиатрите, но тяхното привличане е трудно постижимо и изисква допълнителен ресурс.

По отношение на захранването на децата резултатите от изследването също представляват интерес, най-вече защото потвърждават в голяма степен първоначалните хипотези. Децата до шест месеца се хранят предимно с кърма или адаптирано мляко. В общия случай захранването започва прекалено рано в периода от 3 до 6м. (със зеленчуци). Някои видове храни се предлагат по-рано в сравнение с препоръчителните таблици за захранване като кисело мляко (след

6-ти месец), плодове и зеленчуци преди шести месец, риба не е сред храните, които се предлагат на децата в периода на захранване. Прави впечатление, че захранването със зеленчуци започва в периода между 3-6 месец, с плодове в общия случай след 6м. като към 12 месец до 18 м. тези храни се предлагат активно, но след 18 м предлагането намалява. Рано започват да се предлагат и пакетирани сладки и солени храни – преди навършване на годинка. Нашите наблюдения сочат, че пресни плодове и зеленчуци не се консумират и от възрастните членове на общността. С въвеждането на обща храна- децата също намаляват приема на плодове и зеленчуци, увеличава се приема на пакетирани храни. Необходимо е да се работи целенасочено **за повишване на периода специализирано хранене** на децата до 3г. Като значителен принос в това отношение би имало повишеното ползване на детската кухня в общността като достъпна и полезна алтернатива на общата храна.

Необходимо е да се повишат знанията на майките по отношение на захранването, още повече, че по отношение на храненето на малките деца, майките заявяват, че имат по-голяма автономност и повече от тях вземат самостоятелни решения.

По отношение на детската кухня, резултатите от изследването вдъхват оптимизъм, че подходящо проведена кампания за запознаване с ползите от детската кухня – би довело до повишено търсене на тази услуга и би подобрило храненето на децата в общността.

5. Заболявания, свързани с храненето

Честотата на анемията при кърмачетата и децата от 6 месеца до 5-годишна възраст определя тази група като рискова за железен дефицит и желязодефицитна анемия[71]. Съгласно критериите на СЗО, установената честота на анемия при децата от български и турски етнически произход се категоризира като анемия със средна степен, а при групата деца от ромски произход - като анемия с тежка степен на значение за общественото здраве.

В България 41,8% от децата на възраст 6-11 месеца са засегнати от различни форми на анемия, като при ромите този дял **достига 61,2%.** При децата на възраст от 1 до 4 г. анемията засяга 25,8%, но при децата в ромските общности достига до равнища от 35,4%[72].

[71] Петрова С., Л. Рангелова, В. Дулева, К. Ангелова. Анемия при кърмачета и деца от 0 до 5-годишна възраст в България – разпространение и основни рискови фактори. Хранене и хранителен статус на деца от 0 до 5 годишна възраст в България, Ред. Стефка Петрова, Изд. Пропелер, ISBN 978-954-392-100-3, София, 2012: 78-87.

[72] Ситуационен анализ на децата и жените в България (2017). УНИЦЕФ, стр. 37

Желязодефицитна анемия е установена и при всяка 4-та майка на кърмаче или малко дете (на възраст от 0 до 5 години), като засегнатите от нея майки от ромски общности са 36,6%. Делът на майките от ромски произход, които имат деца от 0 до 5 г. и страдат от умерена или тежка форма на анемия (6,1%) е над два пъти по-висок от средния за майките в страната (2,8%)[73].

Тези неблагоприятни показатели алармират за необходимостта от предприемане на целенасочени мерки за подобряване на хранителния статус на най-уязвимите групи, тъй като продължителната анемия, оставена без лечение, е свързана с повишен риск от усложнения по време на бременността, перинатална смъртност и ниско тегло при раждане, а в детска възраст и юношеството – с повишена заболеваемост и с нарушения във физическото и познавателното развитие.

Друга тревожна тенденция, свързана с храненето е тенденцията към свръхтегло на деца във възрастовата група 0-5. Както беше отбелязано 17,1% от децата на възраст от 1 до 5 години са в риск от свръхтегло.

Тревожен броят на децата с изоставане в растежа и ниско за възрастта си тегло, особено в някои групи . Рискови фактори за изоставане в растежа на децата до 5-годишна възраст са ниското образование на майката, ниските доходи на домакинството, несемейния статус на майката и тютюнопушене, висок прием на алкохол и отсъствие на прием на хранителни добавки, съдържащи желязо и фолиева киселина от майката по време на бременността[74,75] .

Неправилното хранене на децата (0-3г.) е причина за наднорменото тегло на част от българските деца. Несемейният статус на майката и ниските доходи на домакинството увеличават също риска от наднормено тегло при малките деца до 5 години[76]. Изследванията показват също, че ниското образование на майката е фактор, който увеличава риска от наднорменото тегло на децата в училищна възраст [77].

6. Изводи и препоръки

[73] НЦОЗА. Национално проучване на храненето на кърмачета и деца до 5 годишна възраст и отглеждането им в семейството. УНИЦЕФ, 2009, 88- 91.
[74] Петрова С., Л. Рангелова, В. Дулева, К. Ангелова, Д. Овчарова, Пл.Димитров. Фактори, влияещи върху растежа и здравето на децата в България. Хранене и хранителен статус на деца от 0 до 5 годишна възраст в България, Ред. Стефка Петрова, Изд. Пропелер, ISBN 978-954-392-100-3, София, 2012: 98-109.
[75] Рангелова Л., В. Дулева, С. Петрова, П. Димитров. Разпространение на факторите на риска за здравето сред население на 1-6 и 7-9 години. Национално проучване на факторите на риска за здравето на населението-2014 г. I част. Българско списание за обществено здраве 2016; 4: 7-40.
[76] https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/400654/COSI-Severe-Obesity-FS-ENG-LowRes.pdf
[77] https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/400654/COSI-Severe-Obesity-FS-ENG-LowRes.pdf

Част от българските деца се хранят неправилно, което е причина за изоставане в растежа и развитието в сравнение с техните връстници. Главните неблагоприятни характеристики на храненето на децата (0-3г.) са свързани с еднообразно хранене (липса на разнообразие в предлаганите храни), енергиен прием под потребностите за възрастта, неадекватен прием на микро и макронутридиенти.

Причините неправилното хранене на децата могат да бъдат обобщени в три основни групи:

1. Неадекватни грижи и практики на захранване:
Макар да се наблюдават някои положителни тенденции през годините като увеличаване на броя на кърмачетата, които биват поставени на гърда още в първия час след раждането, въвеждането на практиките „Болници приятели на кърменето“, увеличената активност на организации в подкрепа на кърменето и т.н. все още по показателите начало, честота, продължителност на кърменето практиките в България не покриват в достатъчна степен препоръките на СЗО и УНИЦЕФ.

Неблагоприятни характеристики на храненето:

Кърмачета	*Деца от 1 до 3*
● **Късно начало на кърменето ;** ● **Ниска честота на изключително кърмене;** ● **Малка продължителност на кърмене – средно 3 месеца;** ● **Прием на подсладена вода при голяма част от децата още през 1-ия месец от раждането;** ● **Ранно захранване с плодови сокове;** ● **Ниска хранителна плътност на редица микронутриенти в захранващите храни (желязо, цинк и др.).**	● **Ранно включване на мляко с намалено съдържание на мазнини** ● **Ниска консумация на риба;** ● **Недостатъчен прием на зеленчуци и плодове, особено на сурови през зимата и пролетта;** ● **Ниска консумация на пълнозърнести продукти при децата след 2-годишна възраст;** ● **Висока консумация на сол;** ● **Нисък прием на желязо;**

- **На едно от 4 кърмачета не се осигурява необходимото ежедневно разнообразие на захранващи храни.**
- **Предпочитани захранващи храни в градските зони са готовите пюрета и каши.**

- **Влияние на рекламата върху предпочитанията на децата и висок на процент на родителите, които закупуват готови пакетирани сладки и солени храни;**
- **въпреки добрите познания на майките на децата от 1 до 5 години за необходимия ежедневен прием на плодове и зеленчуци, мляко, мазнини, напитки, риба, практиката показва, майките не спазват препоръките при ежедневното хранене на децата си**

При децата 6-12 месеца: Навременното въвеждане на допълнителни храни в кърмаческа възраст е необходимо и за храненето и за процесите на развитие, както и за да се даде възможност на прехода от хранене с мляко към хранене с общи храни. Способността на кърмата да отговоря на изискванията за макронутриенти и микроелементи се ограничава с увеличаване на възрастта на детето. Освен това, децата постепенно развиват способността да дъвчат, и те започват да проявяват интерес към храни, различни от мляко. Допълнителното хранене е свързано с големи промени в приема на макронутриенти и прием на микроелементи . Изследванията показват, че на едно от 4 кърмачета не се осигурява необходимото ежедневно разнообразие от захранващи храни. Предпочитани захранващи храни в градските зони са готовите пюрета и каши.

Друга неблагоприятна характеристика на храненето е ранното включване на обезмаслено мляко. Наблюдава се устойчива тенденция за предлагане на храни, които са широко рекламирани в медиите. Запазва се висок делът на майките, които са склонни да предлагат на децата готови пакетирани храни и газирани напитки в ранна възраст.

Важен извод, свързан с поведението на майките и изборът на храни, които те предлагат на своите малки деца е, че въпреки добрите познания на майките на децата от 1 до 5 години за необходимия ежедневен прием на плодове и зеленчуци, мляко, мазнини, напитки, риба, практиката показва, те не спазват препоръките при ежедневното хранене на децата си. Това показва, че знанията

относно храненето са необходимо, не достатъчно условие за промяна на неправилните хранителни практики.
Майките в ромска общност имат по-малко знания относно храненето и правилното захранване на децата в сравнение с останалите майки.

2. Неадекватен хранителен прием
Недостатъчният прием на енергия и хранителни вещества, поради неадекватно ранно захранване или прием на захранващи храни с ниска нутриентна плътност на калций, цинк и желязо, създава потенциален риск от изоставане в растежа и развитието за децата на възраст от 6 до 12 месеца от страната[78], [79].

При децата 1-3 години ниският прием на желязо рефлектира във висока честота на анемията, наблюдава се увеличаване на честотата на ***наднормено тегло*** още от ранното детство.

Оценката на хранителния прием на децата от 1 до 5 години показва, че неблагоприятен ефект върху растежа на част от децата от 3 до 5 години оказва високият среднодневният прием на мазнини и ниският среднодневен прием на въглехидрати.

Категорично се налага извода, че в ромска общност консумацията на мляко и млечни продукти, месо и месни продукти, плодове и зеленчуци е по-ниска отколкото при българските деца. В ромска общност проблем представлява и еднообразното хранене с ниска масленост и евтини продукти с ниска биологична стойност. Енергийният прием е по-нисък от потребностите за възрастта. Изследванията показват висок дял на росмките деца с дефицит на хранителния прием на мазнини (тук тенденцията е обратна на тази, регистрирана при българските деца, където се наблюдава хранителен прием на мазнини над препоръчителния дневен прием, което е предпоставка за затлъстяване).

3. Хранителна несигурност на домакинствата
Данните от изследванията сочат, че социално-икономически фактори, влияят върху храненето, дори и върху **кърменето**: възрастта на майката, образованието и трудовата незаетост на майката, като при майките от изследваните етнически групи въздействието е с различна характеристика. Практиките на кърмене при

[78] Петрова С., Л. Рангелова, В. Дулева, К. Ангелова, Д. Овчарова, Пл.Димитров. Фактори, влияещи върху растежа и здравето на децата в България. Хранене и хранителен статус на деца от 0 до 5 годишна възраст в България, Ред. Стефка Петрова, Изд. Пропелер, ISBN 978-954-392-100-3, София, 2012: 98-109.

[79] Петрова С., Л. Рангелова, А. Попиванова, Д. Овчарова, В. Дулева. Съвременни практики на кърмене на децата в България и определящи фактори. Българско списание за обществено здраве 2010; том II, кн. 4, 11-26.

по-голяма част от изследваните деца са определени от националните традиции и не отговарят на международните препоръки[80].

Хранителната несигурност на семействата оказват влияние върху храненето на децата. Повече от половината от децата от ромска общност не получават пресни плодове и зеленчуци веднъж дневно по финансови причини. Финансовите причини са посочени и сред основните фактори за липсата на хранително разнообразие в ежедневното меню на децата и недостатъчния прием на риба, месо, мляко и млечни продукти.

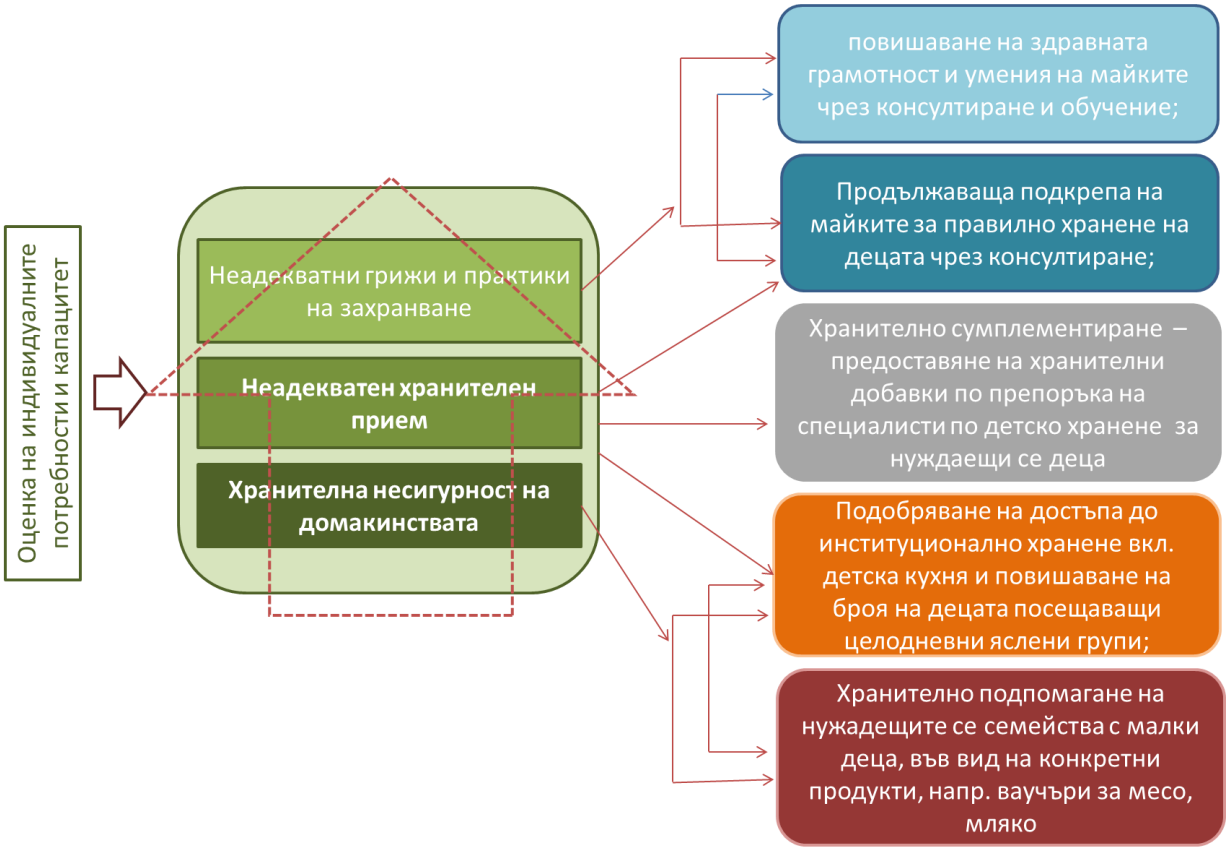
Обобщение

Данните от изследванията показват, че децата, които живеят в бедност и са отглеждани от семейства с нисък образователен статус са в риск от неправилно хранене, като последствията от това са както свързани с физически характеристики на развитието: поднормено тегло, нисък ръст и изоставане в растежа.

Данните от сравнителните изследвания с категоричност сочат, че децата от ромски произход са с най-висока честота по показателите: поднормено тегло, нисък ръст и изоставане в растежа в сравнение с децата от останалите етнически групи. Данните относно високият дял на ромски деца с поднормена обиколка на главата и общо изоставане в растежа са повод за сериозни тревоги относно когнитивно развитие на тези деца, макар и да няма специализирани български изследвания в тази посока.

Ниският образователен статус е предиктор за лошо хранене. Причините за това могат да се търсят в две посоки: ниска здравна грамотност и липса на знания, но и поради с ниските доходи на тези домакинства, водещи до хранителна несигурност.

[80] Петрова С., Л. Рангелова, А. Попиванова, Д. Овчарова, В. Дулева. Съвременни практики на кърмене на децата в България и определящи фактори. Българско списание за обществено здраве 2010; том II, кн. 4, 11-26.



Ниският образователен статус е категорично обвързан с ниски нива на здравна грамотност. Съвременните изследвания в областта на здравната грамотност сочат, че по-ниското образование, доходите, както и малцинствената раса и етническа принадлежност, всички са свързани с по-ниски нива на здравна грамотност (Kutner et al, 2006). Това е решаваща констатация, тъй като за разлика от много детерминанти, като пол, образование или доход, здравната грамотност се счита за фактор, върху който може да се оказва въздействие чрез целенасочени интервенции (Okan O. et al, 2019). Научните изследвания показват, че чрез предоставяне и предаване на лесно разбираема информация на хората с ниско ниво на грамотност или чрез обучение на съответни умения (Kripalani and Weiss, 2006; DeWalt et al, 2010; Negarandeh et al, 2013), здравната грамотност може да бъде операционализиран по начини, които позволяват целенасочени интервенции. Следователно здравната грамотност може да бъде важен фактор, който трябва да се има предвид, когато планират интервенции за намаляване на въздействието на социалните различия върху здравния статус(Sentell and Halpin, 2006; Osborn et al, 2011).

В същото време обаче е ясно, че интервенции, които целят само подобряване на знанията на майките по отношение на храненето, не могат да донесат необходимата промяна в практиките на хранене и захранване на децата, защото това е само един от компонентите, които влияят върху техните ежедневни

избори. Най – често хранителните практики в домакинства се определят от целите на продуктите. Това води до еднообразно хранене, закупуване на евтини продукти с ниска биологична стойност, недостатъчен прием на протеин поради липса на месо и млечни продукти в ежедневната диета на децта.

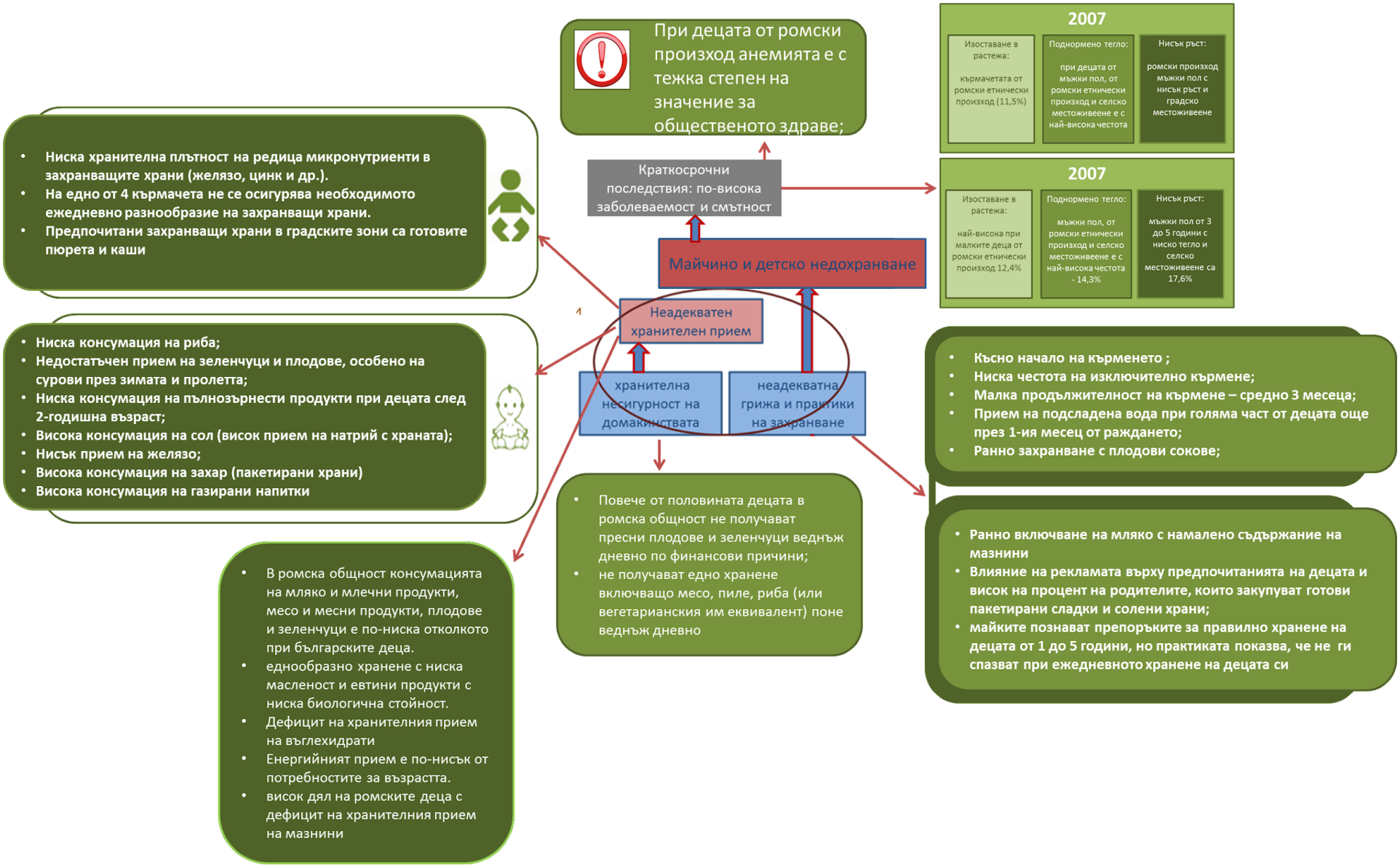
Необходимо е разработването на специализирани и устойчиви програми в подкрепа на храненето в ранното детство с фокус към семействата живеещи в материални лишения и бедност, както и към семейства с нисък образователен статус.

Планираната интервенция следва да е интегрирана и многокомпонентна, като комбинира различни услуги като:

- повишаване на здравната грамотност и умения на майките чрез консултиране и обучение;
- продължаваща подкрепа на майките за правилно хранене на децата чрез консултиране;
- Хранително подпомагане на семействата с малки деца, които се нуждаят от такава подкрепа във вид на конкретни продукти, напр. ваучъри за месо, млечни продукти и др.
- Подобряване на достъпа до институционално хранене вкл. детска кухня и повишаване на броя на децата посещаващи целодневни яслени групи;
- Хранително сумплементиране – предоставяне на хранителни добавки по препоръка на специалисти по детско хранене за деца живеещи в недохранване

Правителството следва да наблюдава отблизо достъпа до ключовите мерки в областта на храненето и да го разширява, както и да насърчава изключителното кърмене и да разработи програми за превенция и лечение на анемията[81].

[81] Световна банка, СИСТЕМЕН ПОДХОД ЗА ПО-ДОБРИ РЕЗУЛТАТИ В ОБРАЗОВАНИЕТО (SABER)


При децата от ромски произход анемията е с тежка степен на значение за общественото здраве;
2007
Изоставане в растежа:
кърмачетата от ромски етнически произход (11,5%)
Поднормено тегло:
при децата от мъжки пол, от ромски етнически произход и селско местоживеене е с най-висока честота
Нисък ръст:
ромски произход мъжки пол с нисък ръст и градско местоживеене
2007
Изоставане в растежа:
най-висока при малките деца от ромски етнически произход 12,4%
Поднормено тегло:
мъжки пол, от ромски етнически произход и селско местоживеене е с най-висока честота - 14,3%
Нисък ръст:
мъжки пол от 3 до 5 години с ниско тегло и селско местоживеене са 17,6%
Краткосрочни последствия: по-висока заболеваемост и смъртност
Майчино и детско недохранване
Неадекватен хранителен прием
хранителна несигурност на домакинствата
неадекватна грижа и практики на захранване
Ниска хранителна плътност на редица микронутриенти в захранващите храни (желязо, цинк и др.).
На едно от 4 кърмачета не се осигурява необходимото ежедневно разнообразие на захранващи храни.
Предпочитани захранващи храни в градските зони са готовите пюрета и каши
Ниска консумация на риба;
Недостатъчен прием на зеленчуци и плодове, особено на сурови през зимата и пролетта;
Ниска консумация на пълнозърнести продукти при децата след 2-годишна възраст;
Висока консумация на сол (висок прием на натрий с храната);
Нисък прием на желязо;
Висока консумация на захар (пакетирани храни)
Висока консумация на газирани напитки
В ромска общност консумацията на мляко и млечни продукти, месо и месни продукти, плодове и зеленчуци е по-ниска отколкото при българските деца.
еднообразно хранене с ниска масленост и евтини продукти с ниска биологична стойност.
Дефицит на хранителния прием на въглехидрати
Енергийният прием е по-нисък от потребностите за възрастта.
висок дял на ромските деца с дефицит на хранителния прием на мазнини
Повече от половината децата в ромска общност не получават пресни плодове и зеленчуци веднъж дневно по финансови причини;
не получават едно хранене включващо месо, пиле, риба (или вегетарианския им еквивалент) поне веднъж дневно
Късно начало на кърменето ;
Ниска честота на изключително кърмене;
Малка продължителност на кърмене – средно 3 месеца;
Прием на подсладена вода при голяма част от децата още през 1-ия месец от раждането;
Ранно захранване с плодови сокове;
Ранно включване на мляко с намалено съдържание на мазнини
Влияние на рекламата върху предпочитанията на децата и висок на процент на родителите, които закупуват готови пакетирани сладки и солени храни;
майките познават препоръките за правилно хранене на децата от 1 до 5 години, но практиката показва, че не ги спазват при ежедневното хранене на децата си