

НАЦИОНАЛНА ПРОГРАМА ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА ХРОНИЧНИТЕ  
НЕЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ 2014-2020

# ДОКЛАД

ОТ НАЦИОНАЛНО ПРОУЧВАНЕ  
НА ФАКТОРИТЕ НА РИСКА  
ЗА ЗДРАВЕТО СРЕД  
НАСЕЛЕНИЕТО В  
Р БЪЛГАРИЯ

## 2020



МИНИСТЕРСТВО  
НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Издание на  
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО  
и НАЦИОНАЛЕН ЦЕНТЪР ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ  
и АНАЛИЗИ



ISBN 978-954-8404-66-2

**ДОКЛАД ОТ НАЦИОНАЛНО ПРОУЧВАНЕ НА ФАКТОРИТЕ НА РИСКА  
ЗА ЗДРАВЕТО СРЕД НАСЕЛЕНИЕТО В Р БЪЛГАРИЯ - 2020**

© **Авторски колектив от НЦОЗА:**

Проф. д-р Пламен Димитров, дм

Проф. д-р Веселка Дулева, дм

Доц. д-р Галя Цолова, дм

Доц. д-р Лалка Рангелова, дм

Ас. д-р Екатерина Чикова-Ишченер

Гл. експерт д-р Росица Чапарова

Гл. експерт д-р Евелина Тодорова

Гл. експерт Елена Теолова

Гл. експерт Мирела Странджева

Гл. експерт Анелия Котева

редактор: Татяна Каранешева, дм - НЦОЗА

дизайн и предпечат: Боряна Мекушина - НЦОЗА

печат: ЕТ “АНТОНИЯ ИЛИЕВА”

**ИЗДАВА:**

НАЦИОНАЛЕН ЦЕНТЪР ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И АНАЛИЗИ  
София, 2022

Печатно издание: **ISBN 978-954-8404-65-5**

PDF формат: **ISBN 978-954-8404-66-2**

## СЪДЪРЖАНИЕ

<b>ВЪВЕДЕНИЕ</b> .....	4
<b>I. РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА ФАКТОРИТЕ НА РИСКА ЗА ЗДРАВЕТО СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА 1-9 ГОДИНИ</b>	
РИСКОВИ ФАКТОРИ ЗА ЗДРАВЕТО НА ДЕЦАТА НА 1-6 ГОДИНИ .....	5
РИСКОВИ ФАКТОРИ ЗА ЗДРАВЕТО НА ДЕЦАТА НА 7-9 ГОДИНИ .....	18
<b>II. РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА ФАКТОРИТЕ НА РИСКА ЗА ЗДРАВЕТО СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА 10-19 ГОДИНИ</b>	
САМООЦЕНКА НА ЗДРАВЕТО И ИНФОРМАЦИЯ ЗА ЗДРАВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО НА ВЪЗРАСТ 10-19 ГОДИНИ .....	28
ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ И НАГЛАСИ ЗА ЗДРАВΟΣЛОВЕН НАЧИН НА ЖИВОТ ПРИ ДЕЦА НА 10-19 ГОДИНИ .....	33
РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА ТЮТЮНОПУШЕНЕТО СРЕД НАСЕЛЕНИЕТО НА ВЪЗРАСТ 10-19 ГОДИНИ .....	36
УПОТРЕБА НА АЛКОХОЛ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ 10-19 ГОДИНИ .....	41
НИВО НА ФИЗИЧЕСКА АКТИВНОСТ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ 10-19 ГОДИНИ .....	47
ПОВЕДЕНЧЕСКИ ФАКТОРИ, СВЪРЗАНИ С МОДЕЛА НА ХРАНЕНЕ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ 10-19 ГОДИНИ .....	51
<b>III. РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА ФАКТОРИТЕ НА РИСКА ЗА ЗДРАВЕТО СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НАД 20 ГОДИНИ</b>	
САМООЦЕНКА НА ЗДРАВЕТО И ИНФОРМАЦИЯ ЗА ЗДРАВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО НА ВЪЗРАСТ НАД 20 ГОДИНИ .....	55
ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ И НАГЛАСИ ЗА ЗДРАВΟΣЛОВЕН НАЧИН НА ЖИВОТ ПРИ ЛИЦА НАД 20 ГОДИНИ .....	62
РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА ТЮТЮНОПУШЕНЕТО СРЕД НАСЕЛЕНИЕТО НА ВЪЗРАСТ НАД 20 ГОДИНИ .....	68
УПОТРЕБА НА АЛКОХОЛ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ НАД 20 ГОДИНИ .....	75
НИВО НА ФИЗИЧЕСКА АКТИВНОСТ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ НАД 20 ГОДИНИ .....	82
ПОВЕДЕНЧЕСКИ ФАКТОРИ, СВЪРЗАНИ С МОДЕЛА НА ХРАНЕНЕ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ НАД 20 ГОДИНИ .....	87
<b>IV. БИОЛОГИЧНИ ФАКТОРИ НА РИСКА ЗА ЗДРАВЕТО</b>	
ХРАНИТЕЛЕН СТАТУС НА ДЕЦА ОТ 1 ДО 19-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ, ЧРЕЗ ОЦЕНКА НА ИТМ .....	92
ХРАНИТЕЛЕН СТАТУС НА НАСЕЛЕНИЕТО ОТ 19-ГОДИШНА ДО 75+-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ, ЧРЕЗ ОЦЕНКА НА ИТМ.....	94

## ВЪВЕДЕНИЕ

*В рамките на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести през 2020 година се проведе Национално проучване на факторите на риска за здравето в Р България, с оглед да се събере информация за разпространението на основните рискови фактори (тютюнопушене, употреба и злоупотреба с алкохол, ниска физическа активност, нездравословно хранене), които са причина за развитието на хронични незаразни болести и да се извърши оценка на промените, настъпили в поведението на населението за здраве, в резултат на интервенционните дейности по програмата.*

*Целта на изследването е да се проучи нивото на водещите фактори на риска за здравето, свързани с начина на живот на населението във възрастовите групи 1-6 г., 7-9 г., 10-19 г., 20-65+ години.*

### *Материал и методи*

*За набиране на първичната информация е използвано стандартизирано индивидуално интервю по анкетни карти, разработени на основата на въпросници на СЗО. Анкетните карти са прилагани при проучването през 2007 г. и 2014 г., както и при други проучвания на храненето и хранителния статус, което позволява сравнимост на резултатите.*

*Анкетните карти включват следните раздели: лични данни, самооценка на здравето състояние, информация за здравето и поведението за здраве - тютюнопушене, употреба на алкохол, физическа активност, модел на хранене, а също и знания за здравословен начин на живот; измервания на тегло, ръст, артериално налягане. Почти всички въпроси са от затворен тип, като по-голямата част от тях изискват само един отговор, с няколко изключения, даващи възможност за два и повече отговора. Средната дължина на скалата е с около 4-5 варианта на отговор.*

*Подборът на извадката за населението на възраст над 20 години е извършен от Националния статистически институт. При формирането ѝ е използвано териториалното разпределение на населението в страната по статистически участъци в населените места/ административни области (28 на брой) и местоживееене на лицата (град, село). Тя е двустепенна, гнездова, представителна на национално ниво. Набирането на участниците в проучването е съобразено с разпределението на населението от таргетните възрастови групи по местоживееене от официалните данни на НСИ, като броят на лицата, наблюдавани в изследването, е пропорционален на дела на съответната група в генералната съвкупност. При провеждане на изследването е използвана квотна извадка по признаците възраст и населено място.*

*За всяка от 28-те области са включени деца от детски ясли, детски градини и ученици от всички възрастови групи. Те са определени на случаен принцип на базата на съответните списъци от информационния масив на МОН - Регистър на училищата, детските градини и обслужващите звена за учебната 2020/2021 г. Децата и учениците, включени в гнездата, са селектирани рандомизирано.*

*При подготовката на проучването са предвидени за изследване 5109 лица, разпределени в 4 възрастови групи: 1-6 г. (n=303), 7-9 г. (n=173), 10-19 г. (n=529), 20-65+ г. (n=4104). Реализираната извадка е от 4167 лица, която отговаря структурно на изследваната съвкупност по пол и възрастови групи в съответните области: 1-6 г. (n=298), 7-9 г. (n=173), 10-19 г. (n=513), 20-65+ г. (n=3182).*

*Статистическата обработка на данните е извършена със софтуерен продукт SPSS. Използвани са: описателни методи и методи за оценка (обобщени статистически характеристики на количествени променливи (вариационен анализ) – средна стойност, стандартно отклонение, стандартна грешка на средната - честотен анализ на качествени променливи (номинални и рангови), който включва абсолютни честоти, относителни честоти (в проценти), кумулативни относителни честоти (в проценти) - графични изображения.*

# I. РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА ФАКТОРИТЕ НА РИСКА ЗА ЗДРАВЕТО СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА 1-9 ГОДИНИ

## РИСКОВИ ФАКТОРИ ЗА ЗДРАВЕТО НА ДЕЦАТА НА 1-6 ГОДИНИ

Рисковите фактори, включително храненето на децата до 6-годишна възраст и на техните майки, са свързани със здравето и развитието на децата, както и с някои неблагоприятни здравни последици в по-късни етапи от живота. Значение имат както недоимъчното хранене, така и свръхприемът на енергия и хранителни вещества чрез храната. Небалансираното хранене, изразено чрез висок прием на енергия, захари и мазнини, на фона на недостиг на незаменими хранителни вещества, води до повишен риск от развитие на хронични заболявания, като диабет, сърдечно-съдови заболявания и др. Във всички случаи обаче, здравословното и пълноценното хранене при децата е основа за максимална изява на техния генетичен потенциал.

- **Социално-икономически статус на домакинствата, в които живеят изследваните в представителната за страната извадка деца на възраст 1-6 години**

Социално-икономическите детерминанти ще продължават да играят главна роля за развитието на здравето на населението в Европейските страни (1,2,3). Социално-икономическият статус на семействата е важно условие за развитието и здравето на децата на 1-6 години. Икономическото развитие, социалната и културална структура на обществото са в основата на адекватния хранителен прием и здравето на децата.

Хранителният статус на децата през периода на детството оказва влияние през всички останали фази на човешкия живот.

Доказано е, че лицата с по-висок социално-икономически статус са и с по-добро здраве, в сравнение с тези с по-нисък статус. Образованието, обучението и информираността на родителите също се асоциират като основни определящи фактори за ранното детско развитие.

На Таблица 1 са представени данни за семейството, в което се отглежда детето. Около 90% от децата живеят в семейства с двама родители, които са със сключен официален граждански брак или са във фактическо семейно съжителство. В семейства на самотен родител са 3,8% от изследваните деца. Относителният дял на децата с разделени или разведени родители е 4,2%.

**Таблица 1.** Данни за семейството, в което се отглежда детето

Изследвана група	В брак или в съжителство		Самотен родител		Разделени или разведен/а		Вдовец/ица		При близки или роднини		ОБЩО	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	261	90,3	11	3,8	12	4,2	2	0,7	3	1,0	289	100,0

Образованието на родителите на изследваните деца е представено в Таблица 2 в следните позиции: *без образование, начално образование, основно образование, средно образование, висше образование*. С основно и по-ниско образование са 8,2% от майките и 9,5% от бащите на децата. Делът на майките със средно и висше образование е относително висок (27,8% - средно образование и 61,4% - висше). При бащите, 54,2% са със средно образование и 36,3% са с висше образование.

**Таблица 2.** Образователен статус на родителите

Изследвана група	Без образование		Начално		Основно		Средно		Висше		ОБЩО	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Майки	3	1,0	4	1,4	17	5,8	82	27,8	189	64,1	295	100,0
Бащи	3	1,1	2	0,7	22	7,7	154	54,2	103	36,3	284	100,0

Данните за професионалния статус на родителите са получени чрез групиране на професиите в три основни категории, представени в Таблица 3.

Най-висок е относителният дял на родителите служители: майки-80,6%, съответно бащи-53,8%.

Трудова заетост	Майка		Баща	
	n	%	n	%
На държавна служба	104	35,5	65	23,0
Недържавна служба	100	34,1	149	52,8
Самонаемащ се	20	6,8	43	15,2
Учащ	0	0,0	0	0,0
Домакия	15	5,1	0	0,0
В отпуск по майчинство	18	6,1	0	0,0
Безработен, трудоспособен	35	11,9	24	8,5
Безработен, нетрудоспособен	0	0,0	0	0,0
Пенсионер	1	0,3	1	0,4
<b>ОБЩО</b>	<b>293</b>	<b>100,0</b>	<b>282</b>	<b>100,0</b>

Таблица 3. Професия на родителите

Резултатите от изследването на показателя трудова заетост са представени на Таблица 4. В изследваната извадка в 90,2% от случаите бащата е зает, а майката е заета в 76,4% от случаите. При майките е висок относителният дял на безработните – 11,9%, докато при бащите този процент е по-нисък – 8,5% (Таблица 4).

Професия / Occupation	Майка		Баща	
	n	%	n	%
Фермер, животновъд, лесовъд, др.	3	1,1	11	4,2
Работник – промишлен, строителен, др.	49	18,3	110	42,0
Служител (умствен труд, услуги)	216	80,6	141	53,8
<b>ОБЩО</b>	<b>268</b>	<b>100,0</b>	<b>262</b>	<b>100,0</b>

Таблица 4. Трудова заетост на родителите

#### Изводи:

- В семейства с двама родители, които са със сключен официален брак или са във фактическо семейно съжителство, живеят 90,3% от децата;
- Делът на майките със средно и висше образование е относително висок (27,8% - средно образование и 61,4% - висше);
- При бащите, 54,2% са със средно образование и 36,3% са с висше образование;
- Трудовата заетост на бащите е 90,2%, а тази на майките е 76,4%.

#### • Здравен статус на децата на 1-6 години

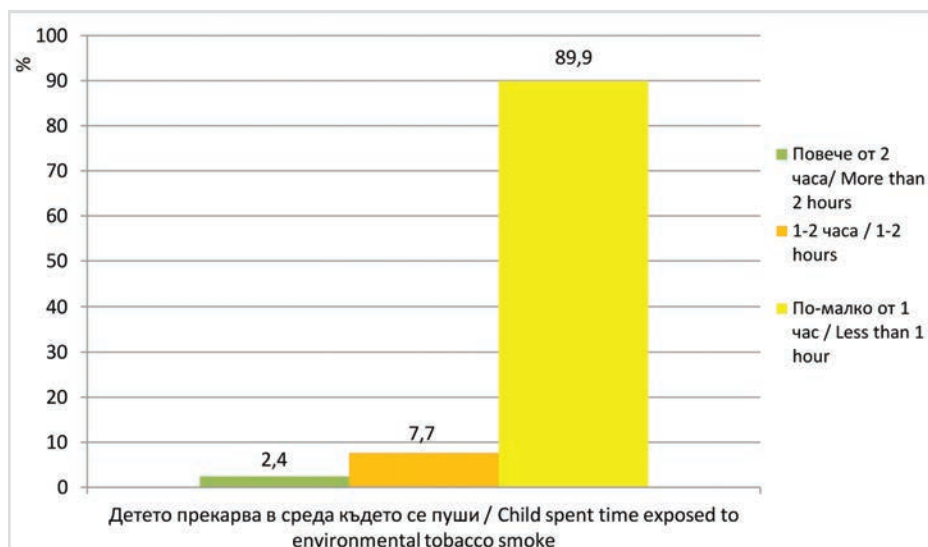
Задължителните профилактични прегледи за децата на 1-6 години са регламентирани чрез Наредба № 8 на МЗ от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията. Съгласно приложение №1 за децата от 1 до 2 години са предвидени 4 профилактични прегледа годишно, като всеки от тях включва измерване на ръст, тегло, обиколка на гърди и оценка на психическо развитие. За децата от 2 до 7 години, измерването на ръст, тегло и обиколка на гърди се извършва 2 пъти годишно, оценка на психическо развитие, изследване на физическо развитие и зъбен статус и чревни паразити – 1 път годишно, изследване на зрителна острота – веднъж на 5 години и изследване на хемоглобин и други кръвни показатели веднъж на 3-годишна възраст (4).

Данните от настоящото проучване показват, че 93,3% от децата на 1-6 години са преминали задължителен профилактичен преглед.

Само 2% от изследваните деца страдат от хронично заболяване. Средната заболеваемост на децата през последните 12 месеца е 9 пъти, като само 1,7% от децата са лежали в болница през последните два месеца.

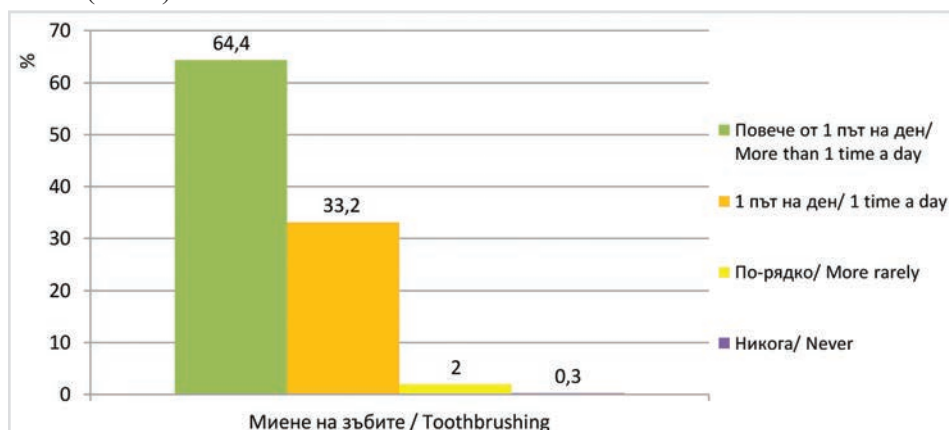
Относителният дял на децата, прекарвали в среда, в която се пуши с различна продължителност, е представен на фигура 1. Относително малък процент от децата са били изложени продължително или повече от 2 часа на въздействието на цигарен дим -2,4%.

**Фиг.1.** Относителен дял деца, прекарвали в среда където се пуши, в зависимост от продължителността на експозиция на цигарен дим



Данните през 2020 г. по отношение спазване на лична хигиена показват, че преди хранене си мият ръцете 96,6% от децата на 1-6 години. Относително нисък е процентът (3,8%) от децата, които само понякога си мият ръцете преди хранене. 97,6 % от децата си мият зъбите един и повече пъти на ден, а 2,3% си мият зъбите рядко или никога не ги мият (Фиг.2).

**Фиг.2.** Относителен дял деца на възраст 1-6 години в зависимост от честотата на миене на зъбите



При пътуване с кола 87,8% от децата използват специална детска седалка (предпазен колан). Относително висок дял деца 12,2 % рядко или никога не ползват предпазни средства при пътуване с кола или друго превозно средство.

**Изводи:**

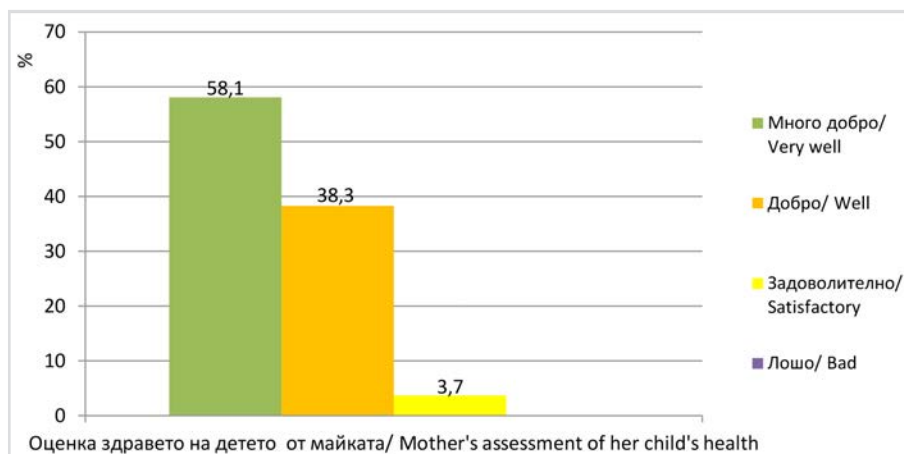
- Задължителен профилактичен преглед са преминали 93,3% от децата на 1-6 години;
- Само 2% от изследваните деца страдат от хронично заболяване;
- Средната заболеваемост на децата през последните 12 месеца е 9 пъти;
- Относителният дял на децата, прекарвали в среда, в която се пуши повече от 2 часа, е 2,4%;
- Преди хранене си мият винаги ръцете 96,6% от децата, а само понякога си мият ръцете 3,8%;
- 97,6 % от децата си мият зъбите един и повече пъти на ден;
- При пътуване с кола 87,8% от децата използват специална детска седалка.

**• Познания на майката относно здравето и условията на отглеждане на детето**

Познанията и информираността на майките относно храненето, хранителния статус и условията на отглеждане на децата са от съществено значение за здравето, растежа и развитието на децата на 1-6 години (5).

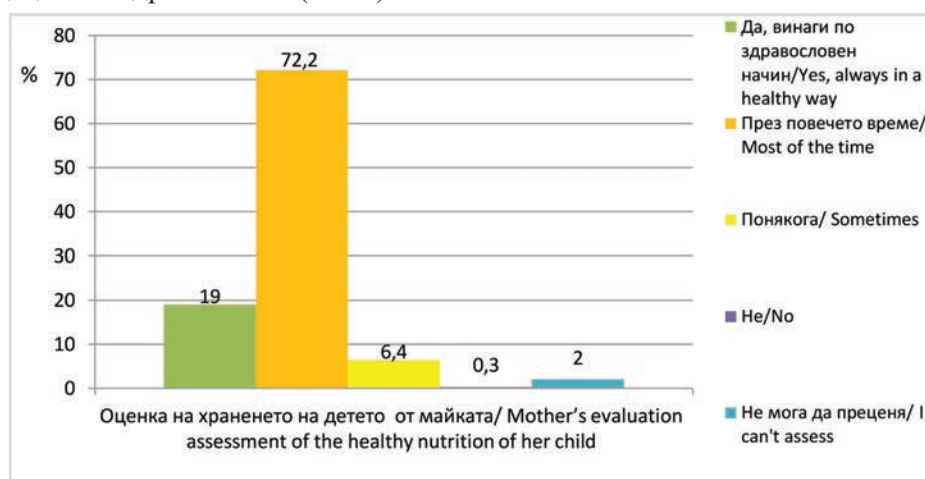
Относителният дял на майките в зависимост от тяхната оценка за здравето на децата на 1-6 години е представен на Фиг.3. От всички майки, 96,4% посочват много добро и добро здраве на своето дете.

**Фиг. 3.** Оценка на майката за здравето на нейното дете



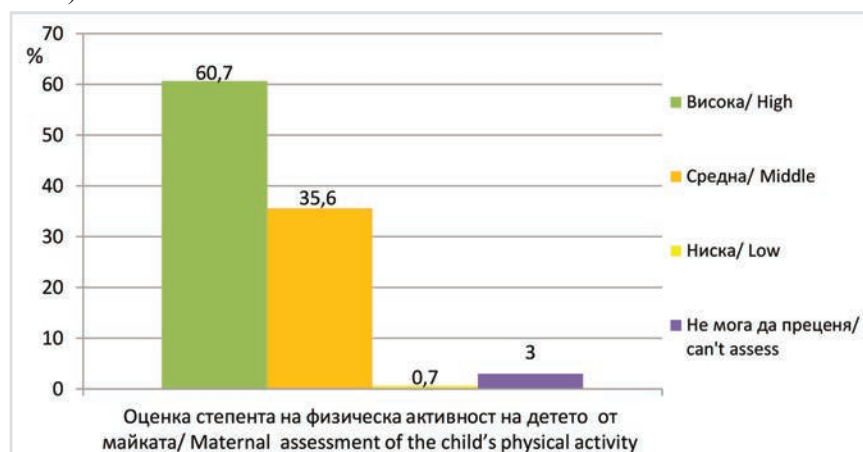
Данните по отношение за здравословно хранене на децата показват, че 19% от майките споделят, че винаги хранят децата си по здравословен начин. Най-висок е относителният дял на майките – 72,2%, които отговарят, че хранят децата си през повечето време по здравословен начин. Малък процент от майките (0,3%) признават, че не хранят децата си здравословно (Фиг.4).

**Фиг.4.** Оценка на майката относно здравословното хранене на нейното дете



В настоящото проучване 60,7% от майките са посочили висока физическа активност на децата си, а 35,6% средна физическа активност (Фиг.5).

**Фиг. 5.** Оценка на майката относно физическата активност на нейното дете

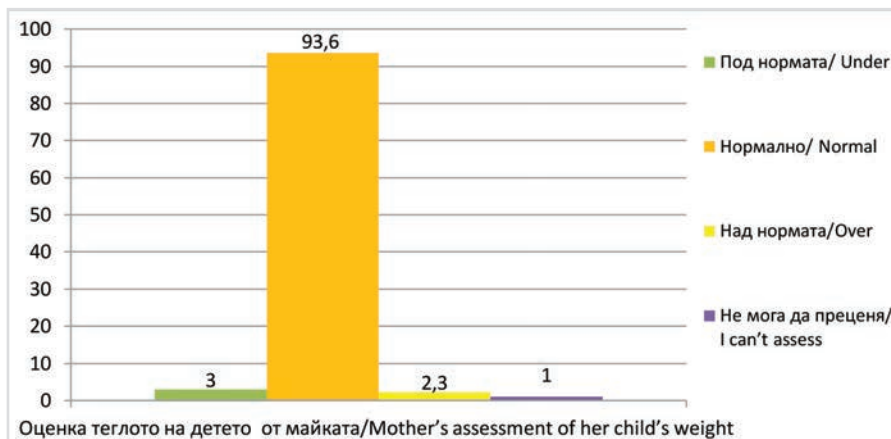


Повечето от майките в настоящото проучване (93,6%) считат, че децата им са с нормално тегло, 3,0% определят теглото на детето си като поднормено, а 2,3% като наднормено (Фиг.6).

Проучванията показват, че се наблюдава подценяване на наднорменото тегло на децата от майките и надценяване на поднорменото тегло при децата (6). Това е предпоставка за даване на по-големи количества храна от майките на техните деца и следователно повишаване на свръхтеглото и затлъстяването при децата.



**Фиг. 6.** Оценка на майката за теглото на нейното дете



Относително висок е процентът от майките 86,2%, които считат, че в програмата на децата от детските ясли и детските градини е необходимо да има час посветен на здравето на детето, където да се обсъждат по подходящ начин основни въпроси, свързани със здравето, вкл. храненето на децата (8) (Фиг.7).

**Фиг.7.** Оценка на майката за необходимостта от час, посветен на здравето в детските заведения



**Изводи:**

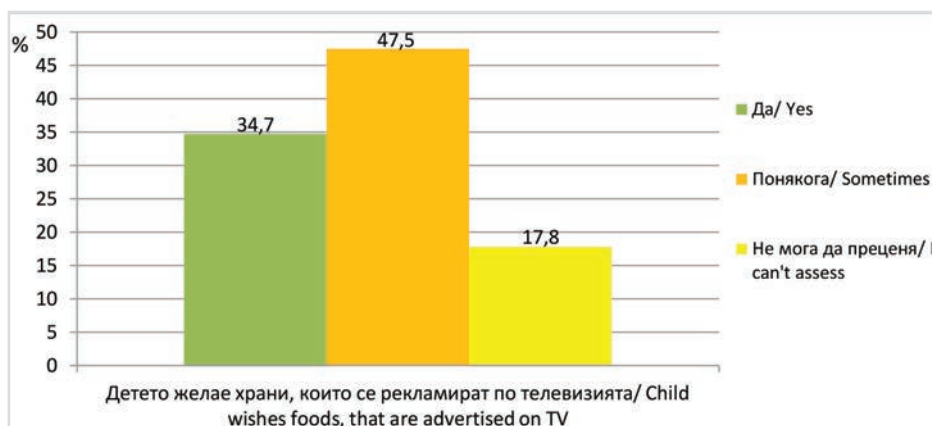
- Много добро и добро здраве на своето дете посочват 96,4% от майките;
- 19% от майките споделят, че винаги хранят децата си по здравословен начин, а 72,2%, отговарят, че хранят децата си през повечето време по здравословен начин;
- 93,6% от майките считат, че децата им са с нормално тегло;
- 60,7% от майките считат, че децата им имат висока физическа активност.

**● Реклама на храни**

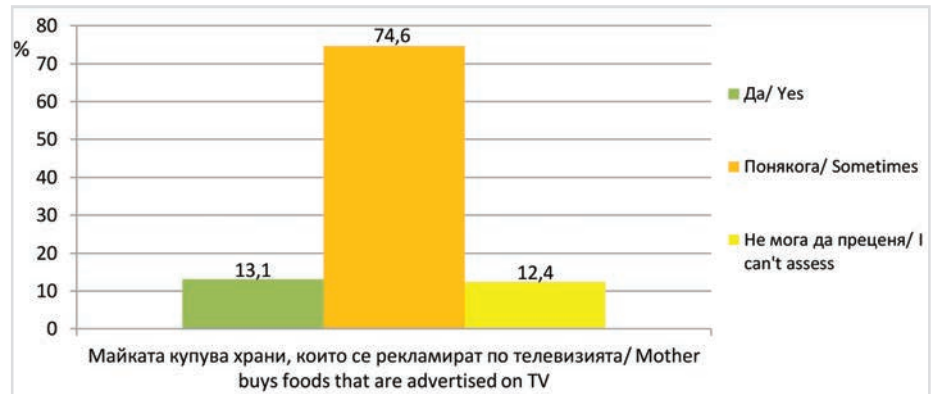
На Фигура 8 е представен относителният дял на децата, които желаят храните, които се рекламират по телевизията (7). Половината от тях само понякога желаят продуктите, които се рекламират по телевизията, а 34,7% винаги желаят храните.

На Фигура 9 е представен относителният дял майки - 13,1%, които винаги купуват поисканите храни.

**Фиг.8.** Относителен дял деца, желаещи храни, които се рекламират по телевизията



**Фиг.9.** Относителен дял майки, купуващи храните, които се рекламират по телевизията и са поискани от техните деца



#### Изводи:

- 34,7% от децата винаги желаят храните, които се рекламират по телевизията;
- 13,1% от майките винаги купуват храните, които се рекламират по телевизията и децата им ги желаят.

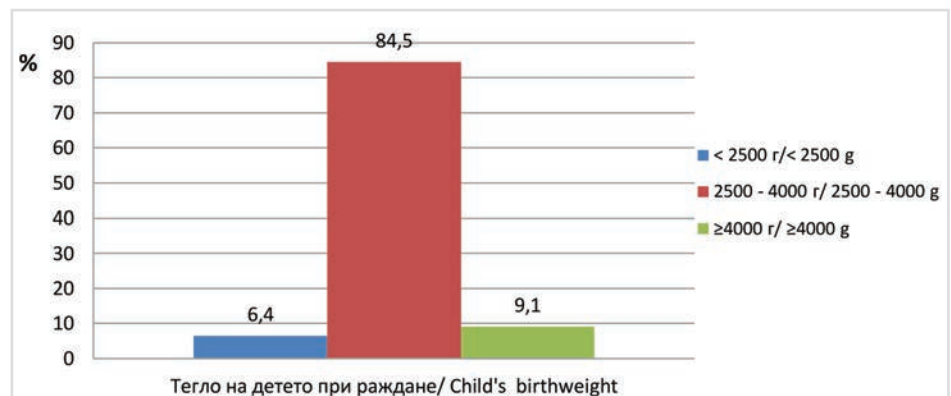
#### • Рискови фактори, свързани с бременността

Факторите, влияещи по време на развитието на плода, имат определяща роля за неговата преживяемост и здраве. Наличието на неблагоприятни условия за вътреутробното развитие е свързано с появата на адаптационни механизми при плода, които повишават способността му за оцеляване, но имат неблагоприятен ефект по отношение на функционалния капацитет на редица органи и здравния риск от редица хронични заболявания като възрастен (9; 10, 11).

Индикатори за растежа и здравния статус на фетуса по време на вътреутробното му развитие са ръста, теглото и обиколката на главичката, измерени непосредствено след раждането на детето (12, 13, 14).

Оптималното тегло на детето при раждане се движи в диапазона от 2500 грама до 4000 грама. При настоящето проучване 6,5% от децата на 1-6 години са с тегло при раждане по-ниско от 2500 грама (Фиг.10). Получените данни са по-близо до тези, получени от националното представително проучване за страната през 2007 г., където относителният дял на децата с ниско тегло при раждане е 5,5% (15).

**Фиг.10.** Относителен дял деца според теглото при раждане



По литературни данни, ниското тегло при раждането (<2500 г) може да се дължи както на ограничен внос на хранителни вещества от майката по време на бременността – при хранителни дефицити на цинк, калций и желязо (16, 17, 18, 19, 20, 21), така и на повишен внос на алкохол, кофеин и експозиция на токсични вещества от околната среда (22). В настоящото проучване не се установи статистически значима връзка между раждането на дете с ниско тегло и консумацията на алкохол от майката поради недостатъчен брой изследвани лица. (chi-square test).

Относителният дял на изследваните деца с тегло при раждането над 4000 грама е 9,1% (Фиг.10). Високото тегло при раждането-макрозомия, се свързва с диабет, наднормено тегло при майката и др. (23,24).

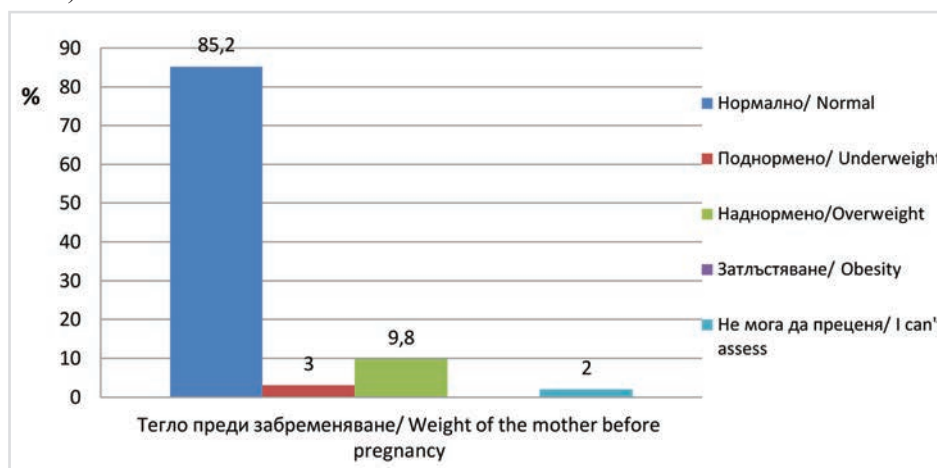
Ниското тегло при раждането е рисков фактор за започване на кърмене на новороденото, защото децата, родени под 2500 грама, често са с придружаващи заболявания, които налагат 24-часово специализирано медицинско обслужване, свързано с отделяне на децата от майките в първите дни след раждането. Нашето проучване не установи статистически значимо по-голяма честота на кърмене при децата с нормално тегло при раждане, спрямо децата с ниско тегло при раждане ( $p=0,286$ ).

Относителният дял на майките с ниско тегло преди забременяване е 3,0%, също така 3,0% е и процентът на майките с недостатъчно наддаване по време на бременността (Фиг.11 и Фиг.12). Наблюдава се положително изразена тенденция за намаляване на броя на жените с ниско тегло преди забременяване и процентът на бременните с недостатъчно наддаване по време на бременността при сравнение с проучването през 2007 година, където жените с ниско тегло преди забременяване са 18,8%, а тези с недостатъчно наддаване на тегло са 25,9%.

Теглото на майката преди и по време на бременността е рисков фактор за растежа и развитието на плода(25, 26). Ниското тегло на майката преди забременяване, съчетано с недостатъчен прием на енергия и хранителни вещества по време на бременността, крие риск от изоставане в растежа и развитието на плода, раждане на дете с ниско тегло, повишена неонатална заболяемост и смъртност, изоставане във физическото и нервно-психическото развитие след раждането и риск от хронични заболявания в по-късна възраст (27,28). Рисковете при поднормено тегло по време на бременността за майката са свързани с появата на анемия. Анемията от своя страна увеличава риска от раждане на дете с ниско тегло, преждевременно раждане и ранна поява на анемия при новороденото (29, 30).

При настоящето изследване 9,8% от майките са били с наднормено тегло преди забременяване, а 16,8% от майките посочват, че са имали наднормено наддаване на тегло по време на бременността, независимо от изходното тегло (Фиг.11 и Фиг.12).

**Фиг.11.** Тегло на майката преди забременяване – относителен дял

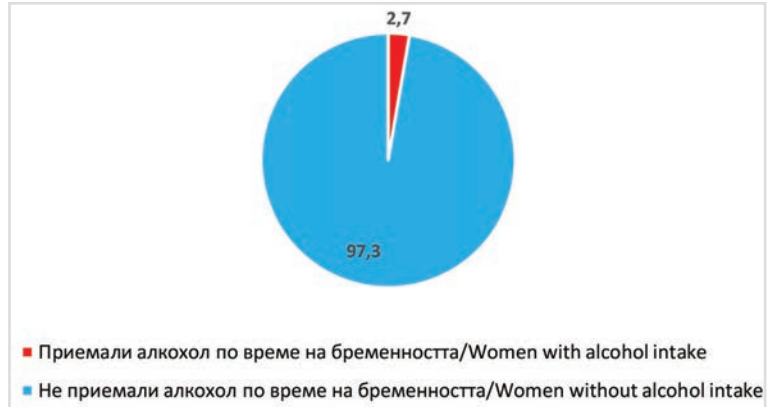


**Фиг. 12.** Наддаване на тегло на майката по време на бременността – относителен дял



По литературни данни, наднорменото тегло при майката преди забременяване, както и значителното наддаване на тегло по време на бременността, са свързани също с неблагоприятни ефекти върху растежа, здравето и развитието на плода и здравословното състояние на майката (31). Връзка между значителното наддаване на тегло на бременната жена и раждането на дете с ниско тегло не беше доказано при настоящето проучване, поради недостатъчен брой изследвани лица. (chi-square test).

Жените употребявали алкохол по време на бременността са 2,7%. От жените, които са консумирали алкохол, всички са консумирали в умерени количества, (по-малко от 1 чаша вино/ 1 бира/ 50 мл концентрат/ден) (Фиг. 13).

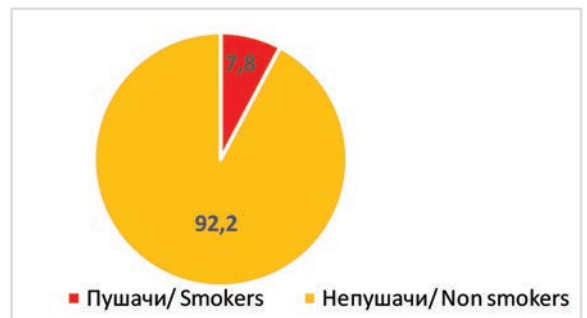


Фиг. 13. Относителен дял жени с прием на алкохол по време на бременността

Високата консумация на алкохол по време на бременността е свързана с повишен риск от раждане на дете с малформации (микроцефалия), ниско тегло или Fetal Alcohol Syndrome (32, 33, 34). Последният се характеризира с нарушения в развитието на скелета и централната нервна система.

Относителният дял на майките при настоящето проучване, пушили по време на бременността е 7,8% (Фиг.14). Средната употреба на цигари на ден е 3 броя, а най-високата установена употреба е 6 цигари на ден

Тютюнопушенето на майката по време на бременността е свързано с повишен риск за спонтанен аборт, увреждане на плода, свързано с малформации, ниско тегло при раждане, синдром на внезапна смърт на новороденото, отслабване на имунната система на новороденото или Fetal Smoking Syndrome (35, 36, 37).



Фиг. 14. Относителен дял жени с тютюнопушене по време на бременността

#### Изводи:

- 6,5% от децата на 1-6 години са с тегло при раждане по-ниско от 2500 грама;
- 9,1% от децата на 1-6 години са с тегло при раждане по-високо от 4000 грама;
- Относителният дял на жените с ниско тегло преди забременяване и с недостатъчно наддаване на тегло е 3%;
- Относителният дял на жените с наднормено тегло преди забременяване е 9,8%, а на тези с наднормено наддаване на тегло е 16,8%;
- 2,7% от жените са консумирали алкохол по време на бременността в умерени количества;
- 7,8% от жените са пушили по време на бременността;
- Средната употреба на цигари от бременните жени е 3 броя на ден.

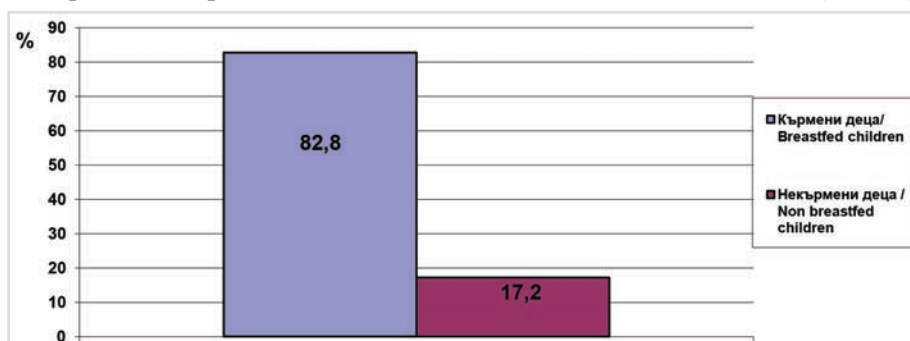
#### • Рискови фактори през кърмаческия период

Кърмачетата са рискова популационна група по отношение на храненето, поради своя бърз линеен растеж; ускореното развитие на мозъка; ускореното развитие и съзряване на имунната система; по-голямата честота на инфекциозни заболявания и повишената физическа активност (38).

#### Честота на кърмене на новородените деца

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 (39, 40, 41, 42).

От събраните ретроспективни данни от майките за практиките на кърмене при децата на възраст от 1 до 6 години се установи, че кърмени с различна продължителност са 82,8 % от изследваните деца (Фиг.15).



**Фиг. 15.** Относителен дял на кърмени деца от 1 до 6-годишна възраст

Кърмени през неонаталния период са 82,8% от децата на възраст от 1 до 6 години, установи настоящето проучване.

### Продължителност на кърмене

Относителният дял на децата от 1 до 6 години в зависимост от продължителността на кърмене е представен на Таблица 5.

Продължителност на кърмене	n	%
До 1 месец	35	13,9
До 2 месеца	27	11,1
До 3 месеца	31	11,1
До 4 месеца	23	7,1
До 5 месеца	9	4,4
До 6 месеца	19	6,0
По-дълго от 6 месеца	113	46,0
<b>ОБЩО</b>	<b>257</b>	<b>100,0</b>

**Таблица 5.** Относителен дял (%) от изследваните деца от 1 до 6-годишна възраст според продължителността на кърменето

Сравнителният анализ с данните през 2007 г. показва по-големи различия с тези от настоящето проучване, като до 1 месец са кърмени 13,9% от кърмачетата, спрямо 19% при проучването през 2007 г., до 2 месеца – 11,1%, спрямо 15%, а до 6 месеца са кърмени 6,0 % от кърмачетата спрямо 10% (Таблица 5).

### Начало на кърмене

Независимо от препоръките на СЗО и УНИЦЕФ (43,44), малка част от децата при настоящето проучване са с начало на кърмене през първия час след раждането – 10,4%. При националното представително проучване през 2007 г. се установи по-ниска честота или само 4,6% от кърмачетата в страната са с начало на кърмене през първия час след раждането (39).

Повечето от децата са с начало на кърменето от първия до шестия час след раждането (34,5%).

Относителният дял на децата, които са поставени за първи път на гърдата на майката след двадесет и четвъртия час от раждането е 24,9% (Таблица 6).

Начален момент на кърмене	n	%
До 1 час след раждането	25	10,4
От 1 до 6 часа след раждането	85	34,5
От 6 до 12 часа след раждането	55	14,1
От 12 до 24 часа след раждането	37	16,1
По-късно от 24 часа след раждането	50	24,9

**Таблица 6.** Относителен дял (%) от изследваните деца от 1 до 6-годишна възраст според началния момент на започване на кърменето

### Практики на кърмене

Изключителното кърмене, препоръчвано от СЗО, Европейската и Американската педиатрична асоциация, задоволява напълно не само хранителните потребности, но и нуждите от вода на повечето кърмачета до около 6-месечна възраст (44, 45, 46, 47). Относителният дял на изключително кърмените деца до 4-6-месечна възраст, когато стартира периода на хранене е 18,6% (Таблица 7).

Леко се е увеличил относителният дял на изключително кърмените деца до 4-6-месечна възраст (21,7% спрямо 18,6% при проучване през 2007 г.)

В групата на кърмачета от 0 до 6 месеца при националното проучване през 2007 г. чрез анкетен метод се установи, че от децата до 2-месечна възраст изключително кърмени са 13,3%, а от тези на 4-5 месеца изключително кърмени са 2%. Ретроспективното изследване на кърменето при децата от 1 до 5 години, 2007, показва също нисък относителен дял на изключителното кърмене до 6-месечна възраст - 3,3%.

**Таблица 7.** Относителен дял (%) деца от 1 до 6-годишна възраст, кърмени изключително през първите 4-6 месеца

Предлагане на вода, чай и др. Течности	n	%
Да	210	79,6
Не	60	18,6
Не си спомням	6	1,8
<b>ОБЩО</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>

При настоящето проучване 79,6% е сумарният относителен дял на децата на преобладаващо кърмене, смесено и заместващо хранене през първите 4-6 месеца.

Водата е един от най-важните нутриенти за развитието на кърмачето, защото то е с много по-висок риск от дехидратация в сравнение с възрастния индивид (48). СЗО, УНИЦЕФ, Агенцията по храните в Англия, Националната академия и Института по медицина в САЩ и др. не препоръчват допълнителен прием на вода за кърмачетата, докато не започнат да приемат хранващи храни (49, 50, 51). Освен, че допълнителният прием на вода може да обременява бъбречната система на новороденото в първите дни след раждането, водата може да бъде и източник на замърсители (патогенни микроорганизми, пестициди, хормони, и др.), които може да доведат до остри заболявания или неблагоприятни въздействия върху здравето на кърмачето (52). Независимо от съвременните препоръки, настоящето проучване показва, че през кърмаческия период на децата в нашата страна продължава практиката често да се предлага вода и др. течности.

#### Изводи:

- Кърмени през неонаталния период са 82,8 % от децата на 1-6 години;
- С продължителност на кърмене над 6 месеца са 46% от децата;
- С начало на кърмене през първия час след раждането са 10,4% от децата;
- Изключително кърмените деца до 4-6-месечна възраст са 18,6% от децата.

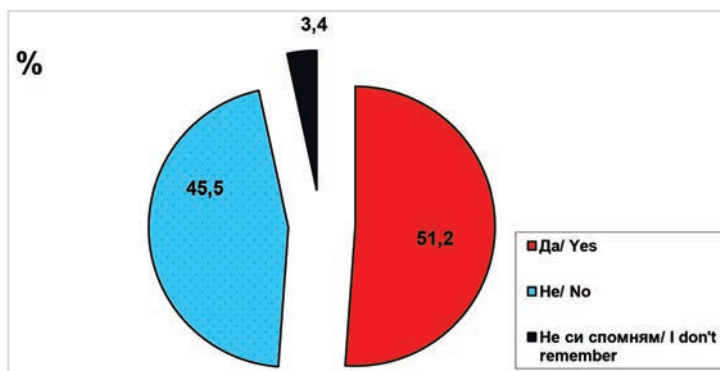
#### • **Рискови фактори, свързани с периода на хранене**

Периодът на хранене обхваща времето от 4 навършени до 6 навършени месеца. Периодът на хранене е особено рисков, тъй като хранващите храни често се дават в неподходящо време и/или в недостатъчно количество (53, 54).

СЗО, Европейската и Американската педиатрична асоциация препоръчват хранене на кърмачето не по-рано от навършени 4 месеца или не и преди 17 седмица след раждането (55, 59, 56, 58, 57). За хранваща храна се приема всяка храна, която е различна от кърмата и млеката за кърмачета. Понастоящем у нас все още някои специалисти считат, че плодовият сок не е хранваща храна и препоръчват неговото включване още през първия месец след раждането. Съгласно международните препоръки за хранене на кърмачетата, въвеждане на плодови и плодово-зеленчукови сокове се препоръчва след 6 месечна възраст.

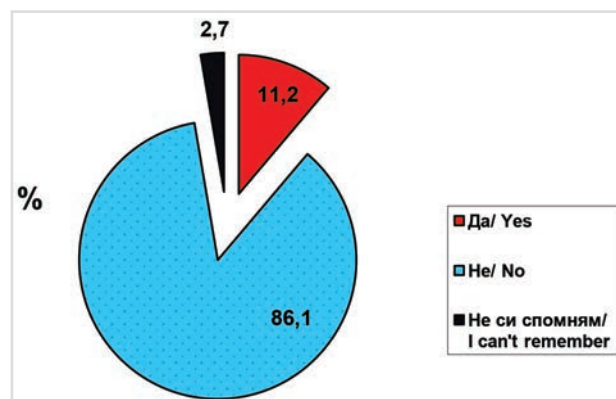
Ранното включване на плодови сокове в храненето на кърмачетата крие рискове от ранна поява на зъбен кариес при децата, поради съдържанието на органични киселини в тях, повишен е и рискът от инфекциозни заболявания, тъй като пряко изцедените плодови сокове могат да бъдат замърсени с патогенни микроорганизми, като *Escherichia coli*. Включването на плодови сокове в храненето на кърмачетата в първите месеци след раждането е свързано с намаляване на приема на кърма, като плодовите сокове нямат предимства пред кърмата в храненето на кърмачетата.

**Фиг. 16.** Относителен дял на кърмачета, приемали плодов/зеленчуков сок през първите 6 месеца



Резултатите от нашето проучване показват, че преди 6-месечна възраст плодови и плодово-зеленчукови сокове са получавали 51,2% от децата от 0 до 6 месеца, а през 2014 година 68,9% от децата от 0 до 6 месеца. Данните от националното проучване на храненето през 2007 г. показват, че плодови и зеленчукови сокове са давани преди 6-месечна възраст при много по-голям процент от децата от 0 до 6 месеца - 95,6%. Налице е положителна тенденция за значително намаляване на приема на плодов сок през първите два месеца след раждането. Това се потвърждава и от факта, че средната възраст на предлагане на плодов сок при кърмачетата е 4 месеца, а предлагането на зеленчуков сок е осъществено при средна възраст от 5 месеца на изследваните деца.

**Фиг. 17.** Относителен дял на кърмачета, приемали прясно мляко през първите 12 месеца



Въвеждането на краве мляко не се препоръчва от Американската педиатрична асоциация преди навършването на 1 година, поради увеличаване на риска от алергии и автоимунни заболявания (60). Според ESPGHAN въвеждането на прясно мляко не трябва да се включва поради следните причини: по-високото съдържание на белтък, което води до натоварване на бъбречната система на кърмачето и това, че то е бедно на желязо и крие риск от анемии (57). Прясното пълномаслено мляко не се препоръчва да замести кърмата/млеката за кърмачета до 1-годишна възраст, но може да се включва в малки количества към захранващите храни, като компонент на ястия и супи след 9-10 месеца.

Относителният дял на децата, приемали прясно мляко през първите 12 месеца, е 86,1% (Фиг.17). Преди навършване на 9 месеца са приемали прясно мляко 38,7%, а при 22,4 % от случаите предлаганото мляко е нискомаслено.

Приемът на краве мляко с намалена масленост не се препоръчва до двегодишна възраст на детето, както от чуждите, така и от нашите специалисти, защото мазнините са основен източник на енергия за растящия организъм, източник на полиненаситени мастни киселини, необходими за нервната система и източник на мастно разтворими витамини с важна роля за растежа на децата. Квасеното пълномаслено мляко също не се препоръчва като заместител на кърмата/млеката за кърмачета до 1 годишна възраст, то може да се въвежда като компонент на ястия след навършване на 9 месеца (61).

**Изводи:**

- преди 6-месечна възраст плодови и плодово-зеленчукови сокове са получавали 51,2% от децата;
- средната възраст на предлагане на плодов сок е 4 месеца;
- средната възраст на предлагане на зеленчуков сок е 5 месеца;
- 86,1% от децата са приемали прясно краве през първите 12 месеца;
- 38,7% от децата са приемали прясно краве през първите 9 месеца, от които 22,4% са приемали нискомаслено.

## КНИГОПИС

1. НСИ. Бюджети на домакинствата в Р България. С., 2008.
2. Raphael D. Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions. *Int J Health Serv.* 2006;36(4):651-77.
3. Edith Chen. Why Socioeconomic Status Affects the Health of Children A Psychosocial Perspective *American Psychological Society* 2004;13 (3)
4. МЗ. Наредба № 8 на МЗ от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията. ДВ, Бр.92/ 2016
5. Петрова С., Л. Рангелова, В. Дулева, Д. Овчарова. Познавания на майките за храненето на кърмачетата и децата до 5-годишна възраст в България. *Българско списание за обществено здраве*, 2010, том II, кн. 4, 80-91.
6. Halina Weker. Simple obesity in children. A study on the role of nutritional factors *Med Wieku Rozwoj* Jan-Mar 2006;10(1):3-191.
7. 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.
8. Hodder RK, O'Brien KM, Tzelepis F, Wyse RJ, Wolfenden L. Interventions for increasing fruit and vegetable consumption in children aged five years and under. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 May 25;5(5):CD008552. doi: 10.1002/14651858.CD008552.pub7.PMID: 32449203
9. Guilloteau P, Zabielski R, Hammon HM, Metges CC. Adverse effects of nutritional programming during prenatal and early postnatal life, some aspects of regulation and potential prevention and treatments. *J Physiol Pharmacol.* 2009 Oct;60 Suppl 3:17-35.
10. McMillen IC, Robinson JS. Developmental Origins of the Metabolic Syndrome: Prediction, Plasticity and Programming. *Physiol Rev.* 2005; 85:571-633.
11. Alma J Nauta, Kaouther Ben Amor, Jan Knol, Johan Garssen, EM van der Beek. Relevance of pre- and postnatal nutrition to development and interplay between the microbiota and metabolic and immune systems. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2013; 98 (2) : 586S-593S, <https://doi.org/10.3945/ajcn.112.039644>
12. Peleg D, Kennedy CM, Hunter SK, Intrauterine Growth Restriction: Identification and Management *Am Fam Physician.*1998;58(2):453-460.
13. Francesca Gaccioli and Susanne Lager. Placental Nutrient Transport and Intrauterine Growth Restriction *Front. Physiol;* 2016. <https://doi.org/10.3389/fphys.2016.00040>
14. Caroline H.D. Fall, Chittaranjan S. Yajnik, Shobha Rao, Anna A. Davies, Nick Brown, Hannah J.W. Farrant. Micronutrients and Fetal Growth. *The Journal of Nutrition.* 2003;133 (5): 1747S-1756S, <https://doi.org/10.1093/jn/133.5.1747S>
15. 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.
16. Noran M. Abu-Ouf and Mohammed M. Jan, The impact of maternal iron deficiency and iron deficiency anemia on child's health *Saudi Med J.* 2015; 36(2): 146-149. doi: 10.15537/smj.2015.2.10289
17. Hua Wang, Yong-Fang Hu, Jia-Hu Hao, Yuan-Hua Chen, Pu-Yu Su, Ying Wang, Zhen Yu, Lin Fu, Yuan-Yuan Xu, Cheng Zhang, Fang-Biao Tao, and De-Xiang Xu. Maternal zinc deficiency during pregnancy elevates the risks of fetal growth restriction: a population-based birth cohort study *Sci Rep.* 2015; 5: 11262. Published online 2015 Jun 8. doi: 10.1038/srep11262
18. Abdulrahman Almaghamsi, Mussa H. Almalki, and Badurudeen Mahmood Buhary Hypocalcemia in Pregnancy: A Clinical Review Update *Oman Med J.* 2018 Nov; 33(6): 453-462. doi: 10.5001/omj.2018.85
19. Dempsey JC, Ashiny Z, Qiu CF, Miller RS, Sorensen TK, Williams MA. Maternal pre-pregnancy overweight status and obesity as risk factors for cesarean delivery. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2005; <http://www.informaworld.com/smpp/title~db=all~content=713453317~tab=issueslist~branches=17-v1717>: 179-185.
20. Innes KE, Byers TE, Marshall JA, Baron A, Orleans M. Hamman RF: Association of a woman's own weight with subsequent risk of gestational diabetes. *J Am Med Assoc* 2002; 287: 2534-2541.
21. Hambidge KM, Krebs NF, Jacobs MA, Favier A, Guyette L, Ikle DN. Zinc nutritional status during pregnancy: a longitudinal study. *Am J Clin Nutr* 1983; 37: 429-442.
22. Patrick L. Iodine: deficiency and therapeutic considerations. *Altern Med Rev.* 2008; 13(2), 116-127.
23. Scifres C, Feghali M, Althouse AD, Caritis S, Catov J. Adverse Outcomes and Potential Targets for Intervention in Gestational Diabetes and Obesity. *Obstet Gynecol.* 2015; 126(2):316-25. doi: 10.1097/AOG.0000000000000928.
24. Anjana Verma and Lalit Shrimali. Maternal Body Mass Index and Pregnancy Outcome *J Clin Diagn Res.* 2012; 6(9): 1531-1533. Published online 2012 Nov 15. doi: 10.7860/JCDR/2012/4508.2551
25. Regina R. Davis, Sandra L. Hofferth, Edmond D. Shenassa. Gestational Weight Gain and Risk of Infant Death in the United States. *American Journal of Public Health*, 2013; e1 DOI: 10.2105/AJPH.2013.301425
26. Lijun Wang, Xiaoyu Zhang, MPH; Tingting Chen, MPH; et al. Association of Gestational Weight Gain With Infant Morbidity and Mortality in the United States *JAMA Netw Open.* 2021;4(12):e2141498. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.41498
27. Zhen Han, Sohail Mulla, Joseph Beyene, Grace Liao, Sarah D McDonald. Maternal underweight and the risk of preterm birth and low birth weight: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Epidemiol.* 2011; 40 (1): 65-101. doi: 10.1093/ije/dyq195
28. Davis-Moss RR, Hofferth SL. Inadequate gestational weight gain and malnutrition-related causes of infant death. *J Pregnancy Reprod* 2018; 2: DOI: 10.15761/JPR.1000140
29. Lindsay H Allen. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome *Am J Clin Nutr.* 2000; 71 (5): 1280s-1284s.
30. Zhang, Q., Lu, XM., Zhang, M. et al. Adverse effects of iron deficiency anemia on pregnancy outcome and offspring development and intervention of three iron supplements. *Sci Rep* 2021; 11, 1347. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-79971-y>



31. Catalano PM. Increasing maternal obesity and weight gain during pregnancy: the obstetric problems of plentitude. *Obstet Gynecol.* 2007;110:743–4.
32. Kesmodel UK, Wisborg SF, Olsen T, Henriksen B, Secher NJ. Moderate alcohol intake in pregnancy and the risk of spontaneous abortion *Alcohol Alcohol* 2002; 37(1): 87 - 92.
33. Amstronng EM, Abel EL. Fetal alcohol syndrome: the origins of a moral panic. *Alcohol Alcohol* 2000; 35 (3): 276-282.
34. Fitzpatrick, J.P., Latimer, J., Ferreira, M. et al. Development of a reliable questionnaire to assist in the diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders (FASD). *BMC Pediatr* 2013; 13, 33. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-33>
35. Eastham R, Gosakan R. Smoking and smoking cessation in pregnancy. *Obstet Gynaecol (Lond)* 2010; 12(2): 103 - 109.
36. Hofhuis W, de Jongste JC, Merkus PJ. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *ArchDisChild* 2003; 88:1086-1090.
37. Jennifer E. Bruin, Hertzal C. Gerstein, Alison C. Holloway, Long-Term Consequences of Fetal and Neonatal Nicotine Exposure: A Critical Review, *Toxicological Sciences*, 2010;116 (2): 364–374, <https://doi.org/10.1093/toxsci/kfq103>
38. Петрова С., В. Дулева и Л. Рангелова. Основи на здравословното хранене на деца до 3-годишна възраст. София, 2014
39. 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.
40. Verd S, Ramakers J, Vinuela I, Martin-Delgado MI, Prohens A, Díez R Does breastfeeding protect children from COVID-19? An observational study from pediatric services in Majorca, Spain. *Int Breastfeed J.* 2021;16(1):83. doi: 10.1186/s13006-021-00430-z.
41. Liesbeth Duijts , Made K Ramadhani, Henriëtte A Moll. Breastfeeding protects against infectious diseases during infancy in industrialized countries. A systematic review *Matern Child Nutr* 2009;5(3):199-210. doi: 10.1111/j.1740-8709.2008.00176.x.
42. Oddy WH. Breastfeeding protects against illness and infection in infants and children: a review of the evidence *Breastfeed Rev* 2001;9(2):11-8.
43. World Health Organization. *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2015-2030)*. Geneva; 2015.
44. ButteNF, Lopez-AlarconMG, GarzaC. Nutrient adequacy of exclusive breast feeding for the term infant during the first six months of life. WHO. Geneva, 2002.
45. WHO. Regional Publications, European Series, 87; *Feeding and nutrition of infants and young children.* 2000.
46. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. *Breastfeeding and the Use of Human Milk.* *Pediatrics* 2005; 115: 496 506.
47. US Department of Health and Human Services. Executive Summary: The Surgeon Generals Call to Support Breastfeeding. Washington DC, OSG, Jan 20, 2011
48. Hendricks K, Duggan Ch. *Manual of pediatric nutrition.* Fourth Edition, London, BC Decker, 2005; 101,135-149.
49. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012; Issue 8. Art. No.: CD003517.
50. World Health Organization. *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services.* Geneva; 2017.
51. World Health Organization. *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities.* Geneva; 2016.
52. UNICEF. *Breastfeeding A mother's gift for every child.* UNICEF; 2018
53. Prell C., Koletzko B. Breastfeeding and complementary feeding recommendations on infant nutrition. *Dtsch Arztebl Int* 2016; 113: 435–44.
54. Campoy C., Campos D., CerdóT.et al. Complementary Feeding in Developed Countries: The 3 Ws (When, What, and Why?) *Ann Nutr Metab* 2018;73(suppl 1): 27–36.
55. American Academy of Pediatrics (AAP). *Complementary feeding.* In: *Pediatric nutrition.* American Academy of Pediatrics, IL, USA. 2014; pp. 123–142.
56. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA) *Scientific Opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants.* *EFSA Journal* 2009; 7(12): 1423 [38pp.].
57. Fewtrell M., BronskyJ., CampoyC.et al. Complementary feeding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Committee on Nutrition (ESPGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2017; 64: 119–132.
58. Scientific Advisory Committee on Nutrition (SACN). *Feeding in the first year of life.* 2018; 290 pp.
59. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO Regional Office for Europe). *Feeding and nutrition of infants and young children. Guidelines for the WHO European region, with emphasis on the former Soviet countries.* 2003; 288 pp.
60. Obbagy J.E. EnglishL.K., WongY.P.at al. Complementary feeding and food allergy, atopic dermatitis/eczema, asthma, and allergic rhinitis: a systematic review. *AJCN* 2019a; 109 (Suppl 1) : 890s–934s.
61. Laving A.R., Hussain S.R., Atieno D.O. Overnutrition: Does Complementary Feeding Play a Role? *Ann Nutr Metab* 2018; 73(suppl 1): 15–1

## РИСКОВИ ФАКТОРИ ЗА ЗДРАВЕТО НА ДЕЦАТА НА 7-9 ГОДИНИ

Рисковите фактори, включително храненето на децата от 7 до 9-годишна възраст и на техните майки, са свързани със здравето и развитието на децата в по-късни етапи от живота. Недоимъчното хранене при децата в тази възраст е свързано с поднормено тегло, изоставане в растежа, физическото и интелектуалното развитие, нарушение в имунитета и по-висока заболяемост от остри респираторни заболявания. Свърхприемът на енергия и хранителни вещества води до затлъстване, което повишава риска от хронични заболявания на по-късен етап в живота.

- **Социално-икономически статус на домакинствата, в които живеят изследваните в представителната за страната извадка деца на възраст 7-9 години**

Социално-икономическият статус на семействата, в които се отглеждат децата, е важно условие за развитието и здравето и на децата на възраст 7-9 години.

Икономическото развитие, социалната и културална структура на обществото са в основата на адекватния хранителен прием и здравето на децата от всички възрастови групи.

В изследваната извадка близо 87,7% от децата живеят в семейства с двама родители, които са със сключен официален граждански брак или са във фактическо семейно съжителство. В семейства на самотен родител са 4,9% от изследваните деца. Относителният дял на децата с разделени или разведени родители е 3,7% (Табл. 1).

Таблица 1. Данни за семейството, в което се отглежда детето

Изследвана група	В брак или в съжителство		Самотен родител		Разделени или разведен/а		Вдовец/ица		При близки или роднини		ОБЩО	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	142	87,7	8	4,9	6	3,7	2	1,2	4	2,5	162	100,0

Образованието на родителите на изследваните деца е представено в Таблица 2 в следните позиции: без образование, начално образование, основно образование, средно образование, висше образование. В изследваната извадка 24,7 % от майките и 24,5% от бащите на проучваните деца са с основно и по-ниско образование (Табл. 2). Делът на майките със средно и висше образование в групата на децата, включени в изследването, е съответно 27,6% - средно образование и 44,7% - висше. При бащите, 42,9% са със средно образование и 31,3% са с висше образование.

Таблица 2. Образователен статус на родителите

Изследвана група	Без образование		Начално		Основно		Средно		Висше		ОБЩО	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Майки	5	2,9	10	5,9	32	18,8	47	27,6	76	44,7	170	100,0
Бащи	2	1,2	7	4,3	33	20,2	70	42,9	51	31,3	163	100,0

Данните за професионалния статус на родителите са получени, чрез групиране на професиите в три основни категории, представени в Таблица 3. Най-висок е относителният дял на родителите служители при майките - 63,7%, докато при бащите най-висок е процентът на бащите работници -50,7%.

Професия	Майка		Баща	
	n	%	n	%
Фермер, животновъд, лесовъд, др.	7	5,2	8	5,4
Работник – промишлен, строителен, др.	42	31,1	75	50,7
Служител (умствен труд, услуги)	86	63,7	65	43,9
<b>ОБЩО</b>	<b>135</b>	<b>100,0</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>

Таблица 3. Професия на родителите

Резултатите от изследването на показателя трудова заетост са представени на Таблица 4. В изследваната извадка в 86,6 % от случаите бащата е зает, а майката е заета в 64,3% от случаите. При майките е относително висок е делът на домакините – 16,4%, докато при бащите относително висок е процентът на безработните трудоспособни мъже - 10,2% (Табл.4.).

**Таблица 4. Трудова заетост на родителите**

Трудова заетост	Майка		Баща	
	n	%	n	%
На държавна служба	45	27,3	29	18,5
Недържавна служба	50	30,3	76	48,4
Самонаемащ се	11	6,7	31	19,7
Учащ	1	0,6	0	0,0
Домакиня	27	16,4	1	0,6
В отпуск по майчинство	16	9,7	0	0,0
Безработен, трудоспособен	14	8,5	16	10,2
Безработен, нетрудоспособен	1	0,6	4	2,5
Пенсионер	0	0,0	0	0,0
<b>ОБЩО</b>	<b>165</b>	<b>100,0</b>	<b>157</b>	<b>100,0</b>

**Изводи:**

- В семейства с двама родители, които са със сключен официален брак или са във фактическо семейно съжителство, живеят 87,7% от децата;
- Делът на майките със средно и висше образование е съответно 27,6% - средно образование и 44,7% - висше;
- При бащите, 42,9% са със средно образование и 31,3% са с висше образование;
- Родителите служители майки са с най-висок процент - 63,7%;
- Трудовата заетост на бащите е 86,6%, а тази на майките е 67,3%.

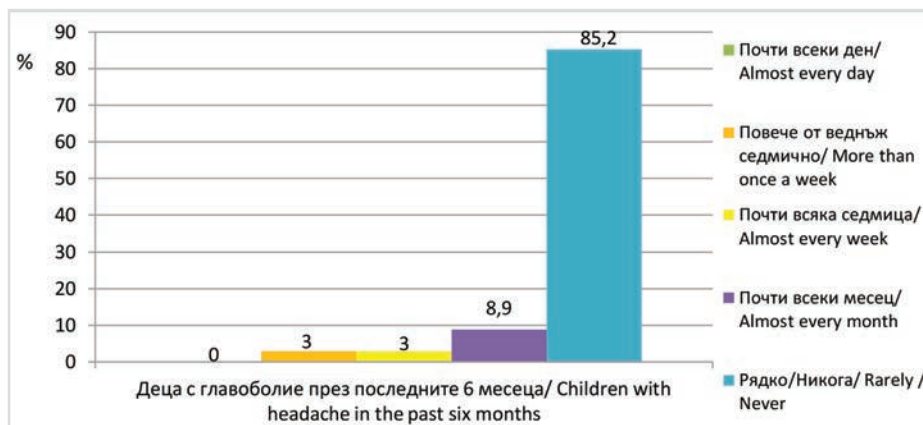
**• Здравен статус на децата на възраст 7-9 години**

Задължителните профилактични прегледи за децата на 7-9 години са регламентирани чрез Наредба № 8 на МЗ от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (1). Съгласно Приложение №1 на цитираната наредба за децата от 7 до 9 години е предвиден един профилактичен преглед годишно, включващ анамнеза и подробен статус, измерване на ръст, тегло, обиколка на гърди, измерване на артериално налягане, изследване на физическо развитие. Допълнителни рутинни изследвания са: зрителна острота и цветоусещане, оценка на отклонения в развитието на опорно-двигателната система и изследване на урина за протеин (с тест-лента).

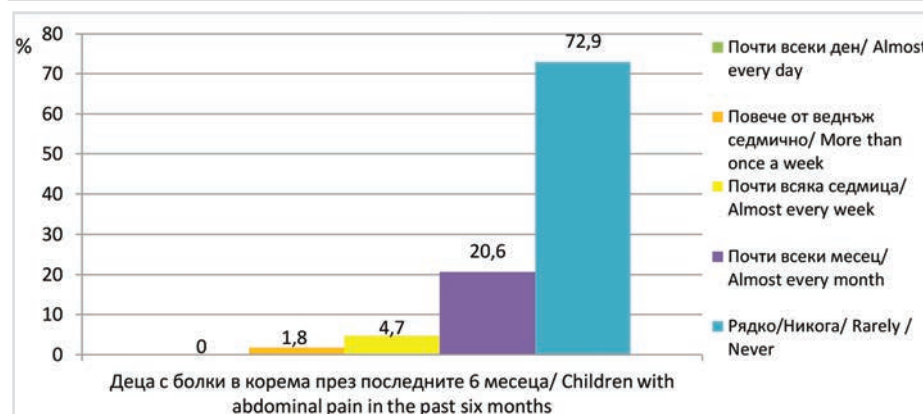
При настоящето изследване се установи, че профилактичен преглед е правен на 87,6% от децата на възраст 7-9 години. Относителният дял на децата, страдащи от хронично заболяване, е 4,6%. Относителният дял на децата със симптоми на хронични заболявания, повече от веднъж седмично през последните 6 месеца, са представени на фигури 1-8.

От тях повече от веднъж седмично са с болки в различни части на тялото: 3% - деца с главоболие, 1,8% са с болка в корема и 1,2 % са с болки в гърба.

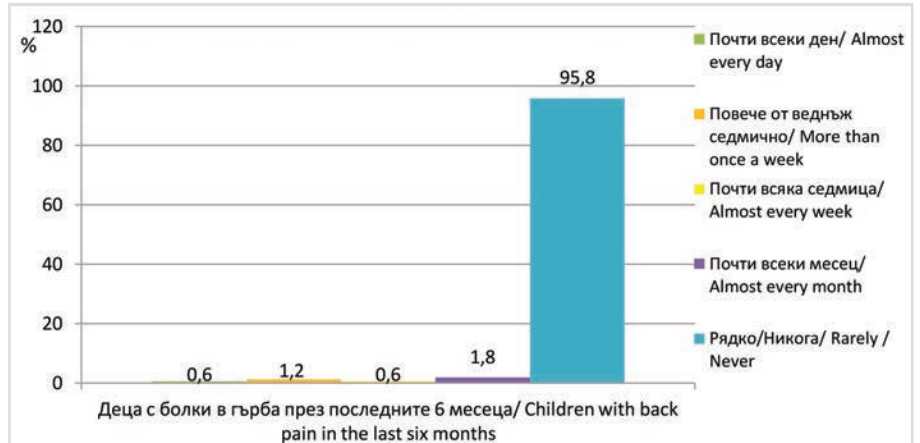
**Фиг. 1.** Относителен дял деца с главоболие през последните 6 месеца



**Фиг. 2.** Относителен дял деца с болки в корема през последните 6 месеца

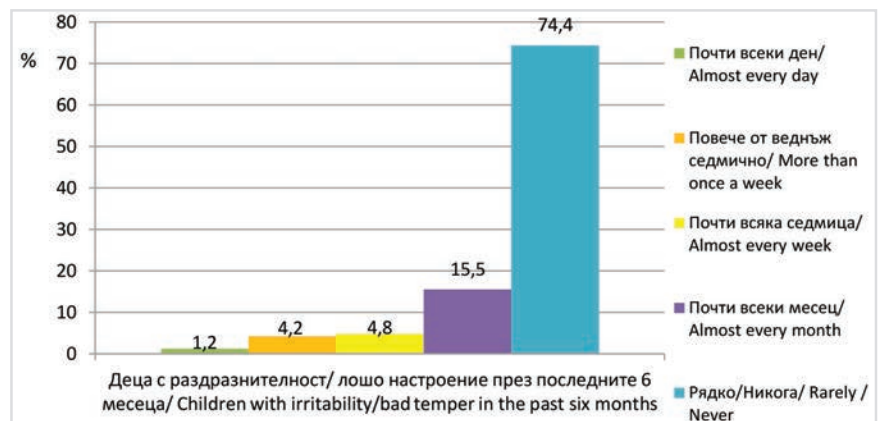


**Фиг. 3.** Относителен дял деца с болки в гърба през последните 6 месеца

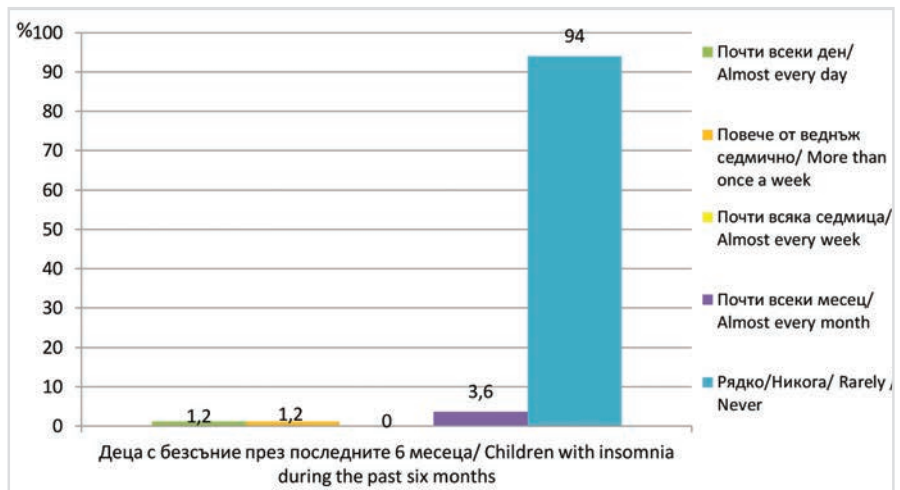


С неврогенни и други подобни проблеми в настоящето проучване са установени както следва: 4,2% деца - с лошо настроение, 1,2% деца са страдащите от безсъние, 0,6% са с недостиг на въздух, 0% са с лесна уморяемост и 0,6% са с изпотяване на ръцете.

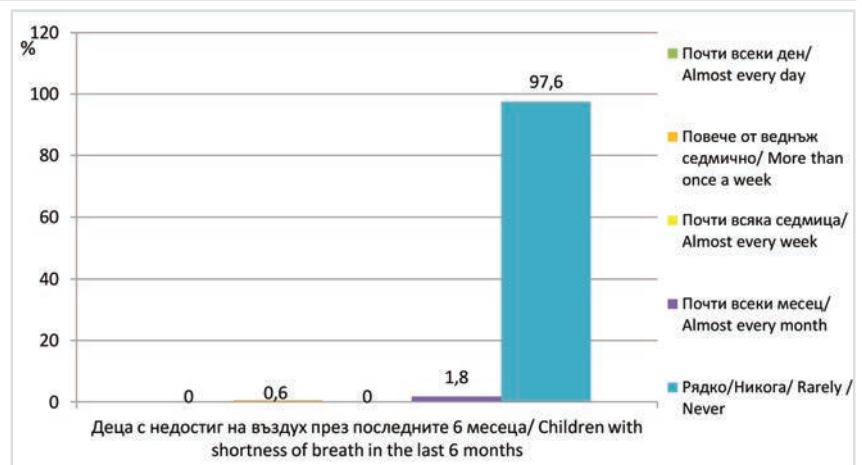
**Фиг. 4.** Относителен дял деца с раздразнителност / лошо настроение през последните 6 месеца



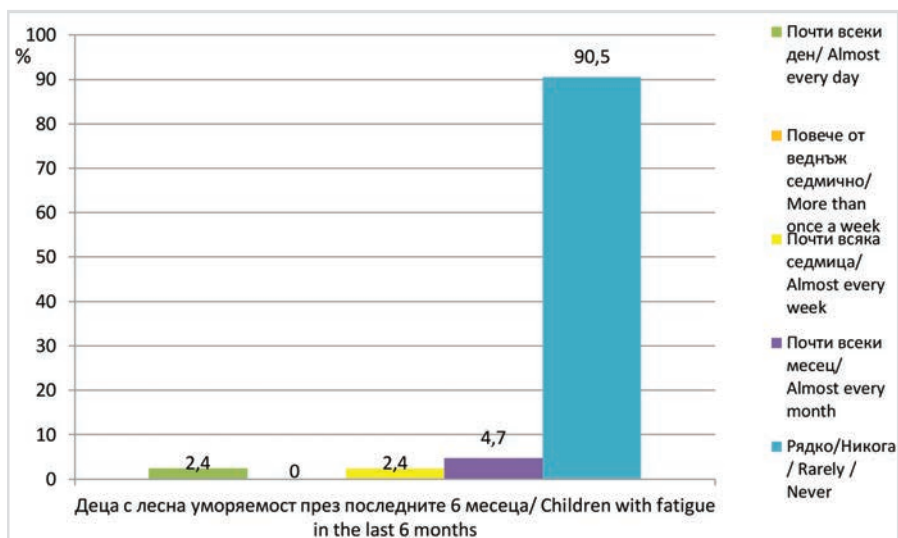
**Фиг. 5.** Относителен дял деца с безсъние през последните 6 месеца



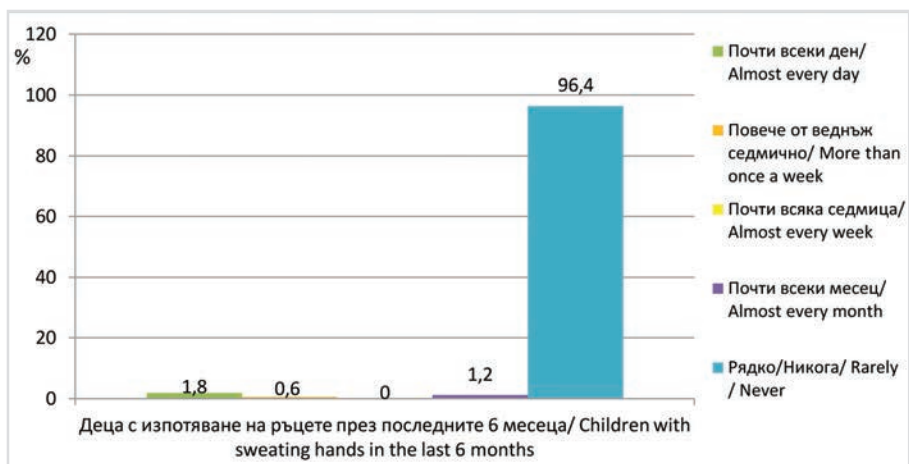
**Фиг.6.** Относителен дял деца с недостиг на въздух през последните 6 месеца



**Фиг. 7.** Относителен дял деца с лесна уморяемост през последните 6 месеца

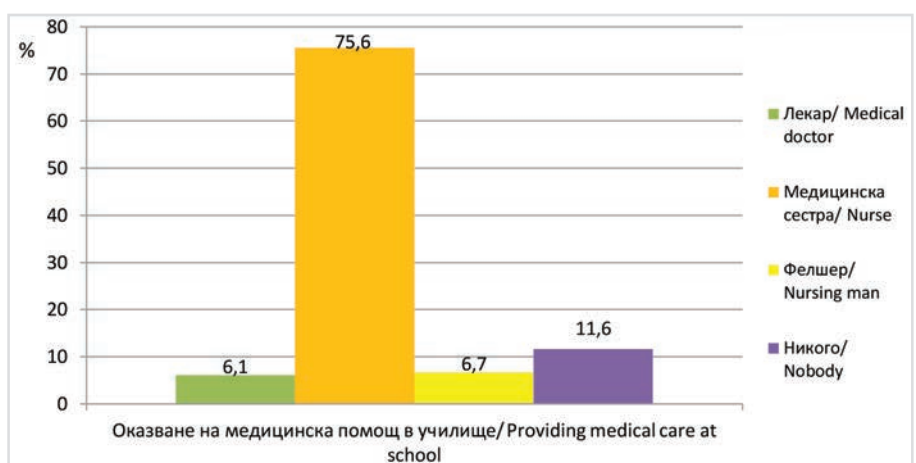


**Фиг. 8.** Относителен дял деца с изпотяване на ръцете през последните 6 месеца



При здравословни проблеми в училище болшинството от децата (75,6%) са прегледани от медицинската сестра. Прегледаните от лекар и фелдшер са съответно 6,1% и 6,7%. Тревожен е фактът, че 11,6 % от децата не са получили медицинска помощ в училище (Фиг.9).

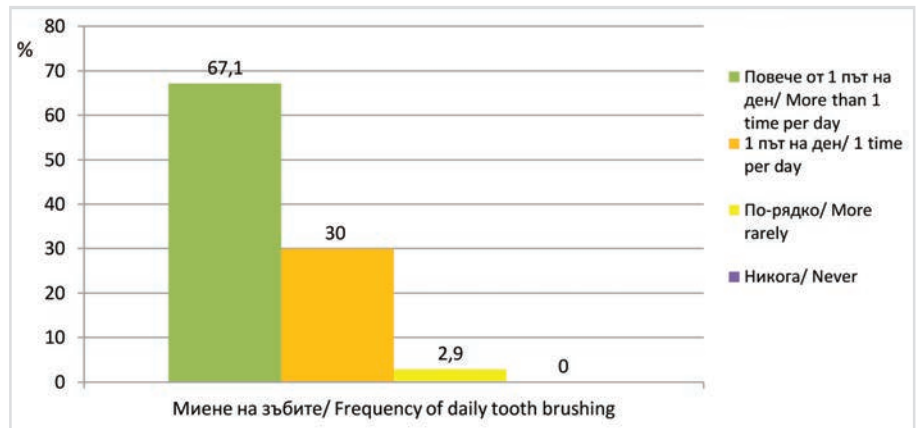
**Фиг. 9.** Оказване на медицинска помощ в училище



По отношение на личната хигиена, преди хранене си мият ръцете 98,3% от децата на възраст 7-9 години. Относително нисък е процентът (1,7%) от децата, които само понякога си мият ръцете преди хранене.

Един и повече пъти на ден си мият зъбите 97,1 % от децата, а 2,9 % си мият зъбите рядко или не ги мият никога (Фиг.10).

**Фиг.10.** Относителен дял деца на възраст 7-9 години в зависимост от честотата на миене на зъбите



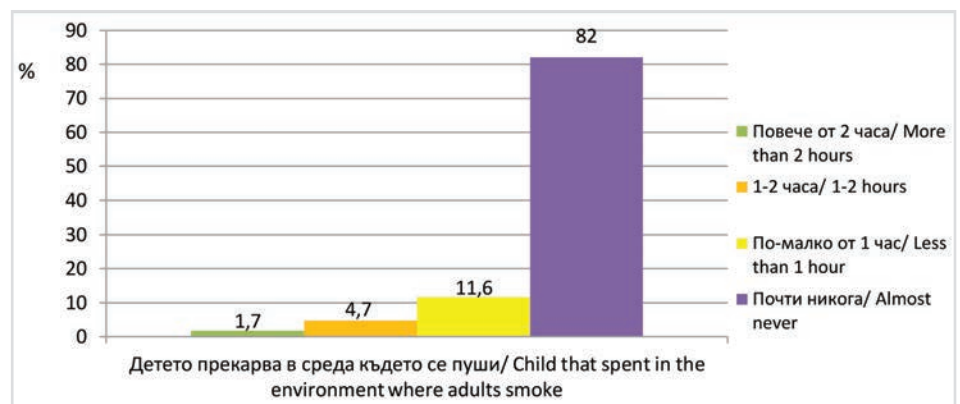
#### Изводи:

- Задължителен профилактичен преглед са преминали на 87,6% от децата на възраст 7-9 години;
- Само 4,6 % от изследваните деца страдат от хронично заболяване;
- При здравословни проблеми в училище 75,6% от децата са прегледани от медицинската сестра, а 11,6 % не са получили медицинска помощ;
- 98,3% от децата си мият ръцете преди хранене;
- 97,1 % от децата си мият зъбите един и повече пъти на ден.

#### • Условия за отглеждане на детето

Относителният дял на децата, прекарвали в среда, в която се пуши, е 18%. От тях най-голям дял са имали престой в среда с тютюнопушене по-малко от 1 час (11,6%). Относително малък процент от децата са били изложени продължително или повече от 2 часа на цигарен дим (Фиг.11).

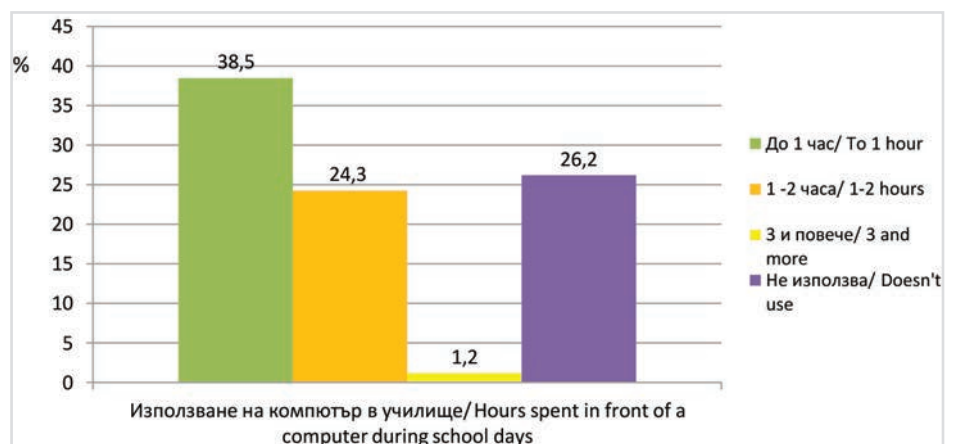
**Фиг. 11.** Относителен дял деца, прекарвали в среда, в която се пуши, в зависимост от продължителността на експозицията на цигарен дим



Относителният дял на децата в зависимост от времето прекарано пред компютър в училище и вкъщи е представен на Фигура 12 и Фигура 13.

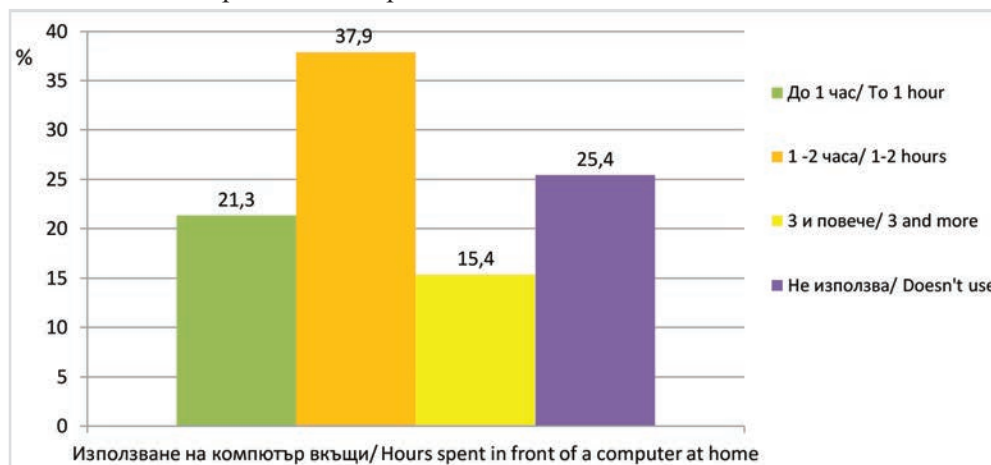
До 2 часа използват компютър в училище 62,8 % от децата на възраст 7-9 години. Малък брой от децата (1,2%) използват компютър в училище 3 и повече часа.

**Фиг.12.** Относителен дял деца на възраст 7-9 години в зависимост от часовете, прекарани пред компютър през учебните дни



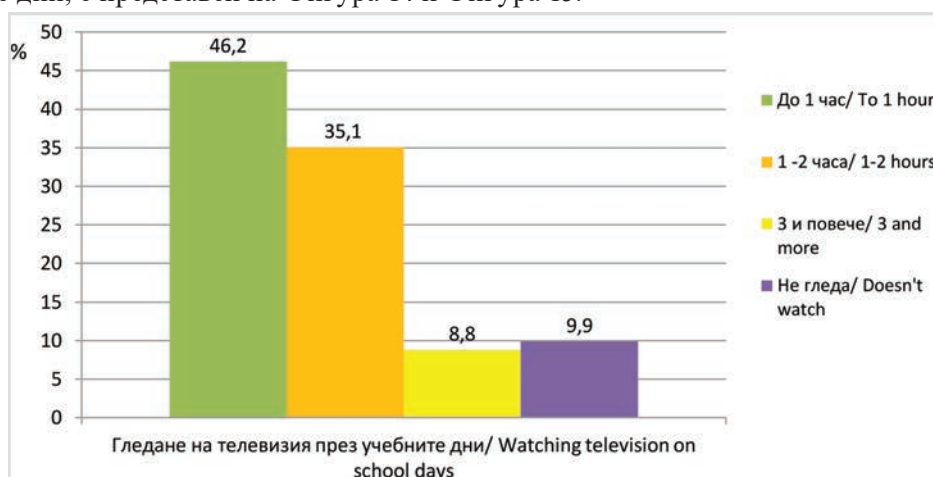
До два часа използват компютър вкъщи 59,2% от децата на възраст 7-9 години. Тревожен е фактът, че 15,4% от децата прекарват 3 и повече часа пред компютъра вкъщи.

**Фиг.13.** Относителен дял деца на възраст 7-9 години в зависимост от часовете, прекарани пред компютър вкъщи



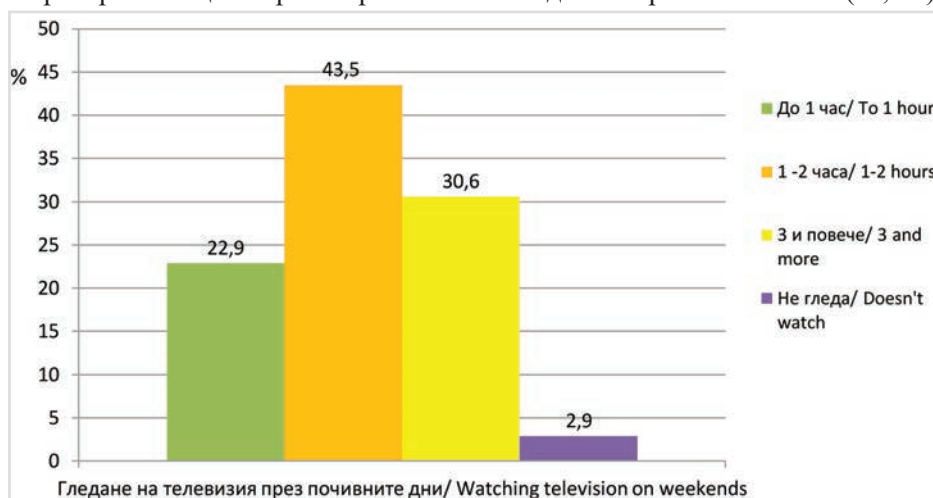
Относителният дял на децата в зависимост от времето, прекарано в гледане на телевизия през учебните дни и вкъщи през почивните дни, е представен на Фигура 14 и Фигура 15.

**Фиг.14.** Относителен дял деца на възраст 7-9 години в зависимост от часовете, прекарани в гледане на телевизия през учебните дни



Относително висок дял (81,3%) от децата на възраст 7-9 години гледат телевизия до 2 часа в учебните дни и 66,4% в почивните дни (1,2). Три и повече часа пред телевизора прекарват част от децата през учебните дни (8,8%), като тези които прекарват същото време през почивните дни са три пъти повече (30,6%).

**Фиг.15.** Относителен дял деца на възраст 7-9 години в зависимост от часовете, прекарани в гледане на телевизия през почивните дни



**Изводи:**

- Относителният дял на децата, прекарвали в среда, в която се пуши, е 18%;
- До 2 часа използват компютър в училище 62,8% от децата на възраст 7-9 години, а 59,2% използват компютър вкъщи;

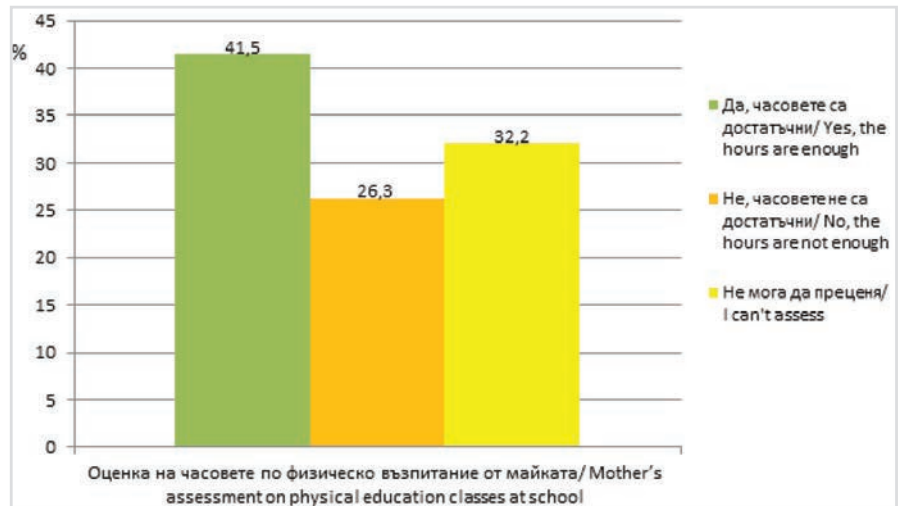
- 15,4% от децата прекарват 3 и повече часа пред компютъра вкъщи;
- 81,3% от децата на възраст 7-9 години гледат телевизия до 2 часа в учебните дни и 66,4% в почивните дни;
- 8,8% от децата прекарват три и повече часа пред телевизора през учебните дни и 30,6% през почивните дни.

● **Познания на майката относно здравето и условията на отглеждането на детето.**

Познанията и информираността на майките относно храненето, хранителния статус и условията на отглеждане на децата са от съществено значение за здравето, растежа и развитието на децата на възраст 7-9 години (4, 5, 6).

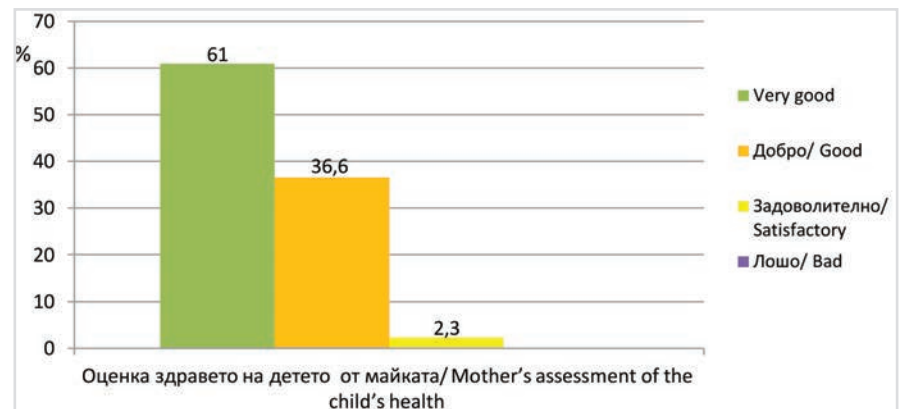
На Фигура 16 е представен относителният дял майки според мнението им за часовете по физическо възпитание на децата им. 41,5% от майките считат, че часовете по физическо възпитание на децата са достатъчни, 26,3% считат, че часовете по физическо възпитание не са достатъчни и 32,2% не могат да преценят.

**Фиг.16.** Оценка на майката относно часовете по физическо възпитание в училище



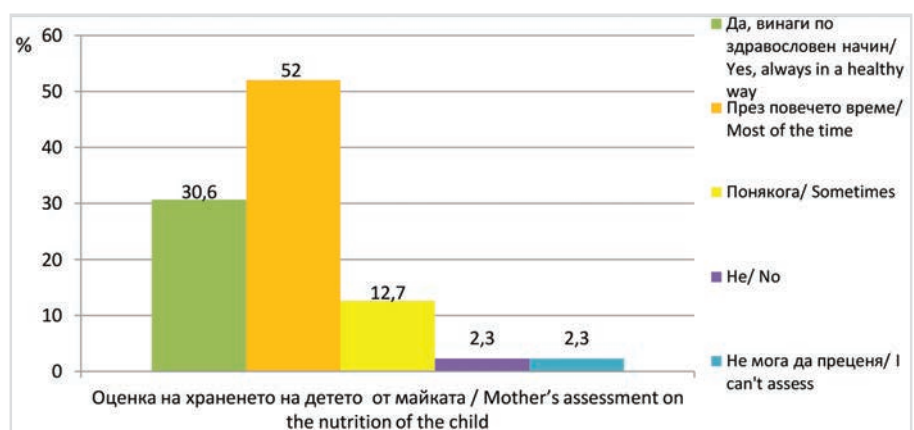
Относителният дял на майките в зависимост от тяхната оценка на здравето на децата им на възраст 7-9 години е представен на Фиг. 17. От всички майки 97,6% посочват много добро и добро здраве на своето дете.

**Фиг.17.** Оценка на майката за здравето на нейното дете



По отношение на здравословното хранене само 30,6% от майките споделят, че винаги хранят децата си по здравословен начин. Най-висок е относителният дял на майките (52%), които отговарят, че хранят децата си през повечето време по здравословен начин. Един малък процент от майките (2,3%) признават, че не хранят децата си по здравословен начин (Фиг.18).

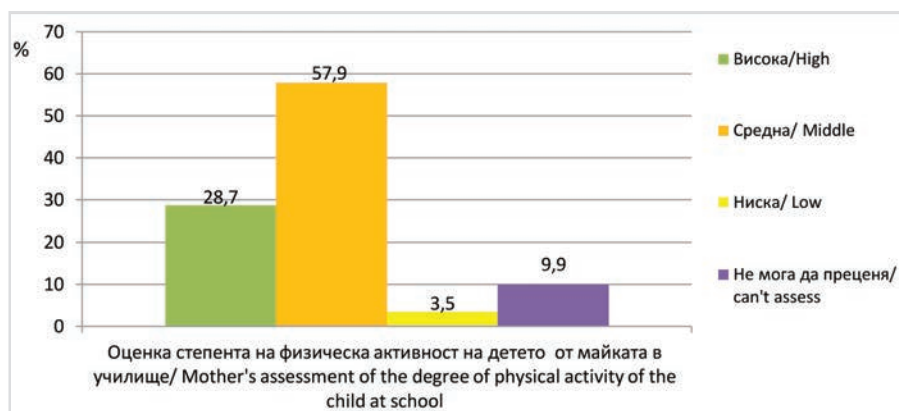
**Фиг.18.** Оценка на майката относно здравословното хранене на нейното дете



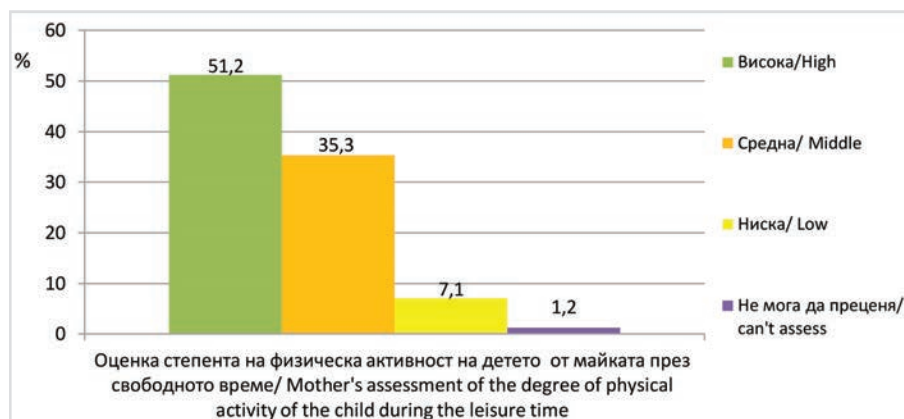


Съвременният начин на живот предразполага към ниска физическа активност при всички възрастови групи от населението, включително и при децата от най-ранна детска възраст (7). В настоящото проучване 28,7% от майките са посочили висока физическа активност на децата им в училище (Фиг.19), а 51,2% са посочили висока физическа активност на децата в свободното време (Фиг.20).

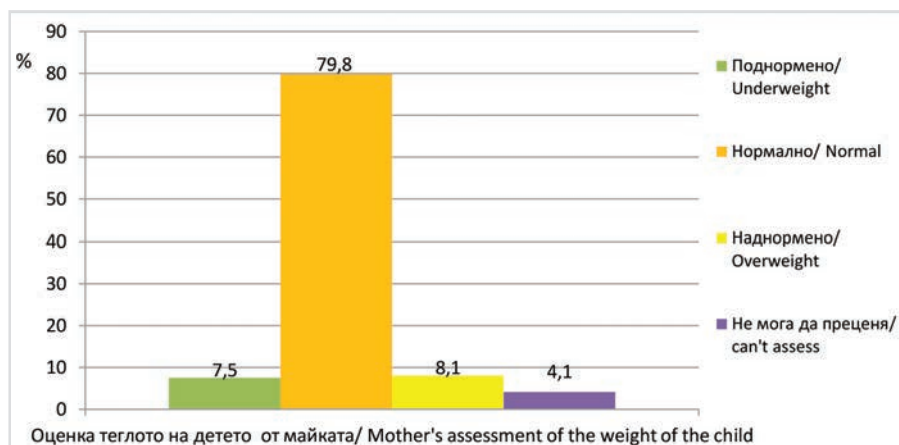
**Фиг.19.** Оценка на майката относно физическата активност на нейното дете в училище



**Фиг. 20.** Оценка на майката относно физическата активност на нейното дете през свободното време



**Фиг.21.** Оценка на майката относно теглото на нейното дете



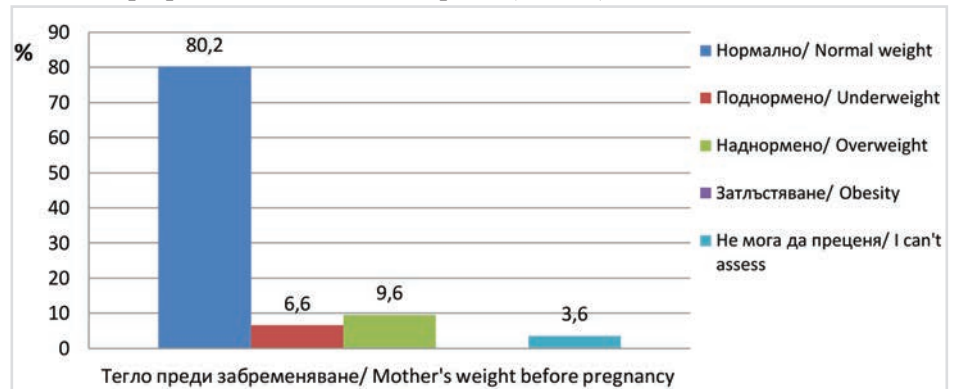
**Изводи:**

- 41,5% от майките считат часовете по физическо възпитание на децата в училище за достатъчни;
- 97,6% от майките посочват много добро и добро здраве на своето дете;
- 30,6% от майките считат, че хранят децата си винаги по здравословен начин;
- 52% от майките считат, че хранят децата си през повечето време по здравословен начин;
- 28,7% от майките са посочили висока физическа активност на децата им в училище;
- 51,2% от майките са посочили висока физическа активност на децата им в свободното време;
- 80% от майките оценяват теглото на децата си като нормално.

### • Рискови фактори, свързани с бременността

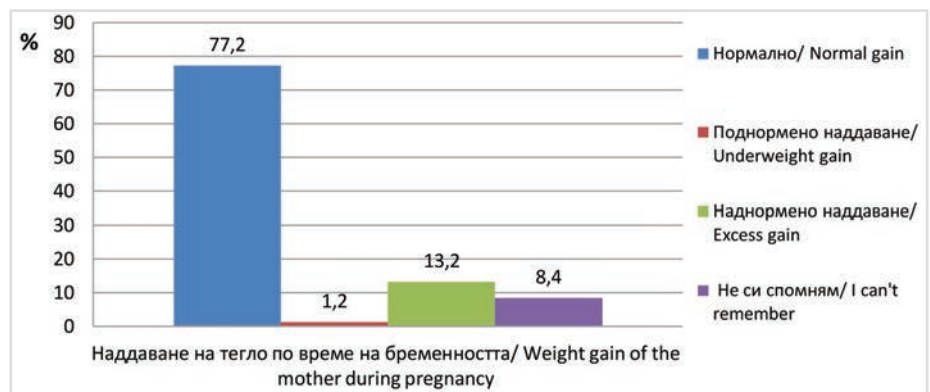
При настоящото проучване 8,3% от децата на възраст 7-9 години са с тегло при раждане по-ниско от 2500 грама, а 6,6% от децата са с тегло при раждането над 4000 грама (Фиг.22).

Фиг. 22. Относителен дял на деца на възраст 7-9 години според теглото при раждане



По литературни данни ниското тегло при раждането (<2500 грама) може да се дължи както на ограничен внос на хранителни вещества от майката по време на бременността – при хранителни дефицити на цинк, калций и желязо (8,9,10,11,12,13), така и на повишен внос на алкохол, кофеин и експозиция на токсични вещества от околната среда (14,15), докато високото тегло при раждането-макрозомия, се свързва с диабет, наднормено тегло при майката и др. (16).

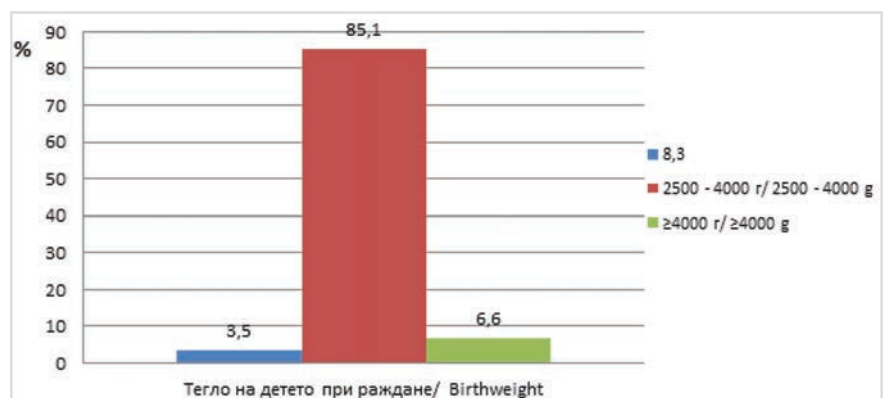
Фиг.23. Тегло на майката преди забременяване – относителен дял



При настоящото изследване 9,6% от майките са били с наднормено тегло преди забременяване.

Теглото на майка преди бременността, както и наддаването на тегло по време на бременността е рисков фактор за растежа и развитието на плода (17,18). Ниското тегло на майката преди забременяване, съчетано с недостатъчен прием на енергия и хранителни вещества по време на бременността, крие риск от изоставане в растежа и развитието на плода, раждане на дете с ниско тегло, повишена неонатална заболяемост и смъртност, изоставане във физическото и нервно-психическото развитие след раждането и риск от хронични заболявания в по-късна възраст при детето (19). Рисковете при поднормено тегло за майката са свързани с появата на анемия по време на бременността, която от своя страна увеличава риска от раждане на дете с ниско тегло, преждевременно раждане и ранна поява на анемия при новороденото (20,21).

Фиг. 24. Наддаване на тегло на майката по време на бременността – относителен дял



По литературни данни, наднорменото тегло при майката преди забременяване, както и значителното наддаване на тегло по време на бременността, са свързани с неблагоприятни ефекти върху растежа, здравето и развитието на плода и здравословното състояние на майката (22).

### Изводи:

- 8,3% от децата на възраст 7-9 години са с тегло при раждане по-ниско от 2500 грама, а 6,6% от децата са с тегло при раждането над 4000 грама;
- 9,6% от майките са били с наднормено тегло преди забременяване;
- 13,2% от майките са с наднормено наддаване на тегло по време на бременността.

### КНИГОПИС

1. МЗ. Наредба № 8 на МЗ от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията. ДВ, Бр.92/ 2016.
2. Renata Mariana Martines , Priscila Pereira Machado , Daniela Almeida Neri , Renata Bertazzi Levy , Fernanda Rauber. Association between watching TV whilst eating and children's consumption of ultraprocessed foods in United Kingdom. *Matern Child Nutr.* 2019;15(4):e12819. doi: 10.1111/mcn.12819. Epub 2019 May 23.
3. Donna M Matheson, Joel D Killen, Yun Wang, Ann Varady, Thomas N Robinson Children's food consumption during television viewing *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2004; 79 (6):1088–1094, <https://doi.org/10.1093/ajcn/79.6.1088>
4. Петрова С., Л. Рангелова, В. Дулева, Д. Овчарова. Познавания на майките за храненето на кърмачетата и децата до 5-годишна възраст в България. *Българско списание за обществено здраве*, 2010, том II, кн. 4, 80-91.
5. Alderman H, Headey DD. How Important is Parental Education for Child Nutrition? *World Dev.* 2017; 94:448-464.
6. Raphael D. Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions. *Int J Health Serv.* 2006;36(4):651-77.
7. Seung Ho Chang and Kijeong Kim, A review of factors limiting physical activity among young children from low-income families *J Exerc Rehabil.* 2017; 13(4): 375–377. Published online 2017 Aug 29. doi: 10.12965/jer.1735060.350
8. Dempsey JC, Ashiny Z, Qiu CF; Miller RS, Sorensen TK, Williams MA. Maternal pre-pregnancy overweight status and obesity as risk factors for cesarean delivery. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2005; <http://www.informaworld.com/smpp/title~db=all~content=t713453317~tab=issueslist~branches=17 - v1717: 179–185>.
9. Innes KE, Byers TE, Marshall JA, Baron A, Orleans M. Hamman RF: Association of a woman's own weight with subsequent risk of gestational diabetes. *J Am Medic Assoc* 2002; 287: 2534-2541.
10. Hambidge KM, Krebs NF, Jacobs MA, Favier A, Guyette L, Ikle DN. Zinc nutritional status during pregnancy: a longitudinal study. *Am J Clin Nutr* 1983; 37: 429–442.
11. Noran M. Abu-Ouf and Mohammed M. Jan, The impact of maternal iron deficiency and iron deficiency anemia on child's health *Saudi Med J.* 2015; 36(2): 146–149. doi: 10.15537/smj.2015.2.10289
12. Hua Wang, Yong-Fang Hu, Jia-Hu Hao, Yuan-Hua Chen, Pu-Yu Su, Ying Wang, Zhen Yu, Lin Fu, Yuan-Yuan Xu, Cheng Zhang, Fang-Biao Tao, and De-Xiang Xu Maternal zinc deficiency during pregnancy elevates the risks of fetal growth restriction: a population-based birth cohort study *Sci Rep.* 2015; 5: 11262. Published online 2015 Jun 8. doi: 10.1038/srep11262
13. Abdulrahman Almaghamsi, 1 Mussa H. Almalki and Badurudeen Mahmood Buhary 1 Hypocalcemia in Pregnancy: A Clinical Review *Update Oman Med J.* 2018; 33(6): 453–462. doi: 10.5001/omj.2018.85
14. Pitkin RM. Calcium metabolism in pregnancy and the perinatal period: a review. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 151: 99–109.
15. Patrick L. Iodine: deficiency and therapeutic considerations. *Altern Med Rev* 2008; 13(2), 116-127.
16. Scifres C, Feghali M, Althouse AD, Caritis S, Catov J. Adverse Outcomes and Potential Targets for Intervention in Gestational Diabetes and Obesity. *Obstet Gynecol.* 2015; 126(2):316-25. doi: 10.1097/AOG.0000000000000928
17. Regina R. Davis, Sandra L. Hofferth, Edmond D. Shenassa. Gestational Weight Gain and Risk of Infant Death in the United States. *American Journal of Public Health*, 2013; e1 DOI: 10.2105/AJPH.2013.301425
18. Catalano PM. Increasing maternal obesity and weight gain during pregnancy: the obstetric problems of plentitude. *Obstet Gynecol.* 2007;110:743–4.
19. Zhen Han, Sohail Mulla, Joseph Beyene, Grace Liao, Sarah D McDonald. Maternal underweight and the risk of preterm birth and low birth weight: a systematic review and meta-analyses. *Int. J. Epidemiol.* 2011; 40 (1): 65-101. doi: 10.1093/ije/dyq195
20. Lindsay H Allen. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome *Am J Clin Nutr* 2000; 71 (5): 1280s-1284s
21. Zhang, Q., Lu, XM., Zhang, M. et al. Adverse effects of iron deficiency anemia on pregnancy outcome and offspring development and intervention of three iron supplements. *Sci Rep* 2021; 11, 1347. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-79971-y>
22. Catalano PM. Increasing maternal obesity and weight gain during pregnancy: the obstetric problems of plentitude. *Obstet Gynecol.* 2007;110:743–4.

## II . РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА ФАКТОРИТЕ НА РИСКА ЗА ЗДРАВЕТО СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА 10-19 ГОДИНИ

### САМООЦЕНКА НА ЗДРАВЕТО И ИНФОРМАЦИЯ ЗА ЗДРАВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО НА ВЪЗРАСТ 10-19 ГОДИНИ

Хроничните неинфекциозни заболявания са основна причина за заболяемостта и смъртността у нас. Макар че обикновено те са свързани с напреднал етап от живота на човека, съществуват доказателства, че рисковите фактори за развитието им се натрупват още в ранното детство и юношество (1,2).

Преходният период, заключен между детството и зрелостта, е деликатен, динамичен и сложен процес, през който се развиват способностите за оценка и контрол на собственото здраве и поведение с адаптация към предизвикателствата на заобикалящата среда. Тъкмо в този сензитивен отрязък от време се залагат бъдещите поведенчески модели на отговорния възрастен, което прави потенциала за въздействие по посока формиране на здравословни навици и отговорно към здравето поведение широк (2).

Периодична оценка на разпространението на рисковите за здравето фактори сред юношите предлага мащабното международно изследване на здравното поведение при деца в училищна възраст (Health Behaviour in School-aged Children Survey – HBSC) (3), регулярно провеждано сред 11, 13 и 15-годишни ученици в десетки държави по света. Последните данни от 2017-2018 година маркират някои благоприятни тенденции по отношение здравето и благосъстоянието на юношите, но остават нерешени редица предизвикателства. В глобален аспект сред повечето подрастващи се очертава непокриване на настоящите препоръки за хранене, като делът на закуса сутрин е спаднал в поне половината от 45-те наблюдавани държави/региони. Повече от 4 от 10 ученици пропускат ежедневната закуска (с подчертан превес сред момчетата), почти двама от всеки трима подрастващи не си набавят ежедневно плодове и зеленчуци, а консумацията на високопреработени храни се запазва висока. С порастването и придобиването на повече автономия в пубертета учениците са по-склонни да възприемат нездравословен избор, избягвайки закуската.

Алармиращи са регистрираните драстично ниски нива на физическа активност сред подрастващите – по-малко от 1 на всеки 5 юноши покрива глобалните препоръки на СЗО за минимум 60-минутна ежедневна физическа активност с умерена до висока интензивност, като понастоящем делът на недостатъчно активните ученици на възраст 11-17 години достига средно 81% в глобален план (4) с изразен превес при девойките и по-горния курс.

В сравнение с 2014 година равнищата на наднормено тегло и затлъстяване остават без значими промени, като е засегнат един от петима подрастващи (по-подчертано при момчетата и учениците в по-малките класове). В 1/3 от наблюдаваните държави/региони се констатира повишение. На обратния полюс са децата с поднормено тегло, типично за 1 от всеки 20 юноши, също при стабилен тренд.

Най-честите съобщавани оплаквания от учениците са: нервност, раздразнителност и неспокоен сън.

Вниманието към посочената целева група, нейните нужди и проблеми са последователно идентифицирани като приоритетни от българската държава в серия документи: Национална здравна стратегия 2014-2020 година (5) и актуализираната версия към нея (6), Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 (7) и приетата нова за периода 2021-2025 (8). Те се явяват своеобразна платформа за реализация на политиката в областта на промоцията на здравето и борбата срещу ХНБ, с фокус ограничаване носителството на рисковите фактори, повишаване на знанията, поощряване нагласите и ориентацията към здравословен начин на живот сред населението, включително и детското.

Като част от заложените в Националната програма за превенция на ХНБ (7) дейности са извършени две национални изследвания (в началото и края) относно разпространението на факторите на риска в българската популация посредством междинен мониторинг на установеното и предприемане на навременни корективни интервенции. Именно по линия на цитираната програма (7) е проведено и настоящото трансверзално епидемиологично проучване – второ за визирания период 2014-2020 г., резултатите от което са представени в настоящата разработка.

**ЦЕЛ**

Целта на изследването е да се проучи здравното състояние на децата в училищна възраст и самооценката за собственото им здраве, с оглед разработването на интервенционни дейности за промоция на здравето и превенция на хроничните незаразни болести.

• **Социално-демографски характеристики на анкетираните лица на възраст 10-19 години**

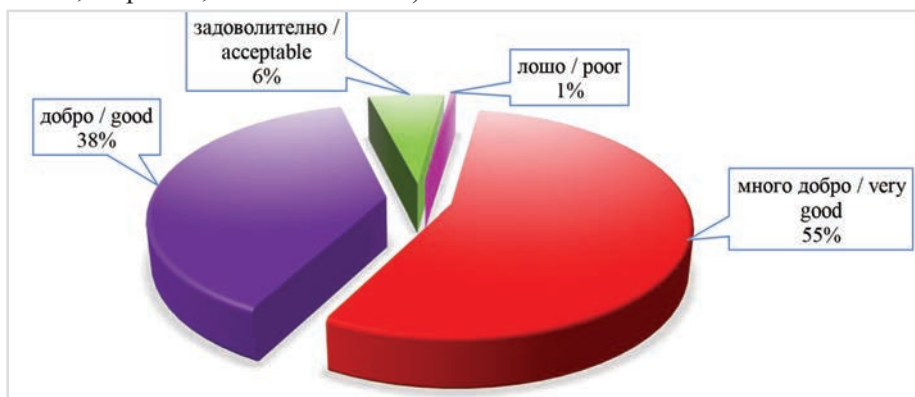
В изследването са обхванати 513 деца на възраст 10-19 години, разпределени в две възрастови групи (10-14 г., 15-19 г.), като от тях 45.6% са момчета, а 54.4% - момичета.

В семейства с двама родители, които са със сключен официален граждански брак или във фактическо семейно съжителство, живеят 81.6% от децата, в семейства на самотен родител – 3.8%. Относителният дял на децата с разделени или разведени родители е 10.9%.

С основно и по-ниско образование са 13.7% от майките и 13.8% от бащите на изследваните деца. Със средно образование са съответно 35.2% и 58.1% от тях. Делът на майките с висше образование е почти два пъти по-висок от този на бащите – 51.2% срещу 28.1%.

Почти всички родители работят - 86.0% от майките и 92.3% от бащите. Относителният дял на безработните е 6.4% при майките и 5.1% при бащите.

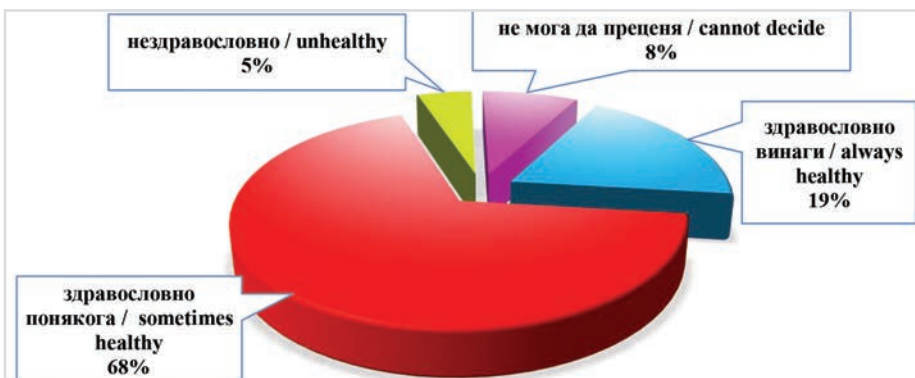
Над 90.0% от анкетираните ученици оценяват здравето си като „добро“ (38%) или „много добро“ (55%); 6% от тях го определят като „задоволително“, а като „лошо“ – под 1% (Фигура 1). По-често много добра оценка са склонни да дават момчетата в сравнение с момичетата – съответно 62.8% спрямо 48.9%. Подобни резултати, с подчертана разлика по пол, са докладвани от Hodačová et al. (9) сред деца в училищна възраст в Чехия и от Page et al. (10) сред гимназисти от шест централно- и източноевропейски страни (Унгария, Словакия, Румъния, Украйна, Полша и Чехия).



**Фигура 1.** Самооценка на здравното състояние на анкетираните ученици (%)

Около 1/5 от изследваните ученици посочват, че винаги съблюдават здравословен режим на хранене, по-често момчетата (21.4%) спрямо момичетата (17.2%). По-голямата част от подрастващите (68%) докладват здравословно хранене само понякога (Фигура 2). Почти два пъти по-често от момчетата (3.4%) заявяват, че не спазват здравословен диетичен режим момичетата (5.7%), а 8% не могат да преценят.

Като адекватно оценяват храненето си повечето от полските гимназисти на възраст 15-19 години според проучване на Mizia et al. (11). За почти 40% обаче хранителният режим се самовъзприема като неудовлетворителен или крайно неудовлетворителен, като направените констатации практически не отчитат влияние на признака „пол“.

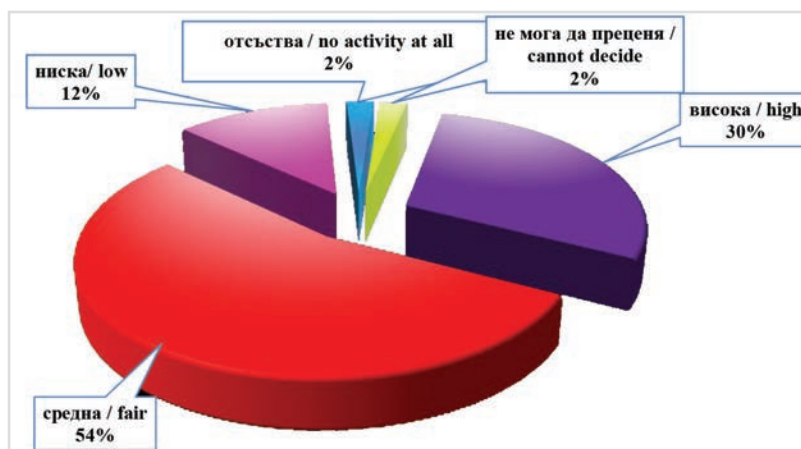


**Фигура 2.** Самооценка на храненето на анкетираните ученици (%)

Малко над половината анкетирани (54%) определят степента на физическата си активност като „средна“ (Фигура 3). Всеки трети я оценява като „висока“ при изразена разлика в полза на момчетата (38.5%) спрямо момичетата (21.6%). Счита физическата си активност за „ниска“ всеки осми (12%) (по-често момичетата, предимно по-големите), а останалите около 4% се самоопределят в категорията „физически неактивни“ или се колебаят в отговора.

Проучване, проведено сред ученици от 4 училища в Североизточна Румъния, разкрива, че всяко двадесето момче и всяко десето момиче въобще не участват в часовете по физкултура (12).

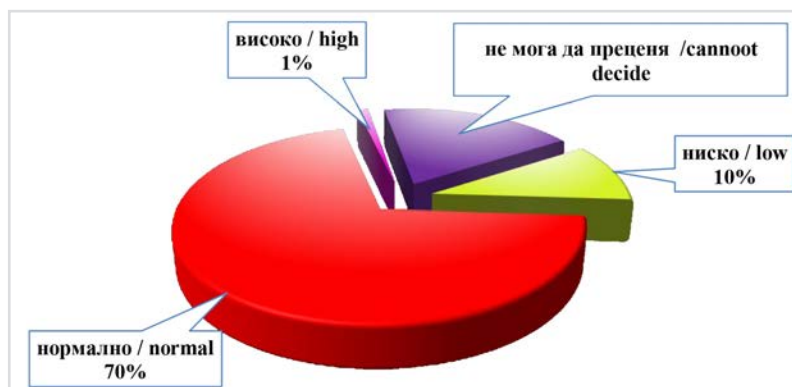
**Фигура 3.** Самооценка на физическата активност на анкетираните ученици (%)



Теглото си определят за нормално и в съответствие с възрастта си  $\frac{3}{4}$  от учениците. Като наднормено го оценява всеки осми, предимно момичетата, а приблизително 7% са посочили „поднормено“ (8.6% момчета и 5% момичета). Не могат да преценят теглото си останалите 6% (Фигура 4).

Над 70% от юношите (практически без изявена разлика по пол) в изследването на Anton-Păduraru et al. (12) считат теглото си в границите на нормалното, всеки пети, по-често момичетата, докладва поднормено, а като лице с наднормена маса или затлъстяване се самоопределят около 9%.

**Фигура 4.** Самооценка на теглото на анкетираните ученици (%)



Момичетата в юношеска възраст, които са склонни да определят теглото, съответно външния си вид като неудовлетворителен, са с по-голяма вероятност от негативна самооценка за здравето, докладват Meland et al. (13).

Мнозинството анкетирани ученици (70%), преобладаващо момчетата, считат стойностите на артериалното си налягане за нормални, всеки десети, основно момичетата, се самоопределя като хипотоник, а като високо оценяват кръвното си налягане само 1% от респондентите (Фигура 5). Около 1/5 маркират несигурност в отговора си на този въпрос.

**Фигура 5.** Самооценка на артериалното налягане на анкетираните ученици (%)



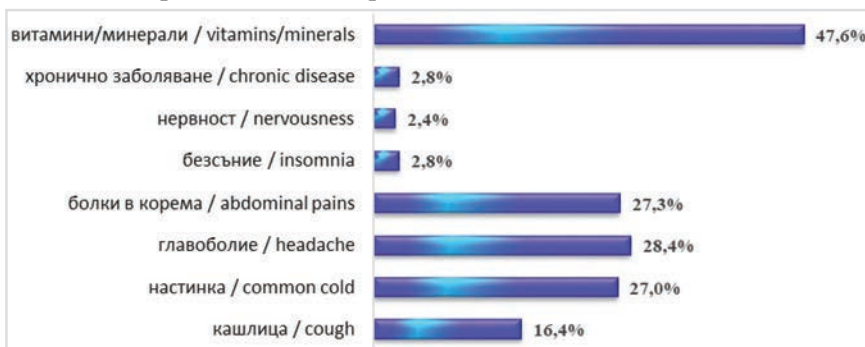
За поставена от лекар диагноза по повод хронично заболяване съобщават само 7.6% от децата, по-подчертано при момичетата – съответно 8.5% срещу 6.5%, а за заболяване към момента на интервюирането – по-малко от 3% от изследваните ученици, но с отчетлив превес отново при момичетата.

Въпреки че хроничните заболявания не са чести в детска възраст, а обичайно се асоциират с напреднал етап от живота на човека, рисковите фактори за появата им се залагат тъкмо в детството и юношеството

– период, в който се оформя бъдещият индивид, отговорен към своето собствено и на обществото здраве. Това обуславя повишено внимание към посочената целева група чрез обхващането ѝ с разнообразни политики и програми, адресирани към нейните нужди и към ограничаване експозицията на вредни за здравето фактори.

В настоящото изследване са включени и въпроси относно приема на лекарства от учениците за последния месец преди интервюто. Употребените медикаменти са предимно по повод главоболие, коремни болки, настинка и кашлица (съответно 28.4%, 27.3%, 27.0% и 16.4%) с леки до незначителни вариации при двата пола (Фигура 6). По-значима е разликата при употребата на лекарствени продукти срещу болки в корема – 36.7% при момичетата спрямо 13.5% при момчетата, но различието би могло да се отдаде на нормалните физиологични особености, типични за подрастващия женски организъм. Почти всяко второ интервюирано дете е приемало витамини и минерали през посочения отрязък от време.

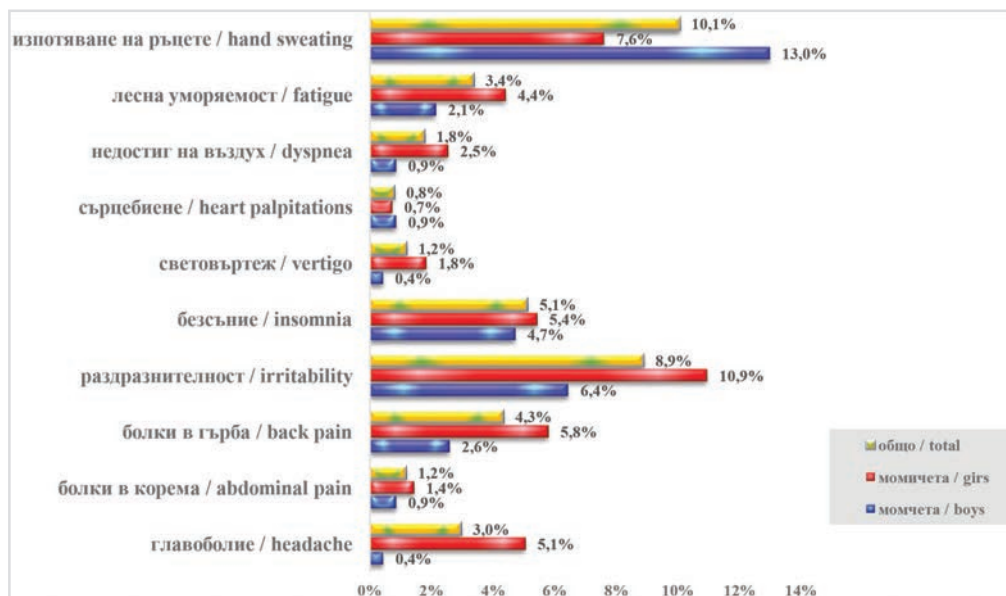
В подкрепа с установеното, макар и с незначителни разлики, са констатациите, направени от Abahussain et al. (14) в кувейтско проучване върху честотата на приеманите без рецепта медикаменти от ученици в пубертетна възраст. Авторите отбелязват тенденция към преобладаваща употреба на болкоуспокояващи лекарствени продукти и такива срещу респираторни инфекции. Хранителни добавки и витамини съобщават, че са вземали между 1/5 и 1/4 от анкетираните. Пак според същото изследване най-склонни да приемат медикаменти без лекарско предписание са учениците в гимназиален курс, като процентът им възлиза на 92%.



**Фигура 6.** Прием на медикаменти по повод посочена от анкетираните ученици симптоматика/заболяване (%)

Честите и продължителни периоди на психоемоционален стрес, понижаващи усещането на подрастващите за благополучие и сигурност, имат потенциал да провокират оплаквания, манифестиращи се както със соматична симптоматика, така и с психологическа такава. Като възможни причини за тези оплаквания могат да се посочат семейните конфликти, неодобрението от връстници, недостатъчната подкрепа от родители и учители, незадоволителните академични постижения и т.н.

Важен наблюдаван показател, информиращ за здравния статус на изследваните деца, е периодичността на докладваните ежедневни оплаквания, оценени за шестте месеца, предхождащи проучването (Фигура 7). Разпределението на респондентите индикира, че всеки десети ежедневно е имал изпотяване на ръцете, почти 9% са изпитали раздразнителност/лошо настроение, а 5% са имали смущения в съня. Останалите симптоми са с нисък относителен дял и с леки до незначителни вариации спрямо пола на изследваните ученици.



**Фигура 7.** Ежедневна симптоматика при анкетираните ученици (%)

Честотата на същите показатели, проследени в рамките на по-голям времеви хоризонт (на седмична база), се запазва преобладаваща по отношение на: раздразнителност/лошо настроение (12.2%), главоболие (8.1%), болки в гърба (6.1%), изпотпяване на ръцете (5.3%) и безсъние (5.1%).

За сравнение най-честите оплаквания, съобщавани в периода 2017-2018 година в съответствие с мащабното международно изследване на здравето състояние на деца в училищна възраст (HBSC) (3), практически са идентични с горепосочените: нервност, раздразнителност и неспокоен сън.

### Изводи:

- Над 90.0% от учениците, предимно момчетата, оценяват здравето си като „добро“ или „много добро“; като „задоволително“ – 6%; като „лошо“ – под 1%.
- Всеки пети от изследваните, с лек превес сред момчетата, счита че се храни предимно здравословно, а малко повече от 5%, преобладаващо момичета, не възприемат хранителния си режим като здравословен.
- Над половината от анкетираните подрастващи определят степента на физическата си активност като средна. Всеки трети, предимно момчетата – като висока, а всеки осми, предимно момичетата – като ниска. Степента на физическата активност се оценява като висока основно от момчетата, а от момичетата – като средна или ниска.
- За нормално считат теглото си  $\frac{3}{4}$  от децата; като наднормено го е определил всеки осми, предимно момичетата, а приблизително 7% - като „поднормено“.
- Мнозинството (70%) определя стойностите на артериалното си налягане като нормални; като ниско го докладва всеки десети, по-изразено сред момичетата, а само 1% - като надвишаващо нормалните граници;  $\frac{1}{5}$  не знаят стойностите на кръвното си налягане.
- Водещите лекарствени продукти, употребени в последния месец преди интервюто, са предимно свързани с повлияване на главоболие, коремни болки и респираторни инфекции. Почти всяко второ интервюирано дете през разглеждания период е вземало витамини и минерали.
- Приблизително 10% от включените в изследването ученици посочват наличие на ежедневни оплаквания от изпотпяване на ръцете, раздразнителност и/или лошо настроение и безсъние.

### КНИГОПИС

1. Akseer, N., S. Mehta, J. Wigle, R. Chera, Z. J. Brickman, S. Al-Gashm, B. Sorichetti, A. Vandermorris, D. B. Hipgrave, N. Schwalbe and Z. A. Bhutta, Non-communicable Diseases among Adolescents: Current Status, Determinants, Interventions and Policies, BMC Public Health, 2020, 20:1908; available at: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-020-09988-5.pdf>
2. Sawyer, S.M., R. A. Afifi, L. H. Bearinger, S-J. Blakemore, B. Dick, A. C. Eze, G. C. Patton, Adolescence: A Foundation for Future Health; Lancet 2012; 379: 1630–40; published online April 25, 2012; available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22538178/>
3. Inchley, J., D. Currie, S. Budisavljevic, T. Torsheim, A. Jåstad, A. Cosma, C. Kelly, Å.M. Arnarsson (eds.), Spotlight on Adolescent Health and Well-being: Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Survey in Europe and Canada (International Report, Volume 1. Key Findings), World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 2020; available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332091/9789289055000-eng.pdf>
4. Guthold, R., G.A. Stevens, L.M. Riley, F.C. Bull, Global Trends in Insufficient Physical Activity among Adolescents: A Pooled Analysis of 298 Population-based Surveys with 1.6 Million Participants, Lancet Child Adolesc Health 2020; 4(1): 23–35, published online November 21, 2019; available at: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2352-4642%2819%2930323-2>
5. Национална здравна стратегия 2014-2020; [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2015/04/08/nacionalna-zdravna-strategia\\_2014-2020.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/08/nacionalna-zdravna-strategia_2014-2020.pdf)
6. Национална здравна стратегия 2020; [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2016/09/12/nzs\\_2020.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2016/09/12/nzs_2020.pdf)
7. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020; <https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&id=861>
8. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2021-2025; [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2021/08/09/nacionalna-programa-prevenciq-hnb-2021-2025\\_htc24ZU.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2021/08/09/nacionalna-programa-prevenciq-hnb-2021-2025_htc24ZU.pdf)
9. Hodačová L., E. Hlaváčková, D. Sigmundová, M. Kalman, J. Kopčáková, Trends in Life Satisfaction and Self-rated Health in Czech School-aged Children: HBSC Study; Cent Eur J Public Health 2017 Jul; 25 (Suppl 1): S51–S56; available at: <https://cejph.szu.cz/pdfs/cjp/2017/88/11.pdf>
10. Page, R.M., J. Simonek, F. Ihász, I. Hantiu, M. Uvacsek, I. Kalabiska, R. Klarova, Self-rated Health, Psychosocial Functioning, and Other Dimensions of Adolescent Health in Central and Eastern European Adolescents; Eur. J. Psychiat. vol. 23, N.º 2, (101-114), 2009; available at: <https://scielo.isciii.es/pdf/ejpen/v23n2/original4.pdf>



11. Mizia, S., A. Felińczak, D. Włodarek, M. Syrkiewicz-Światała, Evaluation of Eating Habits and Their Impact on Health among Adolescents and Young Adults: A Cross-sectional Study, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18(8), 3996, MDPI; available at: [https://mdpi-res.com/d\\_attachment/ijerph/ijerph-18-03996/article\\_deploy/ijerph-18-03996.pdf](https://mdpi-res.com/d_attachment/ijerph/ijerph-18-03996/article_deploy/ijerph-18-03996.pdf)
12. Anton-Păduraru, D-T., I. Gotcă, V. Mocanu, V. Popescu, M-L. Iliescu, E-G. Miftode, V-L. Boiculese, Assessment of Eating Habits and Perceived Benefits of Physical Activity and Body Attractiveness among Adolescents from Northeastern Romania, *Appl. Sci.* 2021, 11(22), 11042, MDPI; available at: [https://mdpi-res.com/d\\_attachment/applsci/applsci-11-11042/article\\_deploy/applsci-11-11042.pdf](https://mdpi-res.com/d_attachment/applsci/applsci-11-11042/article_deploy/applsci-11-11042.pdf)
13. Meland, E., S. Haugland and H-J. Breidablik, Body Image and Perceived Health in Adolescence; *Health Educ Res.* 2007 Jun; 22(3):342-50; available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16957015/>
14. Abahussain, E., L.K. Matowe, P.J. Nicholls, Self-reported Medication Use among Adolescents in Kuwait, *Med Princ Pract* 2005;14(3):161–164; available at: <https://www.karger.com/Article/PDF/84633>

## ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ И НАГЛАСИ ЗА ЗДРАВΟΣЛОВЕН НАЧИН НА ЖИВОТ ПРИ ДЕЦА НА 10-19 ГОДИНИ

Здравните умения и нагласи са част от здравното възпитание на подрастващите. Успешното здравно възпитание на децата е организиран процес за усвояване на здравни знания, умения и отношения, насочени към нагласа за здравословно поведение и начин на живот в устойчива среда, насърчаваща здравето на другите (1). Структурни компоненти и предпоставки на здравната култура са здравната информираност и здравната мотивация.

Информираността на подрастващите по отношение на рисковите фактори за хроничните незаразни болести стои в основата на изграждане на позитивен поведенчески модел, в който чрез изработване на умения и навици за здравословен избор на поведение децата да изградят своята съзнателна личностна и социална здравна мотивация, която да формира тяхната здравна култура в индивидуален и социален аспект. Информираният индивид по правило има по-рационално и по-адекватно отношение към своето здраве и съответно по-адекватно здравно поведение (2).

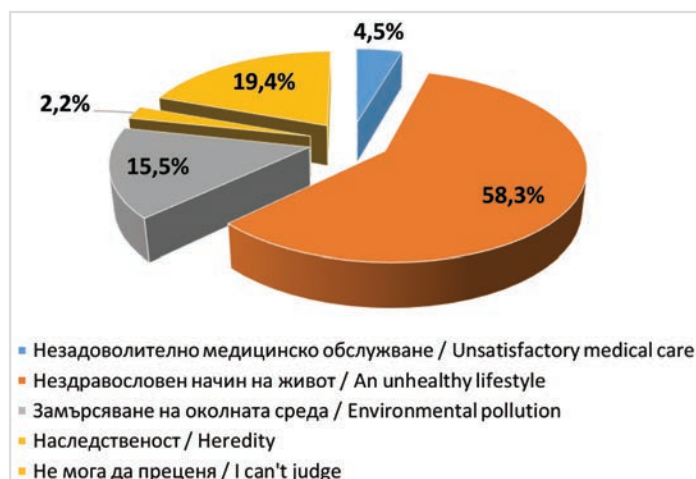
През последните години са констатирани тревожни тенденции в здравното поведение на подрастващите по отношение на основните рискови фактори за здравето (тютюнопушене, консумация на алкохол, нездравословно хранене, ниска физическа активност), което корелира с познанията им за тях, навиците и нагласите, определящи поведението им и изграждащи съответен поведенчески здравословен модел (3,4).

Редица проучвания сред деца установяват, че провежданото здравното образование в училище не е недостатъчно (5). Това налага разработването на образователни програми и инициативи, които да бъдат адаптирани към особеностите на групата подрастващи, за които са предназначени (възраст, етнос, достъпност на информацията) и да е налице доверие в комуникацията.

Проучването на нагласите и навиците на подрастващите може да позволи да бъдат идентифицирани и използвани най-ефективните стратегии за промяна на поведението им (6). Обединяването на усилията за опазване на децата от предотвратими болести следва да включва разнообразни образователни програми в училище за насърчаване на здраве, родителски практики, медии, правителствени и неправителствени организации (7,8).

За формиране на правилно отношение към здравето и практикуване на здравословен начин на живот са необходими здравни знания, умения и навици. Здравното образование на децата и юношите може да изгради положително за здравето поведение и да предотврати риска от възникване на редица заболявания в зряла възраст. То създава информирани граждани, изгражда умения за търсене на съвременна медицинска помощ при необходимост, търсене на подкрепа за развитие на политики за създаване на здравословна среда за живот (1,3).

Резултатите от изследването показват, че над половината от анкетираните (58.3%) смятат, че най-важната причина за заболяванията е нездравословният начин на живот: тютюнопушене, употреба на алкохол, ниска физическа активност, нездравословно хранене и други, като делът на момичетата е малко по-висок (съответно 61.7% срещу 54.3%). Замърсяването на околната среда като причина посочват 15.5% от учениците, незадоволителното медицинско обслужване - 4.5% от тях, наследствеността - 2.2%. Не могат да преценят 19.4% от децата (Фигура 1).



**Фигура 1.** Причини за заболяванията според децата (%)

Фактът, че всяко пето дете не може да прецени основната роля на нездравословния начин на живот за възникването на заболявания и не знае какво да отговори, потвърждава наличието на пропуски в знанията на учениците по отношение влиянието на поведенческите фактори на риска върху здравето.

Доказано е, че здравното образование, развиващо умения за здравословно поведение, отдалечава възрастта за начална употреба на алкохол, цигари и други психоактивни вещества, повишава интереса към практикуването на физически упражнения и спорт, създава навици за здравословно хранене.

Известно е, че храненето е фактор, който силно влияе на здравето на децата. Когато е небалансирано, то води до увеличаване на риска от възникване на редица патологични отклонения и заболявания. В училищната възраст то зависи в голяма степен от знанията за храненето и за отделните храни, моделът на хранене вкъщи, както и от възможния достъп на семейството до здравословни храни (2).

Резултатите от проведеното проучване относно знанията и нагласите на учениците, свързани с храненето са тревожни. Всеки десети ученик счита, че вкусът на храната е по-важен от въздействието ѝ върху здравето. Над 80.0% от децата посочват, че нашият народ консумира твърде много мазнини, тестени и захарни храни, като 6.9% от тях определят като главна причина за затлъстяването наследствеността. Около 90% от участвалите в изследването смятат, че чрез здравословно хранене можем да се предпазим от повечето болести. Всеки седми ученик не е съгласен или не може да прецени, а изследвания сочат, че здравословните хранителни навици започват още в ранна възраст и предпазват от поява на заболявания като ИБС, инсулт, диабет и злокачествени заболявания (4).

В периода на физическо и психическо развитие на младия организъм, злоупотребата с алкохол може да доведе до тежки увреждания и трайни последици върху здравето. Алкохолът въздейства върху почти всички органи и системи в човешкия организъм - черен дроб, стомашно-чревен тракт, централна и вегетативна нервна система, панкреас, полова система, сърдечносъдова система, причинява смущения в обмяната на веществата, повишава травматизма, води до психични разстройства и т.н.

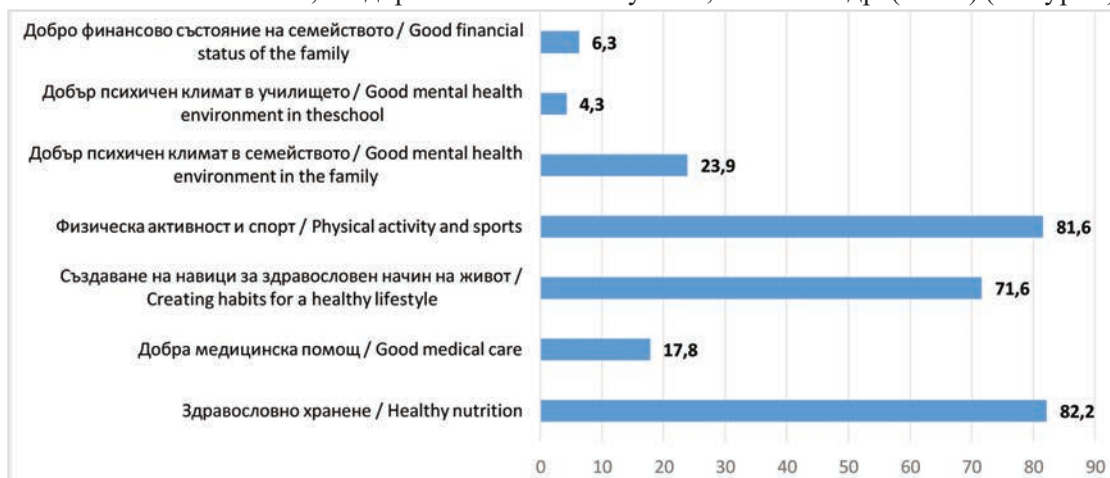
Изследването посочва, че близо 90.0% от децата знаят, че алкохолът вреди на здравето в млада възраст, но 11% не смятат така или не могат да преценят – или всяко девето дете, което е силно обезпокояващо. По отношение на тютюнопушенето резултатите са сходни (95.5% срещу 4.5%), въпреки множеството мерки и действия, предприети за неговото ограничаване.

Днес, световните и европейските позиции категорично утвърждават физическото възпитание и спорта като компонент на здравна култура и поведение на съвременния човек, като важна ценностна система на живот в съвременното силно обездвижено общество. За формирането на активен двигателен режим и съответна здравна култура при децата, изключително са важни родителските здравни знания, умения и навици, както и прилагането на подходящи двигателни програми в детските заведения, изпълнени с разнообразни форми, средства и методи, добра материална база, разнообразни уреди и пособия. Само така успешно може да се реализира съответната профилактика и въздействие за подобряване на физическата активност и здравен статус на децата.

Добър знак е, че над 95% от децата осъзнават и приемат положителната роля на физическата активност върху здравето, но има и такива, които не смятат така или не могат да преценят.

Сред изброените в анкетната карта осем фактора, укрепващи здравето, учениците сочат най-често

здравословното хранене (82.2%), физическата активност и спорта (81.6%), създаването на навици за здравословен начин на живот - лична хигиена, въздържане от тютюнопушене, алкохол и др. (71.6%) (Фигура 2).



Фигура 2. Фактори, укрепващи здравето (%)

Всеки четвърти посочва като фактори, укрепващи здравето, добрия психологичен климат в семейството, всеки шести - добрата медицинска помощ. Най-нисък е делът на децата, посочили доброто финансово състояние на семейството (6.3%) и добрия психологичен климат в училището (4.3%). Не се установяват съществени различия в отговорите на момчетата и момичетата. Момичетата отдават по-голямо значение на изграждането на навици за здравословен начин на живот (74.4% срещу 68.4%), а момчетата считат, че физическата активност и спортът допринасят повече за укрепване на здравето (85.5% срещу 78.3%).

Над 80% от анкетираният смятат, че в училище трябва да се предлага здравна информация, според 6.6% това не е необходимо, а 13.1% не могат да преценят. Над половината от учениците посочват, че биха желали да получат тази информация от лекар (54.1%), близо 40% - от учител, почти всеки трети - от медицинска сестра, всеки пети - под формата на информационни материали и от психолог, всеки десети – от интернет. Над 65.0% от децата подкрепят идеята да има час, посветен на здравето.

Резултатите от проучването показват необходимостта от разширяване на дейностите за повишаване на здравните знания сред подрастващите, както и за повишаване на уменията и нагласите им за здравословен начин на живот.

**Изводи:**

Здравното образование заема приоритетно място в процеса на промяна към устойчиво развитие. Широкото разпространение на факторите на риска за здравето, свързани с начина на живот на подрастващите, като употреба на цигари, алкохол и психоактивни вещества, нездравословен модел на хранене, ниска физическа активност и др., поставя въпроси за тяхното решаване както на национално равнище, така и в глобален план.

Това налага планиране и реализиране на програми за профилактика на болестите още в детска възраст, чрез здравословни промени в начина на живот и осигуряване на среда, утвърждаваща здраве. Необходимо е повишаване на мотивираността и ангажираността на децата и младежите в грижа за собственото им здраве, както и активното им включване в извънкласни дейности като алтернатива, укрепваща физическото и психично им здраве – спорт, туризъм, изкуство, хоби и други.

**КНИГОПИС**

- Vitanov, L. Environmental education in the class time. Sofia University, "St. Kliment Ohridski", Knowledge - International Journal, vol.38.2, 2020. <https://ikm.mk/ojs/index.php/KIJ/article/view/1045>
- Иванов, Е. Същност и роля на здравната култура в съвременното общество здраве, Факултет по обществено здраве, МУ-София, Медицински мениджмънт и здравна политика, 47, 2016, №2, 13-19 Централна медицинска библиотека, 2016., <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1416>
- WHO report on health behaviours of 11–15-year-olds in Europe reveals more adolescents are reporting mental health concerns, 2020. <https://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2020/who-report-on-health-behaviours-of-1115-year-olds-in-europe-reveals-more-adolescents-are-reporting-mental-health-concerns>
- WHO. Spotlight on adolescent health and well-being, Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada International report, vol. 2, WHO Regional Office for Europe, 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332104/9789289055017-eng.pdf>

## РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА ТЮТЮНОПУШЕНЕТО СРЕД НАСЕЛЕНИЕТО НА ВЪЗРАСТ 10-19 ГОДИНИ В Р БЪЛГАРИЯ

Тютюнопушенето е сред водещите рискови за здравето фактори и една от основните предотвратими причини за възникналите хронични незаразни болести, смърт и инвалидност. Всяка година употребата на тютюн убива над 8 милиона души по света. Повече от 7 милиона от тях умират от директна употреба, а още почти милион и двеста хиляди – от вдишването на вторичен тютюнев дим, докато самите те са непушачи. Шестдесет и пет хиляди от тези, които умират от болести, свързани с вдишването на вторичен тютюнев дим, са деца (1,2).

Повечето възрастни пушачи са започнали в пубертета, като в 88% от случаите първата цигара е изпушена преди 18-годишна възраст. При подрастващите пушенето на цигари ускорява възникването на хронични заболявания през целия живот (3). В този възрастов период признаците на пристрастяване към никотина – ключова съставка в тютюневите продукти, създаваща тежка зависимост, се появяват по-рано и при по-ниски нива на поеман никотин (4). Данните от обобщаващ анализ на проучвания, проведени в Австралия, Нова Зеландия, САЩ и Обединеното кралство, показват, че повече от две трети от всички, които са опитали дори една цигара, поне за известно време стават ежедневни пушачи (5).

Последното проучване, което Евробарометър прави на общественото мнение и нагласите на европейците по редица въпроси, свързани с тютюна, е проведено през 2017 година и проследява тенденциите за период от пет години. Спрямо 2012 година общият дял на настоящите пушачи е спаднал с 2 процентни пункта до 26%. Най-голямо е намалението (4 процентни пункта) при младите хора във възрастта от 15 до 24 години, сред които дялът на настоящите пушачи е достигнал съответно 25% и 29% (6).

Употребата на тютюневи изделия показва силно изразени регионални разлики. Разпространението на тютюнопушенето в страните от Южна Европа, в т.ч. и България, е много по-широко – там повече от една трета от проучените лица са пушачи. А според НСИ (7), за периода от 2010 до 2019 година потреблението на цигари средно на лице от домакинство е нараснало, най-много през последната година. Страната ни е с втори най-висок процент пушачи сред подрастващите момичета в Европа по данни на изготвения от Европейската комисия Здравен профил на България за 2019 (8).

Международното сравнително изследване „Поведение и здраве при деца в училищна възраст (HBSC) (9) показва, че сред младежите от участващите 45 държави българските ученици на 11 и 15 години се подреждат на първо, а 13-годишните – на второ място по тютюнопушене през последните 30 дни. Пушилите през последните 30 дни деца на 11 г. са 9%, като този дял достига до 26% при 15-годишните момчета и 38% при 15-годишните момичета.

Европейският проект за проучване на алкохола и други психоактивни вещества в училище (ESPAD), осъществяван в 35 държави, включително 25-те страни членки на ЕС, през 2019 година (10) констатира, че в общоевропейски план за 20 години употребата на тютюневи изделия при 15-16-годишните е спаднала по следния начин:

- Пушили някога през живота си – от 68% на 42% за страните от проучването и от 78% на 50% за България;
- Пушещи понастоящем – от 38% на 20% за страните от проучването и от 50% на 32% за България;
- Пушещи ежедневно – от 24% на 10% за страните от проучването и от 39% на 22% за България.

Освен значително по-разпространената употреба на тютюневи изделия при 15-16-годишните, страната ни е на второ място по ранно започване на тютюнопушенето и на първо място по ежедневна употреба.

Тези данни от авторитетни международни проучвания еднозначно свидетелстват, че пушенето в училищна и ранна младежка възраст продължава да бъде сериозен проблем на общественото здраве в България. Разпространението и интензивността на пушенето сред децата в началото на пубертета, особено момичетата, нарастващото експериментирание и употреба на нови тютюневи изделия показват тревожно развитие на проблема.

Продължава да бъде актуален въпросът за разработване и внедряване на качествено нови подходи в профилактиката на детското пушене, насочени към предотвратяване на началната - т.нар. “инициална” употреба на цигари или към максимално отлагане на пропушването, както и към осигуряване на помощ и

подкрепа за пушачи, които желаят да се откажат. Всичко това налага разработване и внедряване на профилактични програми още в начална училищна възраст, както и адаптиране на интервенционните програми във възрастов план и към особеностите на тютюнопушенето при момчета и момичета, базирано на актуална и детайлна информация за състоянието на проблема.

Резултатите от изследването показват, че 26.3% от анкетираните ученици са правили опити да пушат цигари, с незначителен превес на момичетата (26.8%) над момчетата (25.6%). Всеки десети опитвал е на възраст 10-14 години, а по-малко от половината - на 15-19 години.

Почти всяко пето дете е настоящ пушач, като относителният дял на момичетата е по-висок от този на момчетата (17.3% срещу 16.4%). Разпределението по възрастови групи показва, че тютюнопушенето е много по-разпространено сред 15-19-годишните (31.4%), отколкото сред тези на 10-14 години (4.0%) (Таблица 1). Сред пушачите и в двете възрастови групи преобладават момичетата, макар и незначително.

**Таблица 1. Разпространение на тютюнопушенето сред анкетираните по пол и възрастови групи (%)**

Тютюнопушене сред учениците	МОМЧЕТА			МОМИЧЕТА			ОБЩО		
	Възрастови групи			Възрастови групи			Възрастови групи		
	10-14	15-19	ОБЩО	10-14	15-19	ОБЩО	10-14	15-19	ОБЩО
Непушачи	96.5	69.0	83.6	95.7	68.3	82.8	96.0	68.6	83.1
Пушачи	3.5	31.0	16.4	4.3	31.7	17.3	4.0	31.4	16.9

Представените данни показват, че експериментирането с тютюн сред българските ученици се осъществява в ранния пубертет, докато масовото разпространение на тютюнопушенето е характерно за периода на окончателното съзряване.

На 14-15 години са запалили първата си цигара 11.2% от децата, като разликата е съществена по пол – 13.3% от момичетата срещу 8.6% от момчетата. На 12-13 години са инициирали 8.8% от тях, над 16 години – 5.7%, като при момчетата този процент е почти два пъти по-висок. Под 10-годишна възраст са експериментирали с цигара по-малко от 2.0% от децата.

През последните 30 дни преди анкетирането 10-14-годишните пушачи са изпушвали предимно от 2 до 5 цигари дневно (50.0%), делът на 15-19-годишните (24.3%) в тази група е два пъти по-малък. До 5 цигари дневно са пушили по-често момичетата (съответно 31.3% срещу 22.9%).

Интензивни пушачи са 57.5% от пушещите ученици (55.6% от момичетата и 60.0% от момчетата). Сред тях от 6 до 10 цигари дневно изпушват 22.9% от момчетата и 26.7% от момичетата, 11 до 20 цигари – съответно 25.7% и 15.6%, над 20 цигари – 11.4% и 13.3%. Интензивното тютюнопушене е по-разпространено във възрастта 15-19 години – 58.9% от момичетата и 64.5% от момчетата пушачи (Таблица 2).

**Таблица 2. Разпределение на настоящите пушачи според броя цигари, изпушвани дневно (%)**

Брой цигари	ПОЛ		ВЪЗРАСТОВИ ГРУПИ		
	МОМЧЕТА	МОМИЧЕТА	10-14г.	15-19г.	ОБЩО
До 1 цигара дневно	17.1	13.2	20.0	14.3	13.0
2 до 5 цигари	22.9	31.3	50.0	24.3	27.5
6 до 10 цигари	22.9	26.7	20.0	25.7	25.0
11 до 20 цигари	25.7	15.6	10.0	21.4	20.0
Над 20 цигари	11.4	13.3	0.0	14.3	12.5

Близо 80% от пушачите са се снабдявали с цигари, купувайки ги от магазин или павилион, по-често момичетата. Почти всеки десети е пушил от цигарите на свои приятели, по-често 10-14-годишните. В 2/3 от случаите от учениците пушачи е искана лична карта при опит за купуване на цигари. Два пъти по-често това е ставало при 15-19-годишните, най-вече момчетата. В повече от половината случаи (53.8%) не е било отказано на желаещите да закупят цигари, независимо от тяхната възраст. Цигари са си купували безпроблемно почти една трета от децата до 14 години – 50.0% от момчетата и 16.7% от момичетата, като при последните отказите след 15-годишна възраст са спаднали 4 пъти.

Желанието да откажат цигарите е приблизително сходно във възрастовите групи и групите по пол - около и под една трета от децата. Не желаят да откажат цигарите повече от половината деца - пушачи (56.3%), като делът на тези на възраст 15-19 години е 2 пъти по-висок (60.0% срещу 30.0%), отколкото на 10-14 годишните. Докато при момчетата делът на нежелаещите да се откажат от пушенето е относително постоянен в хода на израстването - около половината и в двете възрастови групи, при момичетата той нараства с възрастта почти четири пъти (от 16.7% при 10-14-годишните до 61.5% при 15-19-годишните).

От медицинска помощ за отказване биха се възползвали само 5.2% от учениците-пушачи, момчетата и по-големите ученици – незначително по-често.

Оценката по един от критериите за зависимост (запалване на цигара веднага след сън) показва, че сред пушачите винаги правят това 20.0% от момчетата и 26.7% от момичетата, само тези на възраст 15-19 години (27.1%). Докато при 10-14-годишните анкетираните пушачи признаци на тежка зависимост не проявява никой. Но една трета от всички анкетираните ученици, които пушат, палят цигара веднага след събуждане, макар и само понякога (32.5%).

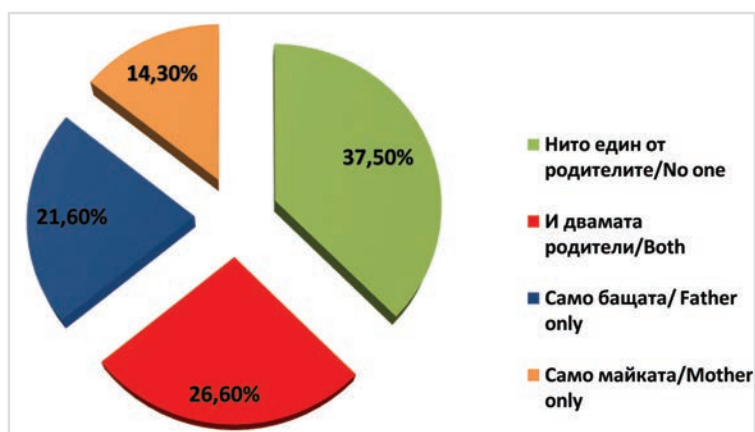
Опит да спрат цигарите (един и повече) са правили 42.5% от учениците пушачи, малко по-често момчетата (26.5%). В рамките на последните две години са спрели да пушат една четвърт (26.3%) от тях, като делът на момчетата и по-малките деца е по-висок.

Като основна причина за отказване от цигарите учениците посочват „За да съм по-здрав/а“ (15.6%). Мотивът „Защото не ми харесва да пуша“ е на второ място по предпочитания (6.5%), а „Защото семейството ми не харесва да пуша“ е от значение за 10.3% от по-големите момичета пушачки.

Показателен за сериозността на проблема е фактът, че 62.5% от децата пушачи и от двата пола смятат, че след 5 години е много вероятно все още да пушат. Категорични за това са 25.7% от момчетата и 24.4% от момичетата. С „вероятно да“ са отговорили фактически поравно и двата пола (37.1% и 37.8%).

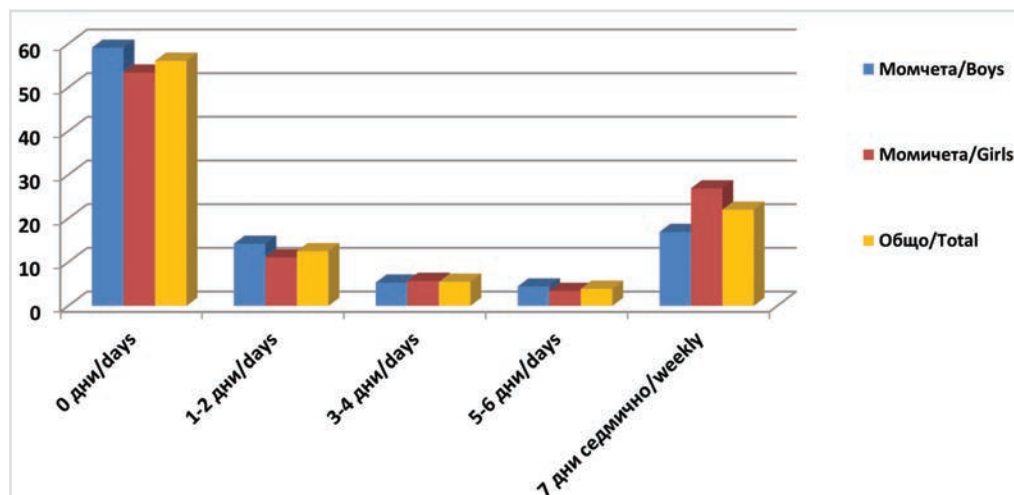
Почти две трети (62.5%) от децата живеят с поне един родител пушач (62.1% от момчетата и 62.9% от момичетата). При над 1/4 от тях пушат и двамата родители, при всеки пети – само бащата, по-рядко - само майката (съответно 21.6% и 14.3%) (Фигура 1).

**Фигура 1.** Разпределение на анкетираните според това дали родителите са пушачи (%)



Почти всеки четвърти от анкетираните посочва, че през изминалата седмица е бил изложен на пасивно тютюнопушене в дома си всеки ден (22.0%), като делът на момичетата е по-висок от този на момчетата (26.9% срещу 16.9%). И при двата пола делът на 15-19-годишните е почти двойно по-голям – 29.8% срещу 15.1% (Фигура 2).

**Фигура 2.** Разпределение на анкетираните, изложени на пасивно тютюнопушене в дома, по пол (%)



Един-два дни седмично са били подложени на пасивно пушене 14.2% от момчетата и 11.1% от момичетата, по-често във възрастта 10-14 години. Останалите са изложени на вторичен тютюнев дим 3-4 или 5-6 дни седмично (съответно 5.3% и 5.7%). Не са били изложени на пасивно тютюнопушене през седмицата преди провеждането на проучването 56.1% от анкетираните, по-често момчетата и по-малките деца.

След значителен период, в който доминира „просветителската“ парадигма за превенция на рисковото за здравето поведение, необходимостта от по-задълбочено проследяване на социалните и психологически фактори, предполагащи и определящи това поведение нараства. Донякъде на тази потребност отговарят събраните данни от Националното проучване на факторите на риска за здравето в Р България през 2020 година.

Що се отнася до тютюнопушенето при децата и подрастващите, ролята на тези фактори може да бъде проследена още при анализа на социодемографските характеристики на извадката.

Делът на майките с висше образование е по-висок от този на бащите – 51.2% срещу 28.1%. Това предполага значителен дял на семейства и домакинства с различно ниво на образованието на двамата родители. Подобна разлика е потенциален източник на конфликти и опити за справяне с напрежението чрез нездравословно поведение (11). То, на свой ред, става модел за децата (12), които също търсят начини за отреагиране и са много по-склонни към различни видове рисково и експериментално поведение, с цел впечатляване на групата връстници, в която търсят вниманието и одобрението, което не успяват да получат в семейството (13). Тази взаимовръзка се потвърждава и от данните на настоящото проучване: настоящи пушачи са децата на свързани в брак родители (70.4%) със средно (44.2% от майките, 71.6% от бащите), по-рядко с висше образование, по-високо при майката; работници (44.4% от майките и 71.9% от бащите) и служители (48.6% от майките и 23.4% от бащите), по-често първите, с различен образователен и професионален статус на майката и бащата.

Почти две трети (62.9%) от всички анкетиранни живеят с поне един родител пушач. При над 1/4 от тях пушат и двамата родители, при всеки пети – само бащата, малко по-рядко - само майката. Ръководейки се от такива модели, почти всеки 4-ти от анкетираните е правил опит да пуши цигари, като дори остатъчните патриархални традиции в някои области на страната практически не повлияват на експериментирането с цигари при двата пола: опитват почти поравно момчета и момичета. Всеки десети от опиталите е на възраст 10-14 г., а при 15-19-годишните само за по-малко от половината такъв опит е първи.

Друг водещ фактор за началото на експериментите с рисковото за здравето поведение като тютюнопушенето са физиологичните и социалните възрастови промени. Над 40.0% от учениците са запалили първата си цигара на 14-15 години. Девет пъти се увеличава делът на настоящите и спорадичните пушачи сред момчетата на възраст 15-19 години спрямо 10-14-годишните, а при момичетата това нарастване е седемкратно. Точно към този уязвим период е насочена и актуалната стратегията на тютюневите компании за въвличане на непълнолетните в употребата на никотин и тютюневи изделия, особено момичетата. А кампанията им сред жените е повече от успешна вече почти 100 години (14, 15).

Една от съществените характеристики на тютюнопушенето като рисковото за здравето поведение е интензивността му. Особено като се отчете недостатъчно развитата или напълно липсваща в тази възраст компетентност и способност за преценка на риска (16). Интензивни пушачи (над 6 цигари дневно) са 57.5% от децата, които пушат, като делът на момчетата е по-висок от този на момичетата (съответно 60.0% срещу 55.6%). Интензивното тютюнопушене и при двата пола е по-разпространено във възрастта 15-19 години.

Привличани и насърчавани да експериментират с познати „вкусове и аромати“, децата все по-бързо изпадат в никотинова зависимост, често дори без да знаят за това. Основният принос е на новите тютюневи изделия, особено на тези за вейпинг с ароматизатори (17).

В същото време 56.3% от учениците пушачи не смятат да се отказват. Предполагат и смятат, че ще пушат и след пет години 62.5% от тях, а една четвърт са категорични в това си убеждение. Мотивацията им да пушат, както и въздействието на новите тютюневи продукти върху нея са практически неизвестни, а проучването им е оставено на маркетинговите фирми и рекламните отдели на тютюневите компании.

Резултатите показват, че в по-малката възрастова група (10-14 години) и сред момичетата в цялата извадка, свързаното със здравето поведение като тютюнопушене и употреба на никотин се е интензифицирало и се намира в пряка зависимост от въздействието на семействата, средата от връстници, рекламата и достъпа до нови изделия, съдържащи никотин. В същото време мотивацията за отказване от употребата им и оценката на перспективите за него са ниски.

### Изводи:

- Почти всеки 4-ти от анкетираните е правил опит да пуши цигари, приблизително равен дял момчета и момичета. Всеки десети е на възраст 10-14 г., а от 15-19-годишните такива опити са правили по-малко от половината.
- Почти всеки пети (16.9%) е настоящ пушач, без значима разлика по пол. Скокът в дела на настоящите и спорадични пушачи между групите на възраст 10-14 и 15-19 години е девет пъти при момчетата и над седем пъти при момчетата. Над 40.0% от учениците са запалили първата си цигара на 14-15 години.
- Интензивни пушачи (над 6 цигари дневно) са 57.5% от децата, като делът на момчетата е по-висок от този на момичетата (съответно 60.0% срещу 55.6%). Интензивното тютюнопушене и при двата пола е по-разпространено във възрастта 15-19 години.
- Под една трета от анкетираните пушачи имат желание да спрат цигарите, като при момчетата делът на желаещите нараства четири пъти от по-малката към по-голямата възрастова група. Но 56.3% от учениците пушачи не смятат да се отказват. Предполагат и смятат, че ще пушат и след пет години 62.5% от тях, а една четвърт са категорични.
- Почти две трети (62.9%) от всички анкетиранни живеят с поне един родител пушач. При над 1/4 от тях пушат и двамата родители, при всеки пети – само бащата, малко по-рядко - само майката.
- Почти всеки четвърти от всички деца ежедневно е бил изложен на вторичен тютюнев дим в дома си, като с нарастване на възрастта този дял се удвоява; 1-2 дни седмично в такава ситуация е бил всеки 6-и; останалите са били подложени на пасивно тютюнопушене в дома си 3-4 или 5-6 дни.

### КНИГОПИС

1. GBD compare – Viz Hub. In: Institute for Health Metrics and Evaluation [website]. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2017.  
<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
2. World Health Organization, Tobacco: key facts. In: World Health Organization [website]. Geneva, 2019  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
3. U.S. Department of Health and Human Services, Preventing tobacco use among youth and young adults: a report of the Surgeon General, Atlanta (GA): National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2012.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22876391>
4. U.S. Department of Health and Human Services. How tobacco smoke causes disease –the biology and behavioral basis for tobacco-attributable disease. A report of the Surgeon General. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2010  
[https://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/2010/index.htm](https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2010/index.htm)
5. Birge M., Duffy S., Miler JA, Hajek P. What proportion of people who try one cigarette become daily smokers? A meta-analysis of representative surveys. *Nicotine Tob Res.* 2018;20(12):1427–33. doi:10.1093/ntr/ntx24313.
6. Eurobarometer 458, 2017.  
<http://www.europarl.europa.eu/at-your-service/en/be-heard/eurobarometer>
7. Национален статистически институт, 2020.  
<http://www.nsi.bg>
8. ECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019). България: Здравен профил на страната 2019 г. State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels  
[www.ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019\\_chp\\_bulgaria\\_bulgarian.pdf](http://www.ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_bulgaria_bulgarian.pdf)
9. WHO, Policy series 'Health Policy for Children and Adolescents' (HEPCA), WHO Collaborative cross-national survey, International Report on Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2017/2018.  
<http://www.hbsc.org/publications/international/>
10. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD); EMCDDA, ESPAD Group (2020), ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Joint Publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg 2020.  
[http://www.espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878\\_EN\\_04.pdf](http://www.espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878_EN_04.pdf)
11. Xiangdan Piao, Xinxin Ma, Chi Zhang and Shunsuke Managi, Impact of Gaps in the Educational Levels between Married Partners on Health and Sustainable Lifestyle: Evidence from 32 Countries, *Sustainability* 2020, 12(11), 4623;  
<https://doi.org/10.3390/su12114623>;  
<https://www.mdpi.com/2071-1050/12/11/4623>
12. Kuntz, B., Lampert, Th. Educational Differences in Smoking among Adolescents in Germany: What is the Role of Parental and Adolescent Education Levels and Intergenerational Educational Mobility? , *Department of Epidemiology and Health Monitoring, Robert Koch Institute, Int J Environ Res Public Health.* 2013 Jul; 10(7): 3015–3032. ; doi: 10.3390/ijerph10073015; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3734474/>
13. Zaborskis, A., Kavaliauskienė, A., Eriksson, Ch., Klemera, E., Dimitrova, E., Melkumova, M., Husarova, D. Family Support as Smoking Prevention during Transition from Early to Late Adolescence: A Study in 42 Countries, *Int J Environ Res Public Health* 2021 Dec 2; 18(23):12739. DOI: 10.3390/ijerph182312739  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34886464/>



14. Campaign for tobacco-free kids, A Lifetime of Damage: How Big Tobacco's Predatory Marketing Harms the Health of Women and Girls, 2021  
[https://www.tobaccofreekids.org/assets/content/press\\_office/2021/womens-report.pdf](https://www.tobaccofreekids.org/assets/content/press_office/2021/womens-report.pdf)
15. Amos A., Haglund M. From social taboo to "torch of freedom": the marketing of cigarettes to women, *British Medical Journal*, *Tobacco Control* 2000;9:3-8.  
<http://dx.doi.org/10.1136/tc.9.1.3>  
<https://tobaccocontrol.bmj.com/content/9/1/3>
16. Kreslake JM, Diaz MC, Shinaba M, et al. Youth and young adult risk perceptions and behaviours in response to an outbreak of e-cigarette/vaping-associated lung injury (EVALI) in the USA, *British Medical Journal*, *Tobacco Control* 2022; 31:88-97  
<http://dx.doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2020-056090>  
<https://tobaccocontrol.bmj.com/content/31/1/88>
17. Leventhal, A., Goldenson, N., Cho, J, Kirkpatrick, M., McConnell, R., Stone, M., Pang, R., McGovern, J., L. Barrington-Trimis, J. Flavored E-cigarette Use and Progression of Vaping in Adolescents. *Pediatrics* November 2019; 144 (5): e20190789. 10.1542/peds.2019-0789; <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0789>

## УПОТРЕБА НА АЛКОХОЛ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ 10-19 ГОДИНИ В Р БЪЛГАРИЯ

Периодът на юношество се характеризира с прояви на рисково поведение, които могат да окажат влияние върху развитието на подрастващите. Инициацията и консумацията на алкохолни напитки са сред водещите проблеми през този възрастов период (1). В същото време, бързите темпове на развитие поставят децата в крайно уязвима позиция по отношение на негативните последици от консумацията на алкохол. Предвид това, че алкохолът е достъпен продукт, употребата му може да доведе до различни неблагоприятни социални, физически и психологически последици, както и до необратимо увреждане на мозъка и да повлияе върху цялостното качество на живот на подрастващите (2).

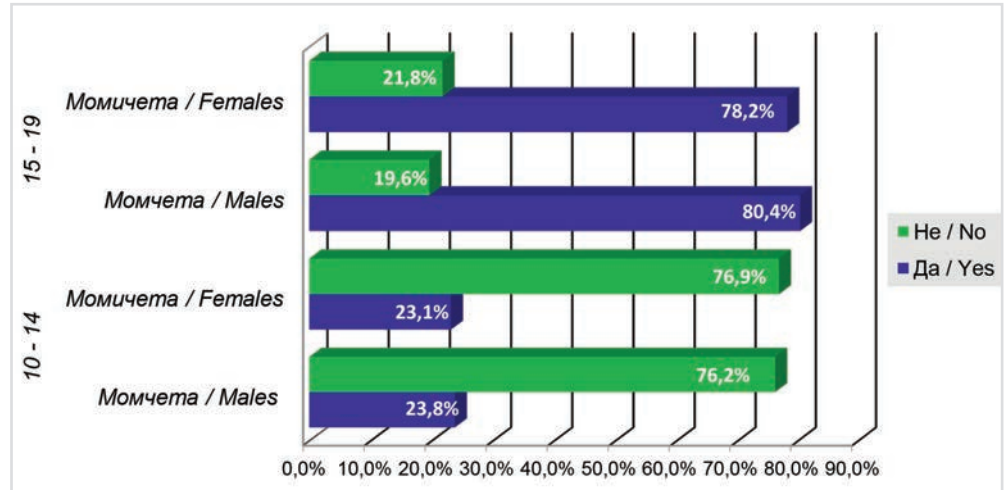
Консумацията на алкохол се характеризира с различни хетерогенни прояви - консумация на алкохол за първи път, прояви на епизодично пиянство, „напивания“ и други. Провеждането на международни и национални изследвания относно поведенческите навици, свързани с алкохола, са императивна част от процеса, свързан с благосъстоянието на децата. Подобни проучвания и анализи осигуряват достоверна и валидирана информация към отговорните органи, участващи в планирането и разработването на стратегии и политики за подобряване живота на децата.

В световен мащаб едно от значимите проучвания в тази област е колаборативното проучване на СЗО „Здравно поведение при деца в училищна възраст“ (Health Behaviour in School-aged Children – HBSC). То стартира през 1983 година и цели да изследва здравето и благосъстоянието на 11, 13 и 15-годишните деца на всеки четири години. В последното проведено изследване през 2017/2018 участват 45 държави от Европа и Северна Америка, включително България (3).

Друго мащабно изследване, в партньорство с Европейската агенция за наркотиците (EMCDDA), сред 15 и 16-годишните ученици в Европа, е Европейският училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици (ESPAD). Стартирало през 1995 г., последната седма вълна на проекта включва данни от 35 европейски държави, включително България. ESPAD цели да събере и анализира информация за опита и възприятието на учениците по отношение на тютюна, алкохола и други наркотични вещества (канабис, нови психоактивни вещества и други), както и относно хазарта, социалните медии и гейминга (4).

Употребата на алкохол е повлияна от редица социално-икономически и културни фактори. Това е и основната причина за необходимостта алкохолът да бъде изследван детайлно като основен фактор на риска за здравето във всяка страна. Злоупотребата с алкохол е една от проявите на нездравословен начин на живот сред децата и подрастващите и е проблем за повечето страни в света, включително и за България. Консумацията на алкохол е един от основните фактори, заложен в рамките на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести (НППХНБ, 2021-2025), а Националното проучване на факторите на риска за здравето в Република България проследява разпространението му сред населението на страната.

Резултатите от проведеното изследване показват, че половината от учениците на възраст 10-19 години (49.2%) са опитвали алкохол (бира, вино, концентрат и др.), като делът на 15-19-годишните е значително по-висок (79.2%) (Фиг. 1). Не се наблюдават значими различия между двата пола и в двете възрастови категории. Сред по-големите деца разликата на опитвалите алкохол момчета и момичета е 2.2% (съответно 80.4% и 78.2%).



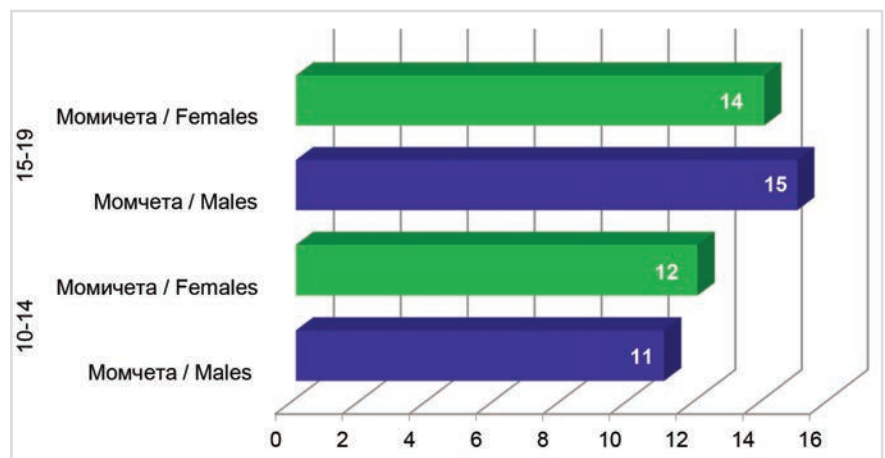
**Фигура 1.** Разпределение на децата, опитвали алкохол, по пол и възраст (%)

Резултатите от Европейския училищен изследователски проект (ESPAD), свързани с индикатора за употреба на алкохол поне веднъж в живота, показват по-висок дял на 15-16-годишните анкетиранни лица (82% - и за двата пола) в България, в сравнение със средните стойности на държавите участнички в Европа (79%) (4).

Ранната употреба на алкохолни напитки може да доведе до дълготрайни негативни последици. Една от тях е алкохолната зависимост. Редица изследвания установяват, че започналата в ранна възраст алкохолна консумация е една от най-значимите прогнозни индикатори за развитие на алкохолна зависимост в по-късен етап от живота, както и негативни рискове при развитието на мозъчните процеси при подрастващите (5). В потвърждение на казаното е изследване, съпоставящо ранната и по-късна алкохолна консумация, установява повишен риск от увреждания, причинени от алкохола при по-ранна употреба. (6)

Настоящото проучване показва, че средната възраст, на която за първи път анкетираните са опитали алкохол, е 14 години както за момчетата, така и за момичетата. В световен план изследванията от последните десетилетия установяват, че момчетата са значително по-склонни да съобщават за употреба на алкохол преди 13-годишна възраст, докато по последни данни възрастта за начална употреба на алкохол сред момичетата намалява (7).

Подобни резултати се установяват и в настоящото изследване. Фигура 2 илюстрира, че докато при малките ученици опитите с алкохол започват по-рано при момчетата (11 години), при 15-19-годишните, по-ранната начална употреба е характерна за момичетата (14 години).



**Фигура 2.** Средна възраст на начална консумация на алкохол (%)

Изследването HBSC посочва, че ранна употреба на алкохол (преди 13-годишна възраст) е характерна съответно за 25% и 31% от анкетираните момчета и момичета, като за България, дялът на децата, съобщили за ранна алкохолна консумация е 34% (3).

Резултатите от настоящото изследване показват, че към момента не консумират алкохол 72% от анкетираните, по-често във възрастовата група 10-14 г. (93.2%). Почти всеки втори ученик (49.1%) между 15 и 19 години е съобщил за настояща алкохолна консумация, без съществена разлика по пол. Ежедневната употреба на алкохол е по-често разпространена сред момчетата (съответно 2.0% срещу 0.8%). Сред анкетираните, консумиращи алкохол „понякога“, по-висок е дялът на момичетата (50.8% срещу 48.0%) (Таблица 1).

**Таблица 1.** Консумация на алкохол по пол и възрастови групи (%)

Честота	Момчета			Момичета			Общо		
	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо
Всеки ден	0.9	2.0	1.4	0.0	0.8	0.4	0.4	1.4	0.9
Понякога	4.6	48.0	25.5	7.8	50.8	28.5	6.4	49.5	27.1
Не	94.4	50.0	73.1	92.2	48.3	71.1	93.2	49.1	72.0

Последната вълна на проучването HBSC показва, че през последните 30 дни 13% от 11-годишните, около 31% от 13-годишните и около 52% от 15-годишните са употребили алкохол, като това нарежда страната ни съответно на първо, първо и шесто място в Европа (3). Подобни са данните и от ESPAD, в които се посочва, че 53% от 15-16-годишните ученици са консумирали алкохол през последния месец, поне веднъж през последната година са употребили алкохол 76% от тях (4).

Разпределението на анкетираните според честотата и вида на консумирания алкохол показва, че пият бира всеки ден 0.8%, като при 15-19-годишните момчета този процент достига 2.9%. Всяка седмица употребяват бира 7.6% от анкетираните, като делът на момчетата е почти два пъти по-голям от този на момичетата (съответно 9.8% срещу 5.8%). Месечна консумация на бира се наблюдава при 12.0% от учениците, най-често при 15-19-годишните момчета и момичета (съответно 18.6% и 14.8%). Близко 80% от децата по-рядко или никога не са пили бира (Таблица 2).

**Таблица 2.** Консумация на бира по пол и възрастови групи (%)

Честота	Момчета			Момичета			Общо		
	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо
Всеки ден	0.0	2.9	1.8	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	0.8
Всяка седмица	0.0	15.7	9.8	5.2	6.2	5.8	3.0	10.6	7.6
Всеки месец	9.5	18.6	15.2	1.7	14.8	9.4	5.0	16.6	12.0
По-рядко	11.9	35.7	26.8	22.4	38.3	31.7	18.0	37.1	29.5
Никога	78.6	27.1	46.4	70.7	40.7	53.2	74.0	34.4	50.2

Количеството бира, консумирано от анкетираните, обикновено се равнява на 278.2 мл или 11.1 АА, като при по-големите момчета, то достига средни нива от 487.3 мл или 19.5 АА.

Вино се консумира ежедневно от 1.2% от учениците, предимно от момчетата (2.7%). Седмична консумация се демонстрира от 3.3% от децата, като делът на момичетата е значително по-голям от този на момчетата (0.9% при момчетата и 5.2% при момичетата). Месечната консумация на вино е 4 пъти по-голяма при момичетата (23.1%), отколкото при момчетата (5.8%) във възрастовата категория 15-19 години. Рядко или никога не консумират вино 84.2% от учениците (Таблица 3). Средните стойности на консумирано вино са 151.6 мл или 13.3 АА.

**Таблица 3.** Консумация на вино по пол и възрастови групи (%)

Честота	Момчета			Момичета			Общо		
	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо
Всеки ден	2.4	2.9	2.7	0.0	0.0	0.0	1.0	1.4	1.2
Всяка седмица	0.0	1.4	0.9	3.5	6.4	5.2	2.0	4.1	3.3
Всеки месец	7.1	5.8	6.3	5.3	23.1	15.6	6.1	15.0	11.4
По-рядко	7.1	42.0	28.8	17.5	41.0	31.1	13.1	41.5	30.1
Никога	83.3	47.8	61.3	73.7	29.5	48.1	77.8	38.1	54.1

Ежедневна консумацията на концентрати (ракия, водка, уиски и др.) се наблюдава при 1.2% от анкетираните, като най-голям е дялът на 15-19-годишните момчета (2.9%). Ежеседмична употребата е отчетена при по-големите ученици, като дялът на момчетата е два пъти по-голям от този на момичетата (съответно 5.8% и 2.6%). Всеки месец консумират концентрат 9.4% от учениците, без съществени различия сред двете възрастови групи при момчетата. По-рядка консумация се наблюдава при 20.8% от тях, никога не са пили концентрат 66.1% (Таблица 4).

**Таблица 4.** Консумация на концентрат по пол и възрастови групи (%)

Честота	Момчета			Момичета			Общо		
	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо
Всеки ден	0.0	2.9	1.8	0.0	1.3	0.7	0.0	2.0	1.2
Всяка седмица	0.0	5.8	3.6	0.0	2.6	1.5	0.0	4.1	2.4
Всеки месец	7.3	8.7	8.2	5.3	14.1	10.4	6.1	11.6	9.4
По-рядко	4.9	29.0	20.0	8.8	30.8	21.5	7.1	29.9	20.8
Никога	87.8	53.6	66.4	86.0	51.3	65.9	86.7	52.4	66.1

Обикновеното количество отчетен концентрат се равнява на 70.9 мл или приблизително 22.7 АА, като то достига до средни стойности от 93.7 мл или приблизително 30 АА при по-големите ученици.

Разглеждайки видовете алкохолни напитки и тяхната употреба, анализът на данните от изследването ESPAD посочва, че сред 15-16-годишните ученици в България предпочитаните алкохолни напитки в последния ден на алкохолна консумация са концентратите (38%, по-силна изявени сред момчетата – 40%), следвани от бирата (31%) (4).

Докладът на СЗО „На фокус: здравето и благополучието на юношите“ от 2020 година отделя специално място на индикатора пиянство/напиване (drunkenness) сред младежите в европейския регион. Докладът посочва пиянството сред децата като поведение, което е свързано с редица неблагоприятни последици като наранявания, насилие, опити за самоубийства, нежелана бременност, полово предавани болести, лоши резултати в училище и други (3).

Заложен като важен фактор за проследяване на поведението, свързано с алкохола, „напиването“ е включено и в настоящето национално изследване. Проучването показва, че половината от големите деца не са се напивали през последната година, като за малките деца този показател надвишава 93%. За едно подобно събитие съобщават 6.3% от 10-14-годишните момичета, докато дялът на момчетата тук е 6 пъти по-малък. За злоупотреба от 2 до 3 пъти са съобщили 10.5% от момчетата и 14.0% от момичета-

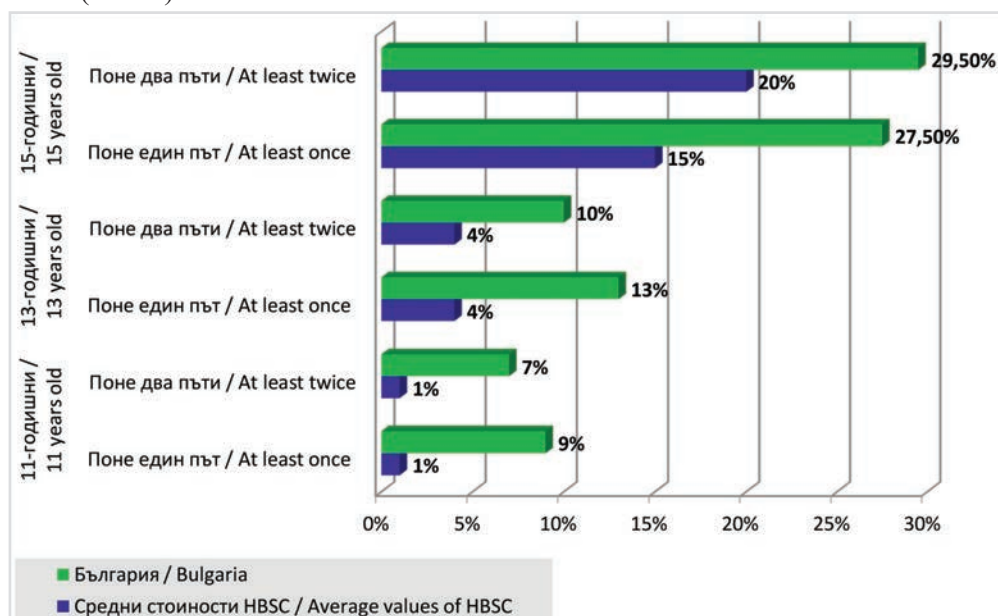
та, предимно по-големите. Между 4-10 пъти са злоупотребили с алкохола 9% от анкетираните лица на 15-19-годишна възраст, като делът на момчетата е почти два пъти по-голям от този на момичетата (11.6% срещу 6.9%). Не се наблюдават значими полови различия при съобщаването на 10 или повече събития, през които анкетираните са злоупотребили с алкохол, но делът на по-големите деца е значително по-голям от този на по-малките ученици (Таблица 5).

**Таблица 5.** Злоупотреба с алкохол по пол и възрастови групи (%)

Честота	Момчета			Момичета			Общо		
	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо
Никога	97.8	50.7	69.3	90.5	49.4	66.7	93.5	50.0	67.8
1 път	0.0	13.0	7.9	6.3	13.8	10.7	3.7	13.5	9.5
2-3 пъти	2.2	15.9	10.5	3.2	21.8	14.0	2.8	19.2	12.5
4-10 пъти	0.0	11.6	7.0	0.0	6.9	4.0	0.0	9.0	5.3
>10 пъти	0.0	8.7	5.3	0.0	8.0	4.7	0.0	8.3	4.9

Данните от ESPAD показват, че през последните 12 месеца са злоупотребили с алкохола 65% от 15-16-годишните, от 10-19 пъти и над 20 пъти – съответно 2.1% и 1.6% от тях (4).

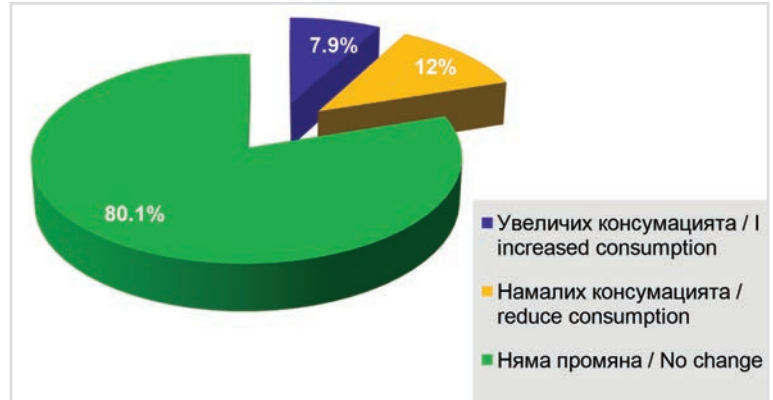
Индикаторът „напиване“ през последните 30 дни присъства и в изследването на HBSC (3). Данните нареждат българските деца на челни позиции в европейския регион, като за подобно събитие е съобщавано в пъти повече във всяка една от възрастовите категории в сравнение със средните стойности за страните, участвали в проучването (Фиг. 3).



**Фиг. 3.** Напиване поне един път/два пъти през последните 30 дни по години (%)

Промяната на навичките по отношение на употребата на алкохол през последната година показва, че делът на учениците, които са намалили количеството консумиран алкохол е по-голям в сравнение с тези, които са го увеличили (съответно 12.0% срещу 7.9%). Всяко пето момче на възраст 15-19 години е намалило алкохолната консумация спрямо предходната година, докато момичетата в тази възрастова категория, съобщили за по-малко количество алкохол, са 8.6%. Промяна в навичките не се установява при 80.1% от анкетираните (Фиг. 4).

**Фиг. 4.** Промяната в навиците на анкетираните по отношение на алкохолната консумация през последната година (%)



#### Изводи:

- Близо половината от анкетираните ученици на възраст 10-19 години са опитвали алкохол (бира, вино, концентрат и др.), като средната начална възраст на алкохолна консумация е 14 години;
- Под един процент са анкетираните, които употребяват ежедневно алкохол, а 72.0% от тях понастоящем не консумират алкохол;
- Никога или много рядко са пили бира 80% от 10-19-годишните, като 2.9% от по-големите момчета са отбелязали ежедневна консумация;
- Ежедневната употреба на вино е отчетена при 2.7% от момчетата. Почти всяко четвърто момиче (23.1%) на възраст 15-19 години консумира вино всеки месец;
- Над 60% от анкетираните не са консумирали концентрат. По-големите момчета съобщават за по-честа месечна консумация на концентрати (14.1% при момичета и 8.7% при момчетата);
- Прекомерна употреба на алкохол (между 1 и повече от 10 пъти) е отчетена при 32.2% от децата, като честотата от 4 до повече от 10 пъти е регистрирана за 15-19-годишните ученици, с по-голям дял при момчетата;
- Промяна в навиците по отношение на алкохолната консумация през последната година не се наблюдава при 80.1% от учениците. Намалили са консумацията 12% от анкетираните, са я увеличили.

#### КНИГОПИС

1. Inchley J., Currie D., Vieno A., Torsheim T., Ferreira-Borges C., Weber M.M. (2018). Alcohol-related adolescent behavior: trends and inequalities in the European region, 2002-2014. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark.
2. Grigsby, Timothy, J., Foster, M., Unger, J. B. & S. Sussman. (2016). Predictors of alcohol-related negative consequences in adolescents: A systematic review of the literature and implications for future research. Journal of adolescence, 48, 18-35. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.01.006>
3. Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jästad, A., Cosma, A., Kelly, C. & Arnarsson, A. N. (2020). Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. VOLUME 2. KEY DATA. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
4. ESPAD Group (2020), ESPAD Report 2019: Additional Tables, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
5. L.M. Squeglia, Jacobus, J., Tapert S.F. (2014). The effects of alcohol use on human adolescent brain structures and systems. Handbook of Clinical Neurology, 125, 501-510. 10.1016/B978-0-444-62619-6.00028-8
6. Wing See Yuen, Gary Chan, Raimondo Bruno, Philip Clare, Richard Mattick, Alexandra Aiken, Veronica Boland, Nyanda McBride, Jim McCambridge, Tim Slade, Kypros Kypri, John Horwood, Delyse Hutchinson, Jake Najman, Clara De Torres, Amy Peacock (2020). Adolescent alcohol use trajectories: risk factors and adult outcomes. Pediatrics, 146 (4). 10.1542/peds.2020-0440
7. Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen, S. A., Williams, B., Ross, J.G., Lowry, R. & Kolbe, L. (2002). Youth risk behavior surveillance – United States Youth risk behavior surveillance--United States, 2001. Journal of School Health, 72 (8), 313-28. 10.1111/j.1746-1561.2002.tb07917.x

## НИВО НА ФИЗИЧЕСКА АКТИВНОСТ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ 10-19 ГОДИНИ В Р БЪЛГАРИЯ

Ниската физическа активност е сред основните фактори на риска за възникване на хронични незаразни болести и има мащабни последици за общественото здраве.

Хиподинамията обуславя 10-15% от общата смъртност в Европейския регион (един милион смъртни случая годишно) и 3.5% от бремето на болестите (9.7% при съчетание с нездравословно хранене). Ниската физическа активност е фактор на риска за здравето, имащ съществен принос за влошаването на популационния здравен статус и в нашата страна. Той е причина за 7.7% от всички смъртни случаи и формира 4.3% от глобалното бреме на болестите (по DALY's) (1,2,3).

Особено сериозен е проблемът с ниската физическа активност при децата. Едва една трета от децата в европейския регион на възраст 11, 13 и 15 години съобщават за практикуване на физически упражнения и спорт, отговарящи на Глобалните препоръки на СЗО за физическа активност. В повечето страни момчетата са по-активни, отколкото момичетата. Физическата активност намалява с възрастта и при двата пола (1).

Съществуват достатъчно научни доказателства за ползите от физически активния начин на живот за здравето и дълголетието (1,4). Детството и началото на пубертета са доказани ключови моменти за усвояване на здравословни навици. Това е периодът, в който неактивните деца развиват предразположение към негативни последици за здравето в по-късна възраст, сред които наднормено тегло, затлъстяване, диабет тип 2 и сърдечносъдови заболявания.

Доказано е, че редовната физическа активност подобрява растежа и развитието на детския организъм и функционалното състояние на дихателната и сърдечно-съдовата система; води до оптимална костна минерализация; подобрява мускулната маса и издръжливост, което допринася за предотвратяване на остеопороза и фрактури на по-късен етап от живота; подпомага поддържането на здравословно тегло; подпомага развитието на моторни и психосоциални умения; подобрява познавателните функции и самооценката в детска възраст и др.

Физическите занимания, в рамките на учебните програми в училищата у нас, са крайно недостатъчни за поддържане на добро здраве, което налага практикуването на допълнителни физически натоварвания през свободното време. Проучване за честотата и продължителността на физическата активност на учениците на възраст 7-19 г. извън училище показва, че само 14-21% от момчетата и 8-11.4% от момичетата от различните възрастови групи извършват умерена физическа активност поне 1 час дневно. Висок е относителният дял на учениците, които не практикуват или извършват рядко (по-малко от 1-3 пъти месечно) физическа активност през свободното време – 11-16% от момчетата и 17-27% от момичетата (5). Проучване на нивото на физическата активност на децата в ученическа възраст, като част от Националното изследване на факторите на риска за здравето сред населението в Р България, проведено през 2014 г., показва, че през свободното време почти всеки ден са физически активни 36.5% от учениците на 10-19 г., като делът на момчетата е почти два пъти по-висок от този на момичетата. От 2 до 3 пъти в седмицата спортуват 33.8% от анкетираните. Всеки трети спортува веднъж седмично. И при двата пола с по-ниска физическа активност са децата на 15-19 години. Не се занимават със спорт или друга физическа активност през свободното време, включително поради заболяване или инвалидност, 7.6% от анкетираните (6).

Посочените изследвания показват, че е налице нарастващо обездвижване на децата и подрастващите в страната, което налага разработването и реализирането на национална политика в тази област.

Резултатите от изследването показват, че над половината от анкетираните деца упражняват спорт или друг вид физическа активност извън часовете по физическо възпитание (57.7%), с лек превес на по-малките, един път и половина повече при момчетата. Почти всеки ден са физически активни 30.7% от тях, като делът на момчетата е над два пъти по-висок от този на момичетата (съответно 42.9% срещу 20.5%). И при двата пола по-активни физически са лицата във възрастовата група 15-19 години (Таблица 1). От 2 до 3 пъти в седмицата спортуват 38.0% от анкетираните, по-често момчетата (38.2 %) и децата на 10-14 години (43.9%).

**Таблица 1.** Честота на практикуване на физически упражнения и спорт през свободното време по пол и възрастови групи (%)

Честота	МОМЧЕТА			МОМИЧЕТА			ОБЩО		
	Възрастови групи			Възрастови групи			Възрастови групи		
	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо
Почти всеки ден	38.9	47.7	42.9	20.4	20.6	20.5	28.8	33.0	30.7
2-3 пъти седмично	46.8	28.0	38.2	41.4	33.3	37.8	43.9	30.9	38.0
1 път седмично	10.3	9.3	9.9	19.1	12.7	16.2	15.1	11.2	13.3
2-3 пъти месечно и по-рядко	1.6	12.1	6.4	6.6	14.3	10.1	4.3	13.3	8.4
Никога	2.4	2.8	2.6	12.5	19.0	15.5	7.9	11.6	9.6

Всеки пети спортува веднъж седмично или по-рядко (21.7%), като делът на момичетата е един и половина пъти по-висок от този на момчетата (съответно 26.3% срещу 16.3%). И при двата пола с по-ниска физическа активност са децата на 10-14 години, по-изразено при момчетата (11.9% срещу 25.7% при момичетата). Не се занимават въобще със спорт или друга физическа активност през свободното време, включително поради заболяване или инвалидност, 9.6% от анкетираните, като делът на момичетата значително превишава този на момчетата (15.5% срещу 2.6%). Установява се съществена разлика и по възрастови групи – делът на 10-14-годишните е по-малък (7.9% срещу 11.6%).

Средната продължителност на едно физическо натоварване почти при всеки трети анкетиран е около 1 час (37.3%), малко по-често при момчетата (съответно 38.5% срещу 36.3%) и децата на 10-14 г. (38.4%) (Таблица 2). Делът на децата, практикуващи физическа активност около 30 минути и около два часа дневно чрез спортни занимания или друг вид физическа дейност, е еднакъв (23.7%), като разпределението по възраст е сходно. Делът на момчетата, спортуващи два часа, е почти два пъти по-голям от този на момичетата (31.6% срещу 16.8%), докато при спортуващите около 30 минути делът на момичетата е 1.7 пъти по-голям от този на момчетата (29.3% срещу 17.1%).

**Таблица 2.** Средна продължителност на едно физическо натоварване по пол и възрастови групи (%)

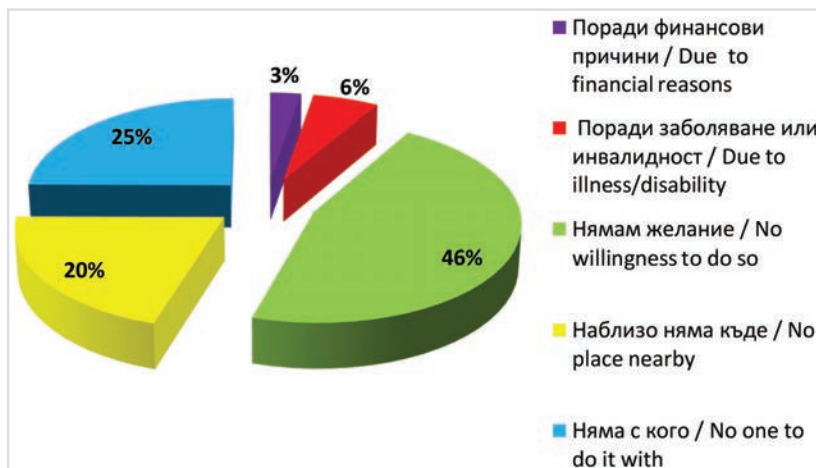
Средна продължителност	МОМЧЕТА			МОМИЧЕТА			ОБЩО		
	Възрастови групи			Възрастови групи			Възрастови групи		
	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо	10-14	15-19	Общо
Около 30 мин.	19.7	14.0	17.1	28.2	30.6	29.3	24.3	22.9	23.7
Около 1 час	38.6	38.3	38.5	38.3	33.9	36.3	38.4	35.9	37.3
Около 2 часа	32.3	30.8	31.6	18.1	15.3	16.8	24.6	22.5	23.7
Повече от 2 часа	7.1	12.1	9.4	4.7	3.2	4.0	5.8	7.4	6.5
Не спортувам	2.4	4.7	3.4	10.7	16.9	13.6	6.9	11.3	8.9

Близо 30% от анкетираните спортуват в спортни/фитнес зали. Всеки пети - на стадион/спортна площадка (21.1%), всеки четвърти – вкъщи (23.4%). По-нисък е делът на децата, които спортуват в двора на училището (10%), в парка или пред дома си (съответно 9.2% и 7.5%). Момчетата се занимават със спорт или друг вид физическа активност предимно на местата за организирани спортни дейности, докато момичетата – вкъщи, в двора на училището и пред дома си. Всички деца, независимо от възрастта, предпочитат да спортуват в спортните/фитнес зали, на стадионите и площадките, а по-големите показват предпочитания и към заниманията вкъщи.

От изключителна важност е да се установят причините за ниската физическа активност на децата (Фигура 1). Данните от изследването показват, че при тези, които не упражняват спорт или друга физическа активност, 46.2% нямат желание да се занимават с такава дейност, повече момичетата и по-големите. Всеки пети посочва като причина липсата на близко и подходящо място за това (20.4%), всеки четвърти – защото няма с кого (24.9%), по-често момчетата и по-големите ученици. Поради финансови причини не практикуват физически упражнения и спорт 3.3% от момчетата и 2.3% от момичетата, поради заболяване или инвалидност – 5.8% от тях.

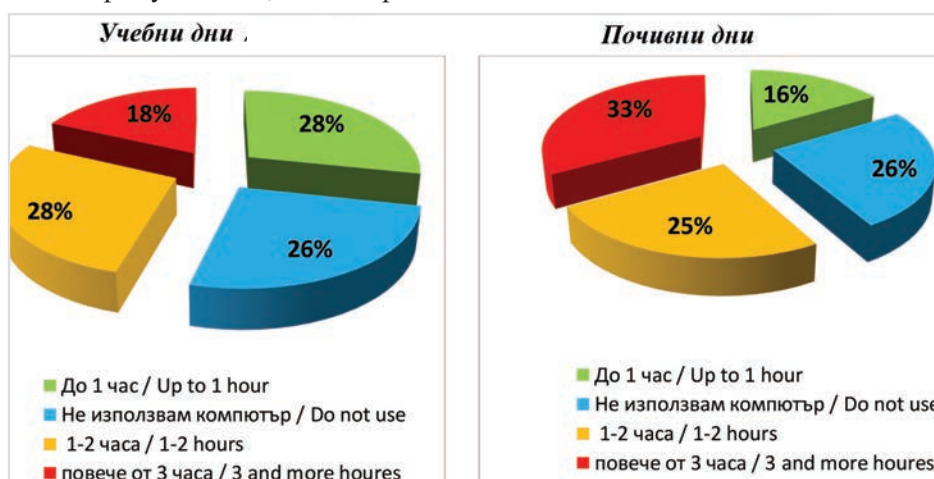


**Фигура 1.** Разпределение на анкетираните според причините, поради които не практикуват физически упражнения и спорт (%)



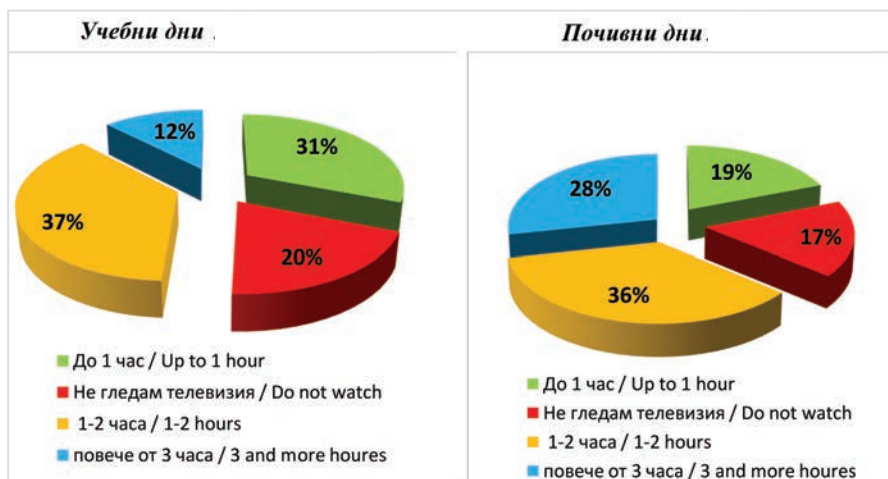
Сериозна причина за хиподинамията при децата през последните години са заниманията на компютър както в учебните, така и в почивните дни (Фигура 2). Данните показват, че през учебните дни бездвижни пред компютъра по три и повече часа дневно са 18.1% от анкетираните, предимно по-големите (23.2% срещу 13.8%), като се установява съществена разлика с близо 10 пункта между момчетата и момичетата. През почивните дни делът на седящите пред компютър над 3 часа дневно нараства значително и достига до 33.3%. Не използват компютър както през учебните, така и през почивните дни съответно 25.8% и 25.5%, т.е. всяко четвърто дете. Останалите деца отделят до 1 час и около 1-2 часа за занимания с него, по-често в учебните дни (съответно 28.4% и 27.8%).

**Фигура 2.** Разпределение на анкетираните според времето, през което използват компютър (%)



Продължителното гледане на телевизия също оказва влияние върху нивото на физическа активност на младите хора и води до тяхното бездвижане (Фигура 3). Установява се, че 12.2% от анкетираните гледат телевизия 3 и повече часа в учебните дни, по-често момичетата (13.6%) и почти два пъти по-често децата на 15-19 години (16.0%). През почивните дни делът им нараства повече от 2 пъти – до 28.3%, почти поравно в двете възрастови групи. Не гледа телевизия в учебните дни всяко пето дете от анкетираните (19.8%), в почивните дни – 16.9% от тях, предимно момчетата и по-големите деца. Останалите гледат телевизия по 1-2 часа дневно (36.0%).

**Фигура 3.** Разпределение на анкетираните според времето, през което гледат телевизия (%)



За последната година половината от децата (50.8%) са увеличили физическата си активност през свободното време. Всеки 3-ти не посочва промяна в тази насока, със значителен превес на момчетата, а почти всеки 10-и я е намалил или е престанал да спортува (11.8%), почти поравно по пол и възраст.

Всеки трети от анкетираните смята, че часовете по физическо възпитание в училище не са достатъчни (35.4%), което налага предприемането на съответни мерки за промяна в учебните програми или създаване на допълнителни условия за практикуване на физически упражнения и спорт в училище.

#### Изводи:

- Почти всеки ден физически активни са малко над 1/3 от анкетираните, като делът на момчетата е два пъти по-висок. До 2-3 пъти в седмицата спортуват почти 40% от тях. Всеки пети спортува веднъж седмично или по-рядко, като преобладават момчетата и по-големите ученици;
- Средната продължителност на едно физическо занимание при всеки трети анкетиран е около 1 час, при всеки четвърти тя е недостатъчна - около 30 минути, по-често при момчетата и почти еднакво в двете възрастови групи;
- Близко 30% от анкетираните спортуват в спортни/фитнес зали, всеки пети - на стадион/спортна площадка, всеки четвърти – вкъщи;
- Водеща причина за неупражняване на спорт при почти половината деца е липсата на желание за това (46.2%), при всеки пети – поради липса на близко и подходящо място за това, при всеки четвърти – защото няма с кого. Нисък е делът на неспортуващите поради финансови и здравословни проблеми;
- По три и повече часа дневно през учебните дни използват компютър 18% от децата, предимно по-големите, с превес на момчетата. През почивните дни делът им нараства значително. Всеки десети гледа телевизия в учебни дни по 3 и повече часа, по-често момчетата и почти два пъти повече децата на 15-19 години. През почивните дни делът им нараства повече от два пъти, почти поравно и в двете възрастови групи;
- През последната година са увеличили физическата си активност през свободното време малко над половината от анкетираните, но почти всеки 10-ти я е намалил или е престанал да спортува, почти поравно по пол и възраст;
- По-голямата част от анкетираните смятат, че часовете по физическо възпитание в училище не са достатъчни, което налага предприемането на съответни мерки за промяна в учебните програми или създаване на допълнителни условия за практикуване на физически упражнения и спорт.

#### КНИГОПИС

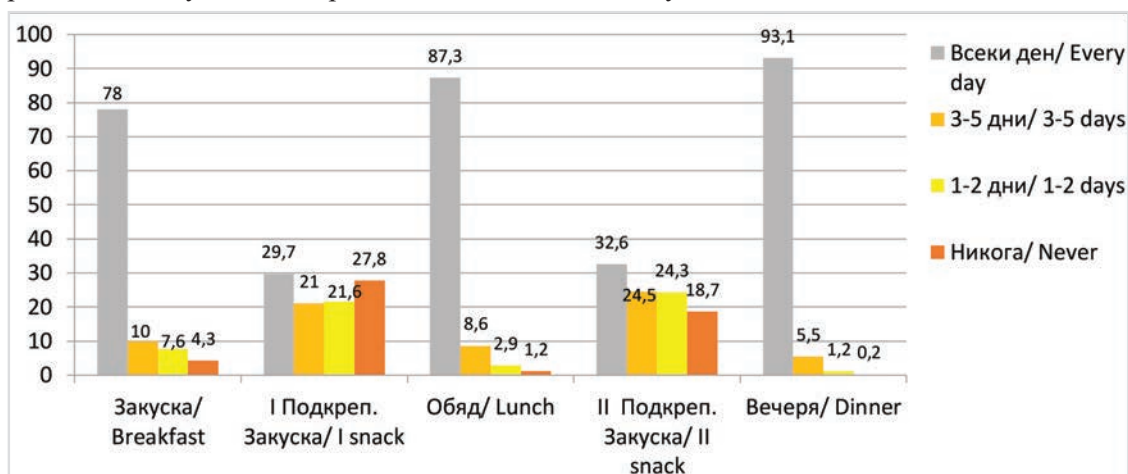
1. World Health Organization, Geneva, 2010. Global recommendations on physical activity for health. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
2. World Health Organization, 2005. The European Health Report 2005. Public health action for healthier children and populations. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/98300/E87399.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/98300/E87399.pdf)
3. World Health Organization, 2006. Physical activity and health in Europe: evidence for action, [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/87545/E89490.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf)
4. Цолова, Г., Манолова, А., Димитров, П. Ръководство за добра практика на медицинските специалисти за повишаване физическата активност на населението. С., 2015. Tsolova, G., Manolova, A., Dimitrov, P. Good practice guide for medical professionals to increase the physical activity of the population. S., 2015.
5. Петрова, С., Байкова, Д., Дулева, В. и др. Физическа активност на учениците в България. Национално проучване „Хранене и хранителен статус на учениците на възраст 7-19 г. в България”. МЗ, НЦООЗ, С., Изд. „Пропелер”, 2007. Petrova, S., Baikova, D., Duleva, V. et al. Physical activity of students in Bulgaria. National survey „Nutrition and nutritional status of students aged 7-19 years in Bulgaria”. Ministry of Health, NCPHP, S., Ed. „Propeller”, 2007
6. Национално проучване на факторите на риска за здравето сред население 10-19 г. в Р България. Българско списание за обществено здраве, бр. 4, 2016 г., НЦОЗА National survey on health risk factors among the 10-19 year-olds in Bulgaria. Bulgarian Journal of Public Health, 8 (4), 2016, NCPHA
7. WHO. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. 2013. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1)
8. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization, 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. WHO. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization, 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>
10. WHO. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025. 2016. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0014/311360/Physical-activity-strategy-2016-2025.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/311360/Physical-activity-strategy-2016-2025.pdf)

## ПОВЕДЕНЧЕСКИ ФАКТОРИ, СВЪРЗАНИ С МОДЕЛА НА ХРАНЕНЕ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ 10-19 ГОДИНИ

Здравословното хранене в детството и юношеството е важно за здравословния растеж и развитие (1) и може да допринесе за предотвратяване на затлъстяване и хронични заболявания по-късно в живота (2, 3). Освен това е доказано, че хранителните навици от детството се запазват във времето и са важен предиктор за качеството на диетата в зряла възраст (4). Ето защо е важно да се проучи хранителният прием на децата, да се идентифицират потенциални пропуски между техния действителен и препоръчан прием и да се проучат детерминантите на диетата, за да се разработят целенасочени интервенции, фокусирани върху групи с висок риск от лоши хранителни навици в началото на живота (5).

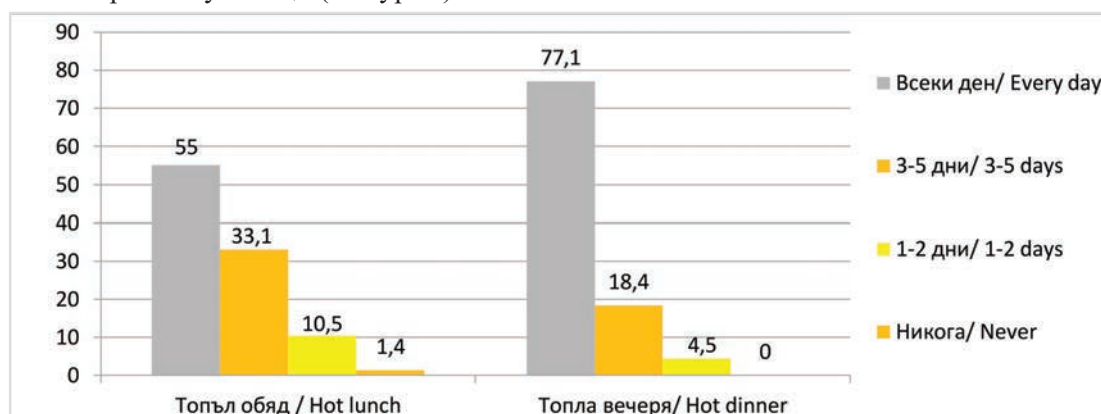
Извършен е анализ и оценка на основни рискови фактори, свързани с модела на хранене, които оказват влияние върху развитието и здравното състояние на децата на възраст 10-19 години в България и по света (6,7,8). И тъй като хранителните навици и насоки могат да се различават в различните страни и култури (9,10,11,12) е важно да се използва надеждна оценка за качество на диетата, която оценява препоръките, специфични за изследваната популация (13).

На Фигура 1 е представен относителният дял деца на възраст 10-19 години в зависимост от режима на хранене или според честотата на основните хранения и наличието на подкрепителни закуски. Сутрешна закуска имат 78% от учениците. Никога не закусват или закусват 1-2 пъти в седмицата 11,9 % от учениците. Редовно обядват 87,3% от децата, а 93,1% вечерят редовно. Сутрешна подкрепителна, съответно следобедна подкрепителна закуска имат средно 1/3 от изследваните ученици.



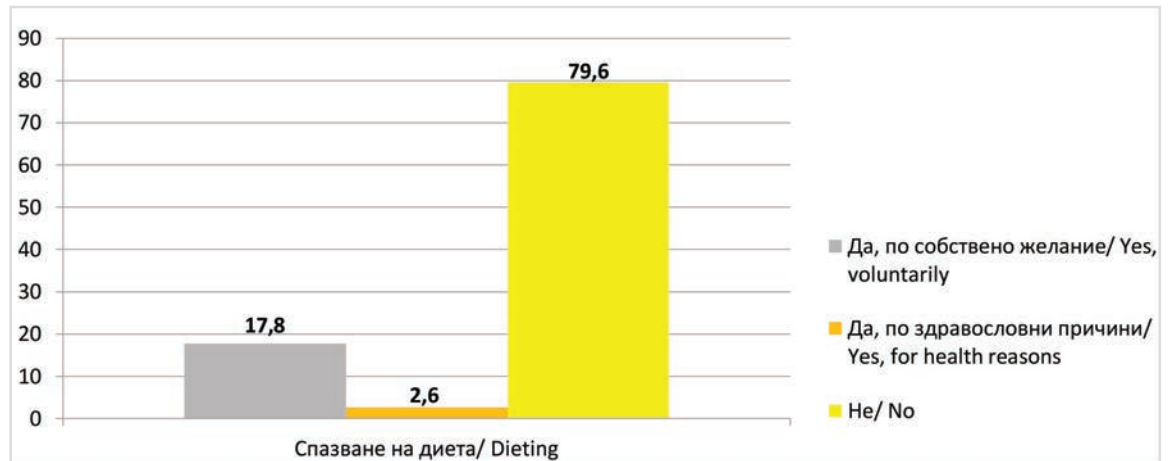
Фигура 1. Относителен дял деца на възраст 10-19 години според режима на хранене

Консумацията на храна, приготвена в къщи или под формата на топъл обяд или вечеря, се наблюдава при половината от анкетираните ученици (Фигура 2).



Фигура 2. Относителен дял деца на възраст 10-19 години, консумирали топъл обяд или вечеря

Диетичен режим, препоръчан от лекар, съблюдават 2,6% от учениците на 10-19 години (Фигура 3). Диета по собствено желание спазват около 17,8% от учениците, като най-висок е относителният дял на момчетата на възраст 15-19 години, спазващи диета (26,8%). Процентът на децата на 10-14 години, спазващи диета е по-нисък от тези, спазващи на 15-19 години, като тази тенденция се наблюдава както при момчетата, така и при момчетата.



Фигура 3. Относителен дял деца на възраст 10-19 години, спазващи диета

Честотата на консумация на различни храни и напитки характеризира модела на потребление на населението.

При настоящото изследване среднодневната консумация на добавена захар при изследваните ученици е  $1,9 \pm 1,7$  чаени лъжички. Среднодневната консумация на добавена захар само от консумираните лица е  $2,6 \pm 1,5$  ч.л. дневно. Максималната консумация на добавена захар е 13 ч.л. дневно или 75 грама. Консумацията на добавена захар при момчетата на 15-19 години е най-висока  $2,0 \pm 1,8$  ч.л. дневно.

Среднодневната консумация на бял хляб ( $3,1 \pm 2,5$  филийки) е по-висока от среднодневната консумация на пълнозърнест хляб ( $1,5 \pm 1,9$  филийки). Ежедневно консумират бял и пълнозърнест хляб най-много момчетата на 15-19 години, съответно средно бял хляб  $4,5 \pm 3,0$  филийки и средно пълнозърнести  $1,9 \pm 2,5$  филийки.

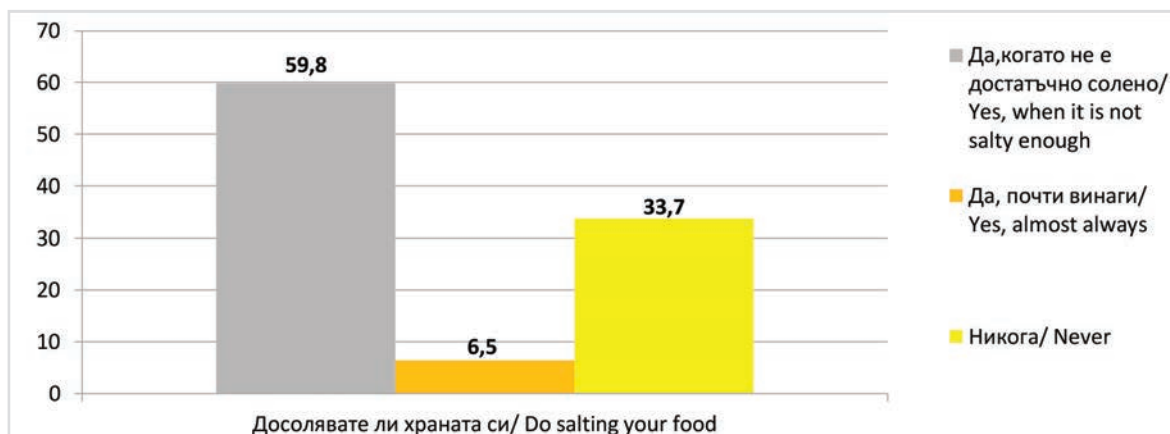
Консумацията на бял хляб при само консумираните ученици е  $3,6 \pm 2,4$  филийки дневно.

Консумацията на пълнозърнест хляб от само консумираните е средно  $2,6 \pm 1,8$  филийки дневно, като най-висока е консумацията при момчетата на 15-19 години ( $6,3 \pm 3,5$  филийки дневно).

Децата в тази възрастова група са особено чувствителни към обезводняването. Съгласно препоръките за хранене на учениците, децата на възраст 10-19 години е необходимо да приемат 6-8 чаши вода и течности дневно.

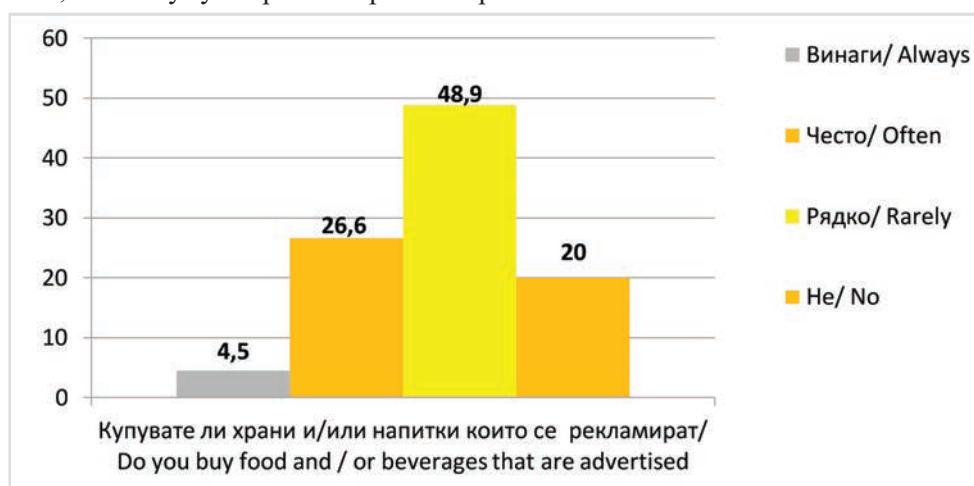
Консумацията на вода при настоящето изследване е средно  $7,4 \pm 4,1$  чаши дневно, като най-висока е консумацията на вода при момчетата на 15-19 години ( $8,9 \pm 4,6$  чаши дневно). От само консумираните вода, консумацията на същата се движи в рамките от 6 до 14 чаши дневно.

Една от характеристиките на модела на хранене на българското население е високата употреба на готварска сол. Повече от половината от анкетираните ученици в настоящето проучване (59,8%) досоляват храната си, когато не е достатъчно солена, а около 6,5% от учениците солят винаги храната, дори преди да я опитат (Фигура 4). Относително нисък е процентът на учениците, които никога не добавят сол към храната (33,7%).



**Фигура 4.** Относителен дял деца на възраст 10-19 години в зависимост от това дали досоляват храната си

Относителният дял на децата в зависимост от това дали купуват храните, които се рекламират по телевизията, е представен на Фигура 5. Учениците, които купуват винаги са 4,5%, а често купуват храните и напитките, които се рекламират по телевизията 26,6% от учениците. Не се наблюдава съществена разлика в процента момичета и момчета, които купуват рекламираните храни и напитки.



**Фигура 5.** Относителен дял деца на възраст 10-19 години в зависимост от това дали купуват храните, които се рекламират по телевизията

**Изводи:**

- Редовно закусват две трети от анкетираните ученици на 10-19 години (78%);
- Консумацията на храна, приготвена вкъщи или под формата на топъл обяд или вечеря, се наблюдава съответно при половината и 2/3 от анкетираните ученици;
- Диетичен режим, препоръчван от лекар, съблюдават 2,6% от учениците на възраст 10-19 години, а по собствено желание диета спазват 17,8% от учениците;
- Среднодневната консумация на добавена захар е 1,9±1,7 чаени лъжички;
- Среднодневната консумация на бял хляб е 3,1±2,5 филийки;
- Среднодневната консумация на пълнозърнест хляб е 1,5±1,9 филийки;
- Среднодневната консумация на бял (4,5±3,0 филийки) и пълнозърнест хляб (1,9±2,5 филийки) е най-висока при момчетата на 15-19 години;
- Консумацията на вода е средно 7,4±4,1 чаши дневно;
- Повече от половината от анкетираните ученици в настоящето проучване (59,8%) досоляват храната си, когато не е достатъчно солено, а около 6,5% от учениците солят винаги храната;
- 4,5% от учениците купуват винаги храните и напитките, които се рекламират по телевизията;
- 26,6% от учениците купуват често храните и напитките, които се рекламират по телевизията.

**КНИГОПИС**

1. Boumtje PI, Huang CL, Lee J-Y, Lin B-H. Dietary habits, demographics, and the development of overweight and obesity among children in the United States. *Food Policy*. 2005;30(2):115–128.
2. Demory-Luce D, Morales M, Nicklas T, Baranowski T, Zakeri I, Berenson G. Changes in food group consumption patterns from childhood to young adulthood: the Bogalusa Heart Study. *J Am Diet Assoc*. 2004;104(11):1684–1691.
3. Florence MD, Asbridge M, Veugelers PJ. Diet quality and academic performance. *J Sch Health*. 2008;78(4):209–215.
4. Mikkilä V, Räsänen L, Raitakari OT, Pietinen P, Viikari J. Consistent dietary patterns identified from childhood to adulthood: the cardiovascular risk in Young Finns Study. *Br J Nutr*. 2005;93(06):923–931.
5. Laura A. van der Velde, Anh N. Nguyen, Josje D. Schoufour, Anouk Geelen, Vincent W. V. Jaddoe, Oscar H. Franco, and Trudy Voortman. Diet quality in childhood: the Generation R Study *Eur J Nutr*. 2019; 58(3): 1259–1269. Published online 2018 Mar 7. doi: 10.1007/s00394-018-1651-z
6. Halina Weker. Simple obesity in children. A study on the role of nutritional factors *Med Wieku Rozwoj* Jan-Mar 2006;10(1):3-191.
7. Yanni Papanikolaou, Julie Miller Jones, Victor L Fulgoni. Several grain dietary patterns are associated with better diet quality and improved shortfall nutrient intakes in US children and adolescents: a study focusing on the 2015-2020 Dietary Guidelines for Americans *Nutr J*. 2017 Feb 20;16(1):13. doi: 10.1186/s12937-017-0230-0.
8. Joungh-Won Lee, Jiyoung Hwang, and Han-Sok Cho. Dietary patterns of children and adolescents analyzed from 2001 Korea National Health and Nutrition Survey *Nutr Res Pract*. 2007 Summer; 1(2): 84–88. Published online 2007 Jun 30. doi: 10.4162/nrp.2007.1.2.84
9. Carlson A, Lino M, Gerrior S, Basiotis PP. Report card on the diet quality of children ages 2 to 9. *Fam Econ Nutr Rev*. 2003;15(2):52
10. de Farialii CP, Cadel NV, Zandonadelv E. Socioeconomic predictors of child diet quality. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(5):785–732.
11. Jennings A, Welch A, van Sluijs EM, Griffin SJ, Cassidy A. Diet quality is independently associated with weight status in children aged 9–10 years. *J Nutr*. 2011;141(3):453–459.
12. van Lee L, Geelen A, van Huysduynen EJ, de Vries JH, van't Veer P, Feskens EJ. The Dutch Healthy Diet index (DHD-index): an instrument to measure adherence to the Dutch Guidelines for a Healthy Diet. *Nutr J*. 2012;11(1):49.
13. Петрова С., К. Ангелова, В. Дулева, Д. Овчарова, Л. Рангелова, Кр. Ватралова, Кр. Костадинова, Д. Байкова, М. Куртишева. Препоръки за здравословно хранене на 7-19 години. МЗ, НЦООЗ, София, 2008.
14. Петрова С., Д. Байкова, Х. Юруков, М. Куртишева, Б. Цветкова, М. Кръстева. Сборник рецепти за ученическите столове и бюфети. МЗ, НЦОЗА, Издателство Техника, София, 2012.

### III . РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА ФАКТОРИТЕ НА РИСКА ЗА ЗДРАВЕТО СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НАД 20 ГОДИНИ

#### САМООЦЕНКА НА ЗДРАВЕТО И ИНФОРМАЦИЯ ЗА ЗДРАВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО НА ВЪЗРАСТ НАД 20 ГОДИНИ

По актуални данни на СЗО водещо място в структурата на умираанията заемат хроничните неинфекциозни болести – причина за 41 милиона смъртни случая в глобален аспект ежегодно, 1/3 от които настъпват в активна трудоспособна възраст (1). Бъдещите прогнози сочат към продължаване на негативната тенденция с достигане на 55 милиона жертви годишно до 2030 година, компрометирайки предварително заложените в Глобалния план за действие по превенцията и контрола на ХНБ цели за редуциране на преждевременната смъртност с 25% до 2025 година (2).

С четири основни класа заболявания (сърдечносъдови, онкологични, респираторни и диабет) се асоциира преобладаващият брой умираания в световен мащаб. Болестите на органите на кръвообращението отнемат ежегодно живота на 17.9 милиона души, злокачествените новообразувания – на 9.3 милиона, болестите на респираторната система – 4.1 милиона, а 1.5 милиона души стават жертва на диабет (1).

Евростат сочи, че за 2018 година на болести на органите на кръвообращението в България се дължат 1075.9 случая на смърт на 100000, което е три пъти над средното за ЕС равнище от 370.2 на 100000, доближавайки страната до други централно- и източноевропейски държави като Румъния, Латвия, Литва и Унгария (3, 4). България остава водеща в рамките на Съюза и по стандартизиран коефициент на смъртността от мозъчносъдова болест – за 2018 година наблюдаваният показател е 6.2 пъти по-висок в сравнение с най-ниския такъв в ЕС (Франция) (4). Що се отнася до смъртността от злокачествени новообразувания на 100000 души за 2017 година България отстъпва на Унгария, Хърватия, Словакия и Словения, но макар под 1/5 от случаите на смърт в България да се дължат на онкологични заболявания (5), страната не е постигнала съществен напредък в 5-годишната преживяемост.

Цитираните показатели и стремежът за пресичане на очертаните неблагоприятни тенденции изискват координирани и съгласувани усилия както на глобално, така и на национално ниво. Стратегическият отговор от страна на международната общност на предизвикателствата, свързани с хроничните незаразни болести (ХНБ), се изразява в приети през изминалите две десетилетия документи на Световната здравна организация и Световната банка (6,7,2,8). Ключово място в тях е отредено на промоцията на здраве и превенцията.

На национално равнище политическият ангажимент по профилактика и контрол на неинфекциозните заболявания е отразен в серия документи като Националната здравна стратегия 2014-2020 (9) и актуализираната версия към нея – Национална здравна стратегия 2020 (10), както и в Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 (11) и приетата нова Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2021-2025 (12). Те поставят в основата си подобряване здравето на населението и повишаване качеството му на живот чрез противодействие на социалнозначимите заболявания и участващите в генезата им рискови фактори, като се явяват своеобразна платформа за реализация на политиката в областта на промоцията на здравето и борбата срещу ХНБ чрез единна интегрирана профилактика и насърчаване на здравословния избор сред населението.

Като част от заложените в Националната програма за превенция на ХНБ (11) дейности са проведени две национални изследвания (в началото и в края) относно разпространението на факторите на риска в българската популация посредством междинен мониторинг на установеното и предприемане на навременни корективни интервенции. Именно по линия на цитираната програма (11) е проведено и настоящото трансверзално епидемиологично проучване – второ за визирания период 2014-2020 година, резултатите от което са представени в настоящата разработка.

#### • *Социално-демографски характеристики на респондентите*

Участващите в изследването лица са разпределени в шест възрастови групи (20-24 години, 25-34 години, 35-44 години, 45-54 години, 55-64 години и над 65 години) с общ брой на мъжете 1317 (41.4%) и на жените 1865 (58.6%). Преобладават двойките в брак или във фактическо съжителство (64.3%), следвани от несемейните такива (19.8%), вдовците/вдовиците (8.8%) и разведените/разделените (7.2%).

За образователния статус на включения в проучването контингент е характерно, че около 90% от лицата са със средно или висше образование. Доминиращ е относителният дял на висшистите (46%), предимно жени (52.6% жени спрямо 36.6% мъже), следвани от получилите средно образование (42.7%) при изразен превес на мъжете. Лицата с ниска образователна степен (липсваща такава, начално или основно образование) са около 11%, или всеки девети от анкетираните.

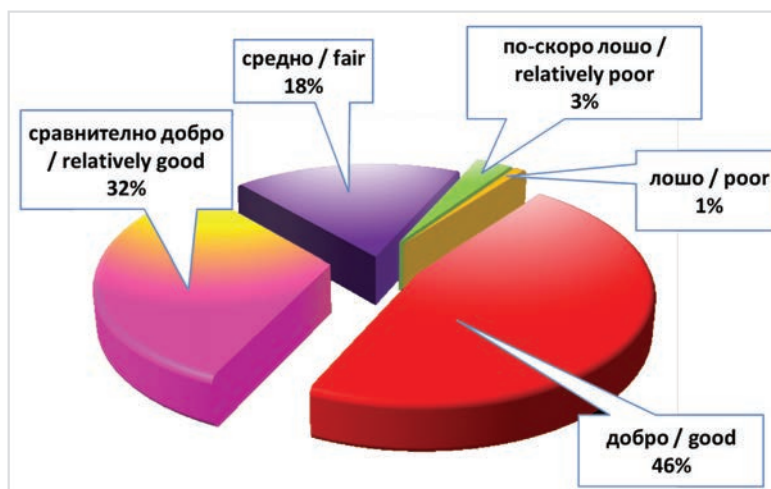
В съответствие с образователната степен са професионалният статус и трудовата заетост на анкетираните лица. Над 70% от изследваните са заети с умствен труд служители, 1/4 са работници (промишлени, строителни и други), около 1/5 – пенсионери, а всеки двадесети е безработен (включително и поради нетрудоспособност).

Преобладават лицата на държавна служба - близо 40%, около 1/3 са ангажираните в недържавния сектор, следвани от самонаетите (5%), селскостопанските работници (4%), учащите (3%) и домакините, представляващи 1% от общия изследван контингент.

Самооценката на здравето е израз на комплексната оценка на индивида за възприеманото от него наличие или отсъствие на болест, функционални ограничения и свързани със здравето затруднения в ежедневието в цялост, а не към даден момент.

Резултатите от настоящото изследване показват, че в „добро“ (46%) и/или „сравнително добро“ здраве (32%) се самоопределят повечето интервюирани, предимно най-младите, без наблюдавани значими вариации по пол. Напълно неудовлетворени или неудовлетворени от здравния си статус са около 4% (Фигура 1). С напредване на възрастта намалява процентът на направилите позитивна самооценка респонденти както при жените, така и при мъжете – от 75% при младежите в диапазона 20-24 години положителната самооценка спада до под 20% при лицата в пенсионна възраст.

Европейското здравно интервю (трета вълна – 2019 година) (13) намира сходни резултати, но с по-изразена разлика в отговорите по признака „пол“. Данни на Евростат за 2019 година показват, че сред държавите членки на ЕС най-склонни да оценяват здравето си позитивно са жителите на Ирландия (над 80% и за двата пола), докато в Латвия и Литва така се самовъзприема едва всеки втори. В целия Съюз по-склонни да дават висока самооценка на здравния си статус са мъжете. Подчертани вариации, асоциирани с пола, са наблюдавани сред изследвания контингент в Латвия и Португалия. По-дискретна и почти незабележима е разликата сред ирландците и финландците (14).



**Фигура 1.** Самооценка на здравето състояние на анкетираните лица (%)

Посещенията при общопрактикуващ лекар или друг медицински специалист по повод хроничен или остър здравен проблем, профилактичен преглед или консултация изразяват отношението на всеки индивид към собственото му здраве. В настоящото изследване близо половината (48%) анкетираните декларират, че са били на преглед при лекар 1-2 пъти през годината, предшестваща интервюто, всеки шести – от 3 до 4 пъти, всеки осми – 5 и повече пъти. Най-висок е процентът сред потърсилите медицинска помощ при ОПЛ на: семейните лица (65.7%) предимно в трудоспособна възраст; по-високообразованите (48.3% от висшистите и 42.1% от лицата със средно образование); служителите (74.1%) и около 1/5 от лицата в пенсионна възраст.

Заявяват, че не са се обърнали нито веднъж към ОПЛ или специалист през изследвания период 23.1% от анкетираните, като сред тях преобладават мъжете от по-младите възрастови групи (Таблица 1). Като възможни причини за демонстрираното пасивно поведение могат да се открият: занижена грижа за личното здраве, конкуриращи се лични и/или професионални приоритети, недоверие в системата, отрицателно отношение към профилактиката, бариери по отношение на достъпа до здравни услуги (липса на време, географска отдалеченост, финансови съображения и т.н.), а конкретно за изследваната 2020 година – и наложените с оглед пандемичната обстановка мерки, затрудняващи нормалната амбулаторна дейност.



Европейското здравно интервю - 2019 г. (13) констатира, че към своя ОПЛ са се обърнали приблизително 2/3 от населението, а към специалист – почти всеки трети при установена тенденция за по-голяма обръщаемост на жените в сравнение с мъжете. Представеното Национално проучване на факторите на риска потвърждава разликата по пол, като почти всяка пета жена и почти всеки трети мъж заявяват, че остават напълно пасивни с оглед търсенето на медицинска помощ.

**Таблица 1.** Посещение на анкетираните при ОПЛ/специалист през последната година по пол и възрастови групи (%)

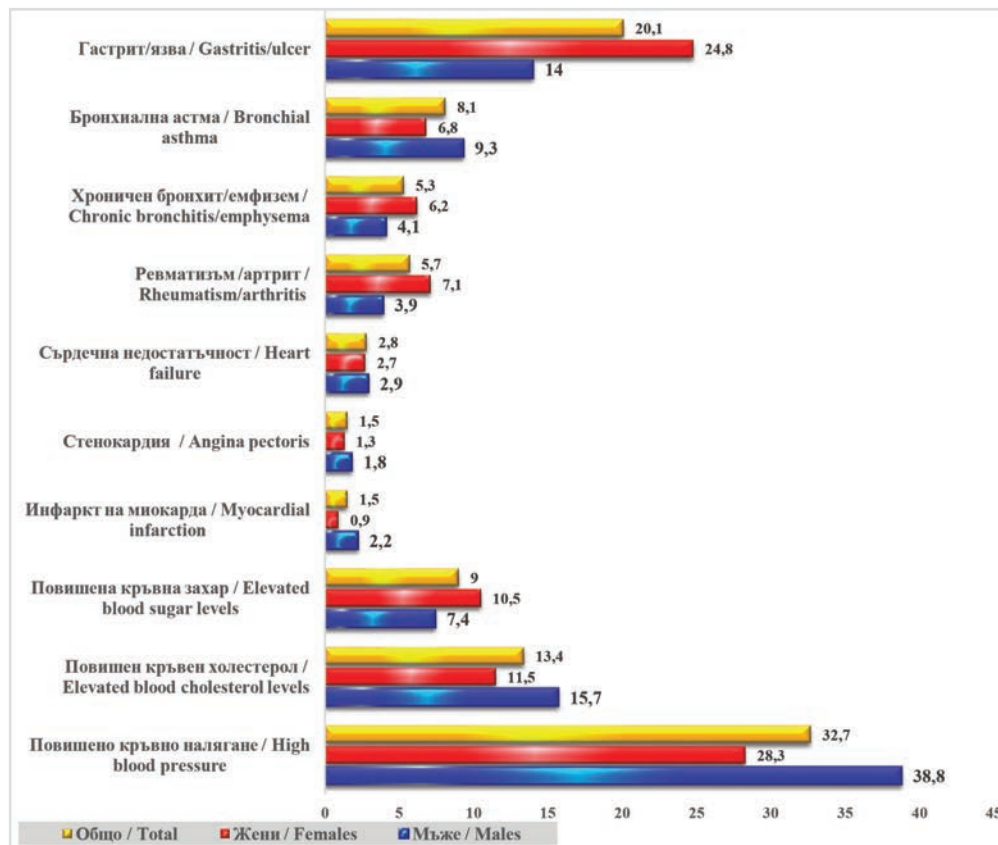
Брой посещения	ПОЛ																				
	МЪЖЕ							ЖЕНИ							ВСИЧКО						
	Възрастови групи							Възрастови групи							Възрастови групи						
	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо
0	38.8	37.0	32.0	28.3	22.4	16.4	27.9	23.2	20.9	19.0	20.8	18.7	17.9	19.6	30.4	27.8	24.1	23.8	20.3	17.3	23.1
1-2	48.2	50.7	49.6	46.6	45.9	38.2	46.4	55.6	49.3	59.1	49.6	48.0	36.5	49.2	52.2	49.9	55.3	48.4	47.2	37.2	48.0
3-4	10.6	8.2	11.1	13.8	13.1	21.3	13.3	14.1	18.8	13.8	17.5	24.0	23.3	19.1	12.5	14.3	12.7	16.0	19.4	22.5	16.7
5-6	1.2	3.2	5.3	7.3	8.5	9.3	6.4	3.0	6.8	5.1	7.5	6.4	10.4	7.0	2.2	5.3	5.2	7.4	7.3	9.9	6.7
7-8	1.2	0.5	1.2	1.2	2.3	3.6	1.7	1.0	0.3	0.5	1.4	0.6	2.2	1.0	1.1	0.4	0.8	1.3	1.3	2.8	1.3
9-10	0.0	0.5	0.8	0.8	3.1	3.6	1.6	2.0	3.4	1.1	2.5	1.1	5.3	2.6	1.1	2.2	1.0	1.8	1.9	4.6	2.2
>=11	0.0	0.0	0.0	2.0	4.6	7.6	2.7	1.0	0.3	1.4	0.8	1.1	4.4	1.6	0.5	0.2	0.8	1.3	2.6	5.7	2.0

През анализирания период, обхващащ 12-те месеца преди интервюто, 13.9% от анкетираните съобщават, че са били хоспитализирани, като всеки осми – от 1 до 2 пъти, а 1.4% - 3 и повече пъти (за сравнение всеки единадесети на възраст 15 и повече години докладва за постъпване в лечебно заведение с престой едно или повече денонощия, а като дневен пациент са преминали 7.7% от населението според резултатите, оповестени от Европейското здравно интервю) (13). По данни на Евростат към 2018 година най-продължителен е среднодневният болничен престой в Унгария и Чехия, а най-честата диагноза по повод хоспитализация (с малки изключения) се асоциира с болестите на органите на кръвообращението в повечето държави от Съюза (15). Честотата на хоспитализациите е в зависимост от възрастта на изследваните лица, нараствайки паралелно.

Отсъствие от работа или неспособност да изпълняват ежедневните си задължения по медицински причини в годината непосредствено преди интервюто декларират 1/3 от респондентите (36.1% жени и 29.2% мъже). До 10 дни не е бил в кондиция да извършва служебните си ангажименти всеки пети анкетиран, от 11 до 20 дни – 6%, а над 20 дни – 5%. Продължителността на временната неработоспособност корелира с възрастта – с увеличаване на годините закономерно растат случаите, налагащи отпуск за временна неработоспособност с по-висока продължителност (10 и повече дни), докато при по-младите логично възстановяването на силите е по-бързо, като се спестяват продължителни отсъствия.

Близо половината от анкетираните лица съобщават за клинично диагностицирано заболяване/състояние в различен период от живота си, почти равномерно разпределени при двата пола (47.8% мъже и 45.9% жени) (Фигура 2). С една диагноза е почти всеки четвърти (24.7%), с две – 12.6%, за три и повече съобщават 9.4%. Установява се праволинейна зависимост между броя поставени диагнози и напредването на възрастта.

Водещо място сред посочените от респондентите заболявания/състояния заема артериалната хипертония, от която докладва, че страда всеки трети. Честотата на повишено кръвно налягане доминира при мъжете (38.8%) спрямо същата при жените (28.3%), корелирайки с възрастта на анкетираните лица и при двата пола. Любопитни са разликите в съотношението „мъже-жени“, манифестирани още в най-младата възраст – делът на мъжете с артериална хипертония е три пъти по-висок от този на жените. При всеки единадесети хипертонията е диагностицирана в последните 1-2 години преди интервюто, при всеки десети – преди 4-5 години, а при всеки втори – давността е над 7-годишна.



**Фигура 2.**  
Установени от лекар заболявания/ състояния (%)

Резултатите от проведеното от НСИ Европейско здравно интервю (13), както и общи за ЕС данни на Евростат (16), маркират по-висока честота на повишеното кръвно налягане сред жените в сравнение с мъжете, за разлика от установеното от НЦОЗА в настоящото проучване. Запазва се обаче аналогичен общият дял от популацията, докладваща за установена хипертония – състоянието е разпространено средно сред почти всеки трети, като най-често за наличието му докладват хърватите (37.3%), а най-малко – ирландците (11.6%). Разпределението по пол индикира за най-подчертани различия сред държавите от Прибалтика, Румъния и България (16).

Повишен серумен холестерол е констатиран средно при 13.4% от анкетираните лица с преобладаващ дял при мъжете (15.7% мъже в сравнение с 11.5% жени). Подобно на хипертонията, цитираният рисков фактор е по-подчертан още в най-млада възраст при лицата от мъжки пол. Всеки шести съобщава за регистрирани повишени нива на серумния холестерол през последната година преди интервюто, всеки пети – преди 4-5 години, а една трета от респондентите – преди повече от 7 години.

При една пета от изследваните лица, по-видимо сред жените (24.8% жени спрямо 14% мъже), е поставена диагноза гастрит/язва. Тя се установява по-често в отговорите на по-младите възрастови групи, като разликата между двата пола е почти двойна в полза на жените. При всеки десети диагнозата е получена през предшестващите анкетата 12 месеца, при всеки осми – преди 4-5 години, а при над половината от анкетираните – преди повече от 7 години.

Повишена кръвна захар маркират в отговорите си 9% от изследваните, по-често жените (10.5%) в сравнение с мъжете (7.4%). При тях и по-често се манифестира още в най-младите години изучаваният показател. Всяко десето лице съобщава за повишени нива на кръвната глюкоза в последната година преди интервюто, при всеки осми те са установени преди 4-5 години, а при половината са с над 7-годишна давност. На разпространението на диабета като социалнозначимо заболяване обръща внимание и Европейското здравно интервю, 2019 (13), което отчита с около 2 процентни пункта по-ниско разпространение сред българите, но при изследвана 15+ години популация.

С бронхиална астма е диагностициран всеки дванадесети респондент (според Европейското здравно интервю – 2.2%) (13), преобладаващо във възрастовия диапазон 20-44 години. При всеки седми заболяването е установено в период от 1-2 години преди интервюто, а при повече от половината лица (57.5%) диагнозата е с давност над 7 години. За сравнение в рамките на ЕС наличие на астма докладват най-често жителите на Финландия (9.4%) при средноевропейско равнище 5.7%. (17)

Сравнително нисък е относителният дял на лицата с други клинични диагнози/нозологични единици: ревматизъм/артрит, хроничен бронхит/емфизем, сърдечна недостатъчност, стенокардия и прекаран инфаркт на миокарда.

В настоящото изследване са включени и въпроси, свързани с употребата на медикаменти в седмицата преди интервюирането. Резултатите показват, че част от анкетираните лица с терапевтична или профилактична цел са приемали лекарствени продукти в предшестващото интервюто седемдневен период (Таблица 2). Доминира употребата на витамини и минерали (47.7%), следвана от антихипертензивни медикаменти (42.2%), против кашлица (41.5%), аналгетици (против главоболие – над 1/3 от респондентите) и успокоителни (10.8%). При половината от посочените групи лекарства няма изразена тенденция за по-честа употреба при един от двата пола, с изключение приема на антихипертензивни и холестеролпонижаващи средства (по-подчертан сред мъжете) и вземането на лекарства срещу кашлица, витамини и успокоителни, превалиращо сред жените.

Данни на Евростат за 2019 година сочат по-засилена употреба на медикаменти, отпускани както с рецепта, така и на такива без лекарско предписание сред жените в държавите от Съюза. По отношение на зависимостта на приема от възрастта се наблюдават две противоположни тенденции - при лекарствата с рецепта (най-нисък дял потребители сред най-младите и пик във възрастта 75+) и медикаментите без лекарско предписание, приемът на които е най-изразен сред лицата в активна възраст в диапазона 25-44 години (18).

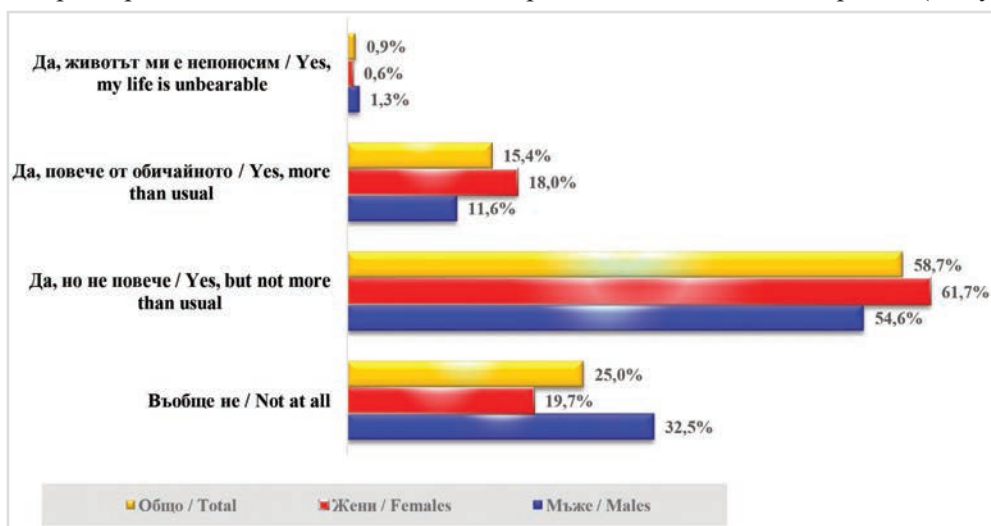
**Таблица 2.** Прием на медикаменти през последната седмица по пол (%)

Прием на медикаменти	ПОЛ		ОБЩО
	МЪЖЕ	ЖЕНИ	
за високо кръвно налягане	48.7	38.0	42.2
за висок холестерол	11.5	7.5	9.1
за главоболие	35.5	34.7	35.0
за други болки	14.4	13.0	13.5
за кашлица	36.2	44.9	41.5
успокоителни	7.7	12.8	10.8
витамини / минерали	41.5	51.7	47.7
противозачатъчни	1.0	3.3	2.4

За съвременното динамично ежедневие е характерно физическо и психоемоционално натоварване, провокиращо нерядко епизодично или постоянно усещане за тревога и безпокойство сред значителна част от населението. Анкетираните лица, сочещи, че са изпитвали напрежение, притеснение или тревожност в последния месец преди интервюирането, но в обичайните граници, са около 60%. Всеки шести от изследвания контингент, предимно жените (18% жени спрямо 11.6% мъже) и лицата над 45-годишна възраст, декларират за изпитана тревожност над обичайните нива, а около 1% определят ежедневието си като непоносимо (два пъти по-често мъжете). ¼ от всички респонденти отговарят отрицателно на въпроса дали са чувствали напрегнати/тревожни в предхождащите интервюто 30 дни.

От изследвания контингент ¾ информират за изразено в различна степен състояние на тревожност (от обичайно до високо), докато сред предимно по-младите лица цитираните състояния са по-редки (Фигура 3). Тревожност извън нормалните нива е докладвана по-често сред семейните, високообразованите и служителите в държавния сектор.

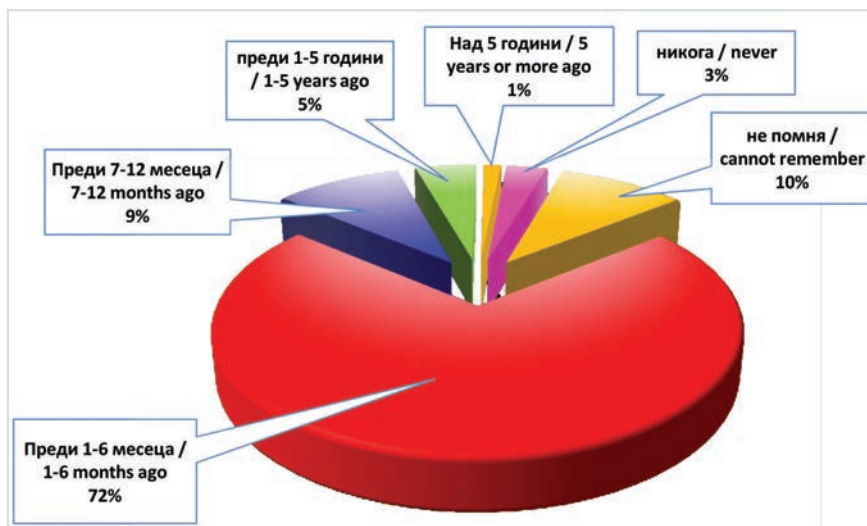
**Фигура 3.** Усещане за тревожност в последния месец (%)



Предпоставка за здраве и практически израз на контрола над асоциираните с ХНБ рискови фактори са периодичните профилактични прегледи на населението, прилагани под формата на обща оценка на здравното състояние при общопрактикуващите лекари, или изследвания, провеждани в рамките на различни скринингови програми.

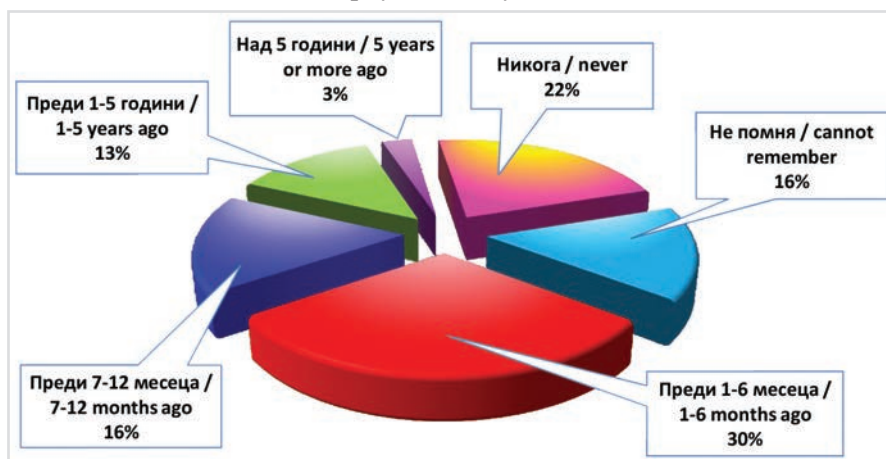
При мнозинството анкетираните (81%) се установява адекватен контрол на артериалното налягане през предшествалите интервюирането 12 месеца (според Европейското здравно интервю, 2019 – 61%) (13), като при над 70% от тях стойностите му са измерени преди по-малко от половин година (Фигура 4). Съзнателното отношение на респондентите към редовния контрол на артериалното налягане нараства успоредно с повишаване възрастта на анкетираните (от 36.8% при 20-24-годишните до 88% при лицата на и над 65-годишна възраст). Всеки седемнадесети (6%), предимно в по-млада възраст, споделя, че много рядко проверява стойностите на артериалното си налягане, никога не са измервали същото 3%, а кога е правил това за последен път не помни всеки десети. Получените резултати показват, че всеки осми анкетиран напълно negliжира периодичната оценка на този показател поради небрежност или други причини.

**Фигура 4.** Контрол на артериалното налягане при анкетираните лица (%)



За изследван серумен холестерол през анализирания 12-месечен период преди интервюто съобщават около половината анкетираните, като 1/3 от тях са извършили това в последната половин година (Фигура 5). Преди 1-5 или повече години е изследвал липидния си профил всеки шести. Никога не са го проверявали около 1/4, основно по-младите, а всеки седми включен в проучването участник не си спомня за такъв тест. Несистемният контрол на този биологичен рисков фактор алармира за подценяване значението му относно запазване и подобряване на индивидуалното и обществено здраве.

**Фигура 5.** Контрол на серумния холестерол при анкетираните лица (%)



В подкрепа на данните в настоящото проучване са и констатациите, направени от НСИ в Европейското здравно интервю, 2019 (13). И по двата показателя – измерване на кръвно налягане и холестерол, е регистрирано по-съзнателно отношение на жените в сравнение с мъжете. Последните остават по-пасивни.

Данните относно предприети от респондентите стъпки за ранна диагностика на онкологични заболявания през последните 12 месеца показват, че за проведен профилактичен преглед на простатната жлеза докладват 17% от мъжете, по-често във възрастта над 55 години. Между 1/5 и 1/4 посочват, че са изследвали простатата си преди една или повече години. Най-голям е относителният дял на мъжете (почти 2/3), които никога не са предприемали подобна превантивна мярка, като пасивността им се задържа до 55 години, едва след което те проявяват по-голяма активност.

За посещения при акушер-гинеколог и снет гинекологичен статус съобщават почти половината (44.8%) анкетираните жени, като  $\frac{1}{4}$  от тях са потърсили консултация през последните 6 месеца, а  $\frac{1}{5}$  – в рамките на предходните 7 до 12 месеца. Половината от жените докладват за посетен АГ-специалист преди 1-3 или повече години, а средно 5%, основно най-младите до 24-годишна възраст, никога не са търсили или ползвали подобен вид медицински услуги. В тази възрастова група остава пасивна всяка четвърта жена. В изследвания период цитонамазка е взета на 35.9%, а преди една и повече години – на почти половината. Напълно пасивни остават 17%, отново предимно най-младите между 20-24 години. Данни на Евростат към 2018 година сочат за най-активни по отношение на изследването „цитонамазка“ във възрастовата група 20-69 години жителките на Ирландия, Швеция и Чехия (с дял от  $\frac{3}{4}$  и нагоре), докато Малта, България и Румъния са в срещуположния край на спектъра (19).

Мамолог по повод оценка състоянието на млечните жлези са посетили 29% от анкетираните жени, преди 1 до 3 години такъв специалист е потърсила всяка пета, а преди повече от 3 години – почти всяка четвърта. Над  $\frac{1}{4}$  (26.4%), предимно по-младите жени на възраст от 20 до 34 години, докладват, че никога не са се консултирали с мамолог.

Грижата за оралното здраве е част от грижата за общото такова. Близко половината (47%) от анкетираните лица, без разлика по пол и при почти равномерно разпределение в отделните възрастови групи, декларират за направени 1-2 посещения при стоматолог в годината, предшестваща интервюирането. Всеки осми се е консултирал с лекар по дентална медицина 3-4 пъти, а около 8% - над 5 пъти. Въобще не са ползвали стоматологични услуги през предходните проучването 12 месеца основно възрастните над 65 години и мъжете.

Наред с огромната палитра от поведенчески рискови фактори, доказан предиктор за възникването и развитието на хроничните неинфекциозни заболявания е и генетичната предиспозиция, каквато може да се обсъжда при наличие на някое от основните социалнозначими заболявания у членовете на фамилията (родители, братя и сестри) на анкетираните лица. Установява се висок относителен дял на лицата, съобщаващи за родственик, боледувал или боледуващ от артериална хипертония – майка (2/3), сестра (2/3), баща (1/2), брат (малко над 1/2). Всеки четвърти има родител, брат или сестра, имал или имащ заболяването диабет, като най-активни в докладването на роднина (сестра) с диабет са мъжете (43.6% спрямо 24.5% жени). Всеки шести споделя за свой роднина, най-често родител, диагностициран с мозъчен инсулт (при всеки четвърти това е бащата, а при всеки шести – майката). Диагноза „инфаркт на миокарда“ по-често е поставяна на роднините от мъжки пол – бащите (23.8%) и братята (15.5%), а със стенокардия са по-често майките (14.4%) на включените в проучването лица.

Най-голям е процентът на роднините с летален изход от мозъчен инсулт, преобладаващо сестрите (50.0%) и майките (42.6%), следвани от тези от сърдечен инфаркт, преобладаващо роднините от мъжки пол – около половината от бащите и братята. Смъртността вследствие хипертония, диабет и стенокардия съставлява по-малък дял, но може да бъде проследена зависимост – според отговорите в анкетата фаталните случаи при хипертония, диабет и стенокардия са по-забележими сред роднините от женски пол – майка и сестра, отколкото при тези от мъжки.

### Изводи:

- Почти 80% от анкетираните лица оценяват здравния си статус като „добър“ или „сравнително добър“; като „среден“ го определят всеки шести мъж и всяка пета жена; „по-скоро лош“ или „лош“ – съответно под 4%;
- Приблизително половината (48%) от анкетираните са били на преглед или консултация при общо-практикуващ лекар 1-2 пъти през годината, предхождаща провеждането на интервюто, всеки шести – от 3 до 4 пъти, а всеки осми – 5 и повече пъти; не са се обърнали нито веднъж към ОПЛ или специалист  $\frac{1}{4}$  от респондентите;
- Всяко седмо интервюирано лице (14%) съобщава, че е било хоспитализирано; от 1 до 2 пъти – всеки осми, пренебрежим е процентът на приетите в стационар над 3 пъти. Честотата на хоспитализациите нараства паралелно с повишаване възрастта на изследваните лица;
- Отсъствали са от работното си място или не са били в състояние да изпълняват ежедневните си задължения поради временна неработоспособност около  $\frac{1}{3}$  от респондентите със слабоизразен превес при жените. Продължителността на ползваните дни по медицински причини е в пряка зависимост от възрастта;
- Всеки трети анкетиран съобщава за диагностицирана от лекар артериална хипертония, всеки осми – за хиперхолестеролемия, а всеки пети – за гастрит или язва. Делът на лицата с установени други заболявания/състояния е значително по-нисък;

- От употребените медикаменти в последната седмица преди проучването лица доминира приемът на витамини и минерали, антихипертензивни лекарствени продукти и такива против кашлица (между 40 и 50% докладват за употребата им);
- За изразено в различна степен състояние на тревожност (от обичайно до високо) информират  $\frac{3}{4}$  от изследвания контингент, докато сред предимно по-младите лица цитираните състояния са по-редки;
- Обезпокоителна е пасивността на немалка част от респондентите по отношение препоръката за периодично измерване стойностите на кръвното налягане и серумния холестерол. Никога не са проверявали артериалното си налягане 3%, не помни да го е правил всеки десети, основно по-младите. При почти  $\frac{1}{4}$  от анкетираните никога не е изследван холестеролът;
- Никога не е извършван преглед на простатната жлеза на 61% от мъжете. Цитонамазка не е правена на всяка шеста анкетирана жена; 5% съобщават, че никога не са посещавали акушер-гинеколог, а над  $\frac{1}{4}$  - мамолог.

## КНИГОПИС

1. World Health Organization, Noncommunicable Diseases: Key Facts, (updated April 2021); available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. World Health Organization, Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020; Geneva, Switzerland, 2013; available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
3. Eurostat Statistics Explained: Causes of Death Statistics: Main Findings; available at: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes\\_of\\_death\\_statistics#Main\\_findings](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics#Main_findings)
4. Eurostat Statistics Explained: Cardiovascular Diseases Statistics: Deaths from Cardiovascular Diseases; available at: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cardiovascular\\_diseases\\_statistics#Deaths\\_from\\_cardiovascular\\_diseases](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cardiovascular_diseases_statistics#Deaths_from_cardiovascular_diseases)
5. Eurostat Statistics Explained: Cancer Statistics: Deaths from Cancer; available at: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_statistics)
6. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health; World Health Organization; May 2004; available at: [https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf)
7. World Health Organization, Regional Office for Europe. Health 2020: A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century;; WHO 2013; available at: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf)
8. World Bank Human Development Network, The Growing Danger of Non-communicable Diseases: Acting Now to Reverse Course; Conference Edition; The; September 2011, Washington DC; available at: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/196871468336643958/pdf/657850WP0Box360C00WBDeepeningCrisis.pdf>
9. Национална здравна стратегия 2014-2020; [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2015/04/08/nacionalna-zdravna-strategia\\_2014-2020.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/08/nacionalna-zdravna-strategia_2014-2020.pdf)
10. Национална здравна стратегия 2020; [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2016/09/12/n\\_zs\\_2020.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2016/09/12/n_zs_2020.pdf)

## ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ И НАГЛАСИ ЗА ЗДРАВΟΣЛОВЕН НАЧИН НА ЖИВОТ ПРИ ЛИЦА НАД 20 ГОДИНИ

Важен компонент на устойчивото развитие на всяка нация е поощряването на здравословния начин на живот сред хората от всички възрасти, предпоставка за чието практикуване са овладените здравни знания, умения и навици, а постигането на здравна грамотност е възможно чрез динамичното взаимодействие между индивидите и средата, в която те живеят, учат или работят (1).

Доказано е, че здравето е повлияно от комплекс от взаимодействащи помежду си фактори – генетична predispozitsiya, индивидуални особености и начин на живот, социалноикономически и културни фактори, околна среда, медицинско обслужване, здравна система и т.н. Степента на въздействие на всяка от посочените детерминанти се обуславя от спецификите на конкретната държава, но като цяло икономическият статус, персоналното поведение и околната среда имат приоритетно значение при формирането здравето на една нация (1,2).

Здравното възпитание е част от модела на промоция на здравето (3). То е процес от продължителни и целенасочени усилия за изграждане на здравна култура и миросглед, и овладяване на знания, умения, навици, нагласи и мотивация за утвърждаване на устойчив здравословен поведенчески модел. Целта на здравното възпитание е възпитание на съзнанието, тъй като постигането на нагласа за промяна в поведенческия модел е резултат от съзнателни действия, направени вследствие на осъзнати информирани лични решения. Този процес има за цел да предаде натрупания, съхранен и динамичен опит в областта на здравното познание, така че информираният да придобие нужната мотивация, чрез която осмислени-

те здравни нагласи да бъдат превърнати в лични убеждения и лична здравна философия за дългосрочен здравословен модел.

Нездравословният стил на живот има висока цена не само за отделния индивид, но и за обществото като цяло, за което свидетелстват установените тревожни тенденции. Според здравния профил на Република България за 2017 г., над 80% от смъртните случаи при мъжете и жените са причинени от хронични незаразни болести, а те от своя страна са резултат от широкото разпространение на фактори на риска за здравето, свързани с поведението. Данните показват, че почти 1/3 от възрастните в страната пушат тютюневи изделия всеки ден, като стойностите са най-високи в ЕС. Равнищата на епизодична злоупотреба с алкохол (като мярка за прекомерна консумация на алкохол) са по-ниски в сравнение с другите държави от ЕС, но общото потребление на алкохол на глава от населението е петото най-високо. Разпространението на затлъстяването е ниско, но се увеличава бързо, особено сред юношите. Недостатъчно е нивото на физическа активност на населението, както и на знанията, уменията и навиците за здравословен начин на живот (4,5).

В допълнение на здравната информираност и мотивация ключов компонент на здравната култура се явяват и здравните ценности, в които, по думите на Е. Иванов, „се отразяват представите и отношението на личността към здравето като етичен феномен, като личен и обществен дълг“ (6). Предпоставки за създаването на реални условия за възприемане и придържане към здравословни поведенчески модели, базирани на висока здравна култура, са широката обществена подкрепа и партньорство (6).

Здравните навици и здравното поведение на населението са подложени на промени вследствие на нови открития, концепции, модерни увлечения, убеждения и т.н., поради което е необходимо изследване на нагласите на хората за промяна в модела на поведението им и разработване на съответните всеобхватни и ангажиращи обществеността политики.

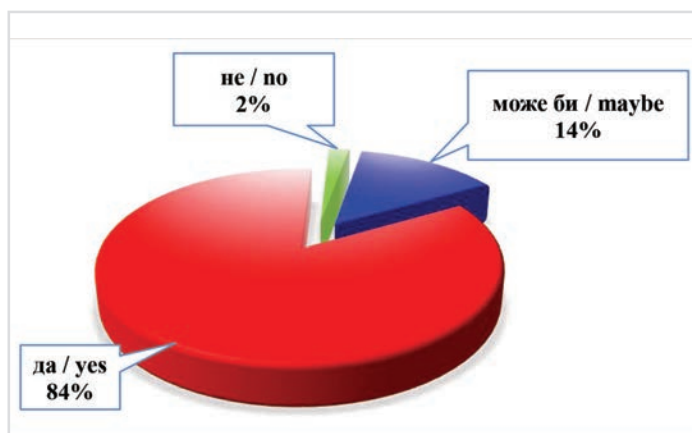
В основата на изграждането на положителни поведенчески модели и формирането на здравни навици стои здравното възпитание, целящо повишаване осведомеността на обществото по отношение хроничните незаразни болести с оглед активно и мотивирано участие при идентифицирането и редуцирането на рисковите фактори, подобряването на ранната диагностика и навременното лечение.

Информационните канали варират в широка степен, включвайки национални и регионални медии (телевизия, радио, интернет, списания), разнообразни образователни инициативи в специфични общности, социални мрежи, промоционални събития, междуличностна комуникация (семейство, роднински и приятелски кръг), общуването във връзката „лекар – пациент“ и т.н., а ефективността на всички тях зависи от особеностите на аудиторията (демографски, социално-икономически, етнически, културни, религиозни и други), както и от качеството на поднасяната здравна информация, оценена откъм достоверност, изчерпателност, достъпност, приемливост и други параметри.

Въпреки регистрирания успех в контрола на тютюна от последните няколко години тютюнопушенето остава най-значимият фактор на риска сред българската популация, асоцииран с преобладаващия брой здравни проблеми – артериална хипертония, дислипидемия, затлъстяване и консумация на алкохол. По данни от здравния профил на България за 2017 година разпространението на тютюнопушенето е най-високо сред държавите-членки на ЕС, надвишавайки с почти седем процентни пункта средния показател за Съюза (4).

Резултатите от проучването показват, че над 80% от анкетираните лица, независимо от възрастта и пола, са добре информирани и осъзнават вредата от тютюнопушенето за здравето (Фигура 1). Предполагат вреда, но без да са напълно убедени в същата, са около 14% от тях, с по-изразено колебание при респондентите на възраст между 35 и 64 години. Напълно несъгласни с твърдението, че пушенето вреди, са по-често мъжете.

**Фигура 1.** Информираност относно вредата от тютюнопушенето (%)



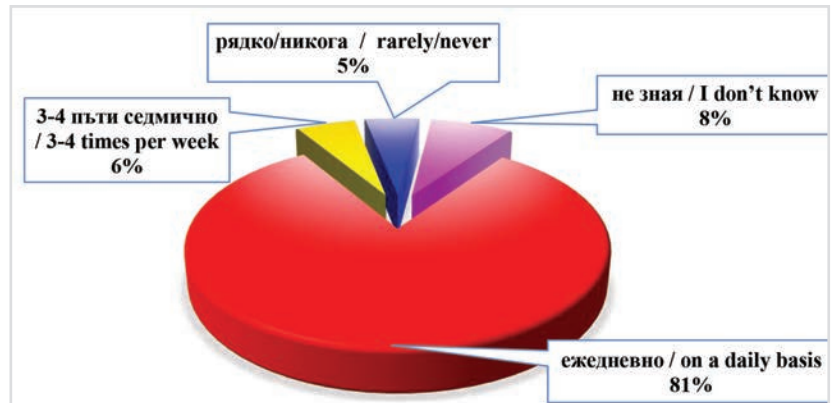
През последните години се очертава тенденция на продължаващо повишаване на консумация на алкохолни напитки средно на лице от домакинство в страната. По данни на НСИ увеличението за периода 2010-2020 година е с 8.1 л, като тези данни се отнасят само за консумирания в домашни условия алкохол и не включва консумацията му в заведения за обществено хранене (7).

Количествата алкохол, които анкетираните считат, че не биха се отразили негативно върху здравето им при редовна седмична консумация, са съответно: 266 ml концентрат, 673 ml вино и 1381 ml бира. Определените от мъжете средни „безвредни“ стойности за трите категории алкохол са по-високи от същите, посочени от жените.

Най-бързо променящите се навици са хранителните. Балансираното хранене включва не само разнообразна, но и разпределена в правилното време и пропорции храна (8). В специализираната литература съществуват доказателства, че закусващите редовно имат по-нисък индекс на телесна маса, по-добро академично представяне и по-добри хранителни профили, в сравнение с онези, които пропускат сутрешното хранене.

Относителният дял на лицата, осъзнаващи и убедени в ползата от ежедневната сутрешна закуска за доброто здраве, възлиза на 81% с преобладаване на по-възрастните лица и мъжете, докато 6%, предимно жените, считат периодичната сутрешна закуска 3 до 4 пъти седмично за достатъчна (Фигура 2). Не могат да формират мнение по този въпрос 8%, а 5% са категорични за безполезността ѝ, считайки закуването сутрин за излишно.

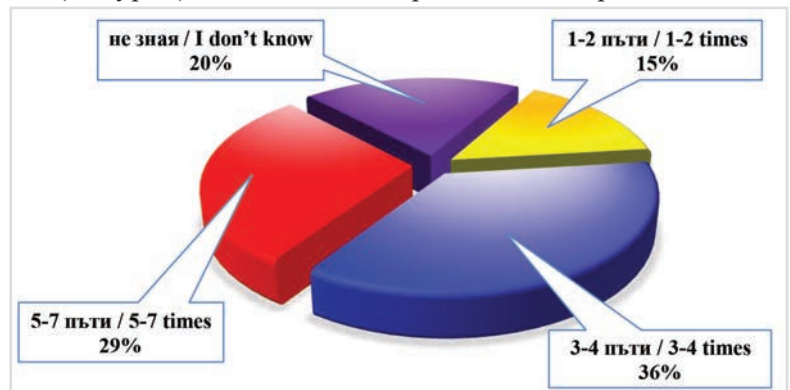
**Фигура 2.** Необходимост от сутрешна закуска (%)



Ниската физическа активност е един от главните рискови фактори за появата и развитието на хроничните незаразни болести. Ключовата роля на движението за укрепване на здравето е широкопризната, като в съответствие с препоръките е желателно ежедневното упражняване на физическа активност в една или друга форма.

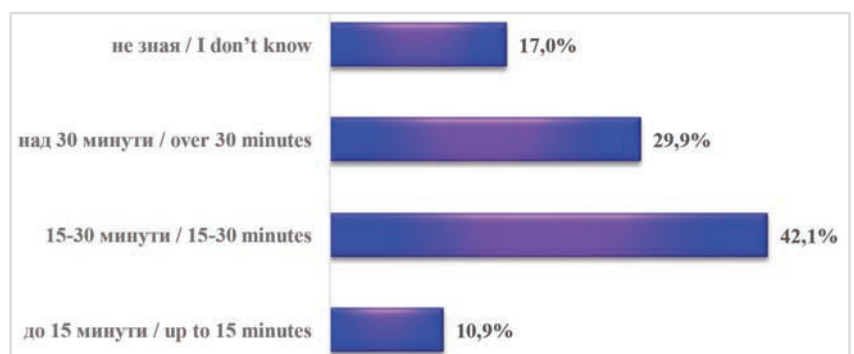
За необходимостта от физическа активност като важен фактор в поддържането на добро здраве и тонус са осведомени около 80% от анкетираните лица (Фигура 3). Над 1/3 от тях определят натоварванията с честота 3-4 пъти седмично като достатъчни; такъв приблизително е и дялът на мъжете (преобладаващо най-младите), възприемащи като здравословни натоварванията между 5 и 7 пъти седмично. Всеки пети респондент оценява знанията си по този показател като слаби, като дялът на посочилите отговор „не знам“ е най-висок при лицата в пенсионна възраст.

**Фигура 3.** Полезна за здравето честота на физическата активност (%)



Полезната продължителност на едно физическо упражнение (над 30 минути) е известна на едва около 30% от анкетираните (Фигура 4). Адекватно информиран сред мъжете на 20-34 години е всеки втори, докато по-възрастните (над 55 години) са склонни да определят 15-минутните физически упражнения като достатъчни.

**Фигура 4.** Полезна за здравето продължителност на физическата активност (%)





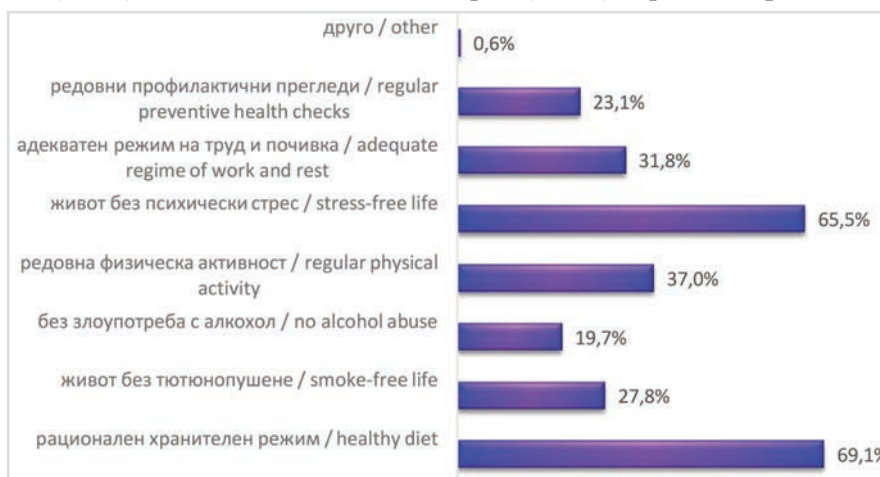
Над 1/3 от включените в изследването лица, предимно по-младите, оценяват своите здравни познания като „много добри“ и „отлични“, 43% - като „добри“, а всеки пети ги определя като „средни“. Незначителен е дялът на респондентите, признаващи, че нямат никакви здравни познания (Фигура 5).

**Фигура 5.** Самооценка на здравни знания у анкетираните (%)



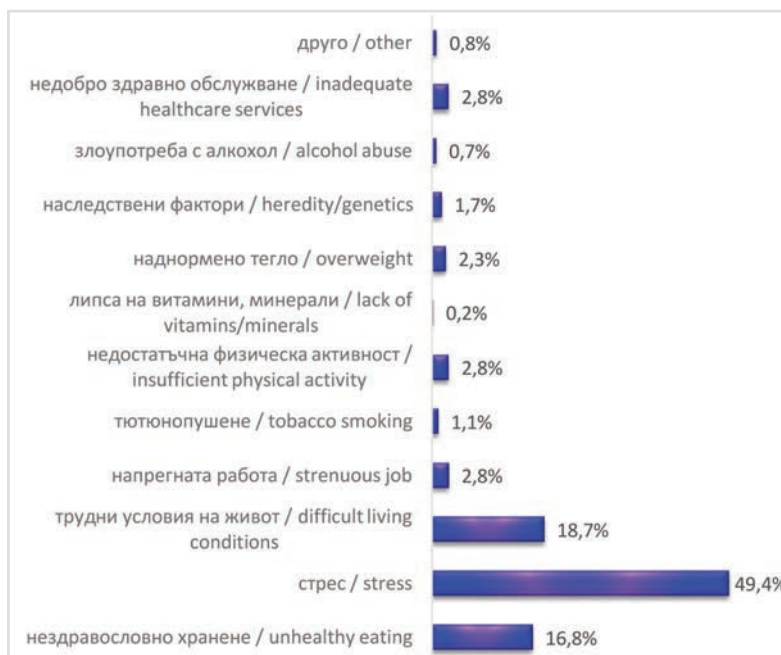
На базата на своята информираност анкетираните оценяват различаващи се поведенчески модели като решаващи за формиране на добър здравен статус, класифицирайки като най-важен за здравето рационалния и балансиран хранителен режим (69.1%), следван от живот без стрес (65.5%) и редовна физическа активност (37%) (Фигура 6). При оценката на ролята на хранителния режим се наблюдава подчертана разлика по пол (74% жени срещу 62% мъже), докато при останалите два признака – „живот без психически стрес“ и „редовна физическа активност“ разликите между двата пола са по-слабо изразени.

**Фигура 6.** Най-важни предпоставки за здравословен живот според анкетираните (%)



Включеният в изследването контингент лица на възраст над 20 години поддържа причините за високите нива на заболяемост в България в следния ред: стрес (почти половината анкетиран), трудни условия на живот (всеки пети анкетиран) и нездравословно хранене (всеки шести анкетиран) (Фигура 7). Липсват изразени разлики по възраст и пол, с изключение на нездравословното хранене, сочено като причина за високата заболяемост по-често от жените.

**Фигура 7.** Причини за високата заболяемост, докладвани от анкетираните (%)

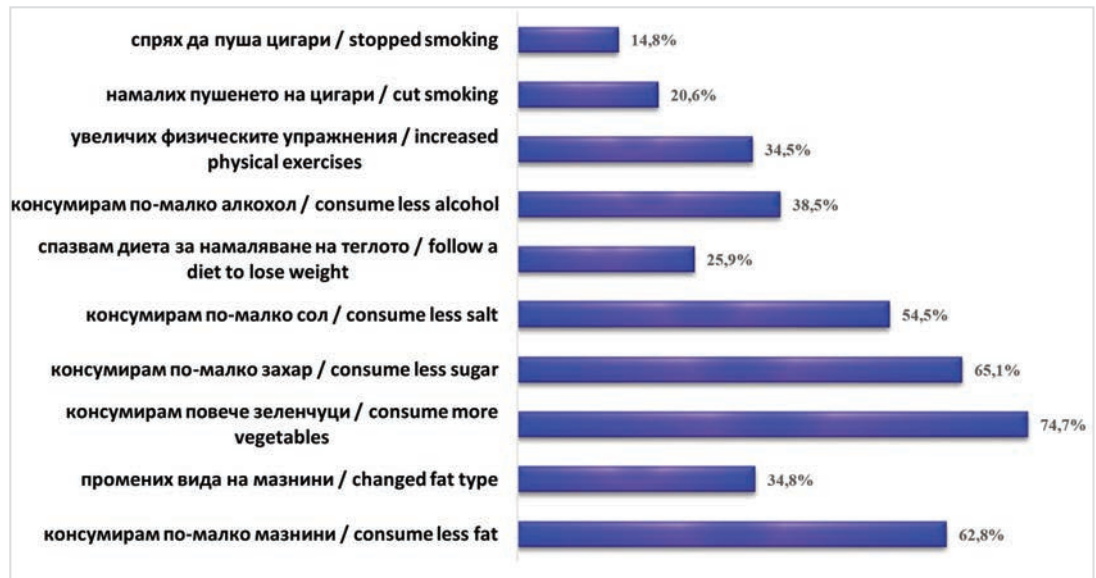


По-голямата част от изследваните възприемат като водеща причина за заболяванията стресогенната среда, създаваща предпоставки за напрегнато и трудно ежедневие, което според анкетираните до голяма степен повлиява здравния статус. От поведенческите рискови фактори единствено режимът на хранене е оценен като значим, заемайки трета позиция в отговорите. Останалите поведенчески фактори на риска продължават да бъдат сериозно подценявани.

Една част от респондентите, основавайки се на знанията си за здравословен начин на живот, както и на осъзната лична отговорност за собственото си здраве, съобщават, че са коригирали поведението си през последната година (Фигура 8). Посочените основни промени се подреждат по следния начин: консумация на повече зеленчуци (при 3/4 от лицата), по-малко захар (при 2/3 от лицата), по-ограничено количество мазнини (малко под 2/3 от лицата), по-малко сол (над половината лица) и по-слабо изразени промени, повлияващи другите рискови фактори.

Всеки трети е повишил физическата си активност и е намалил консумацията на алкохол. Всеки пети е ограничил цигарите, а всеки седми е преустановил тютюнопушенето. Като по-мотивирани да коригират поведението си с цел постигане на по-добро здраве се очертават жените (сходно по отношение консумацията на зеленчуци, захар, мазнини и сол).

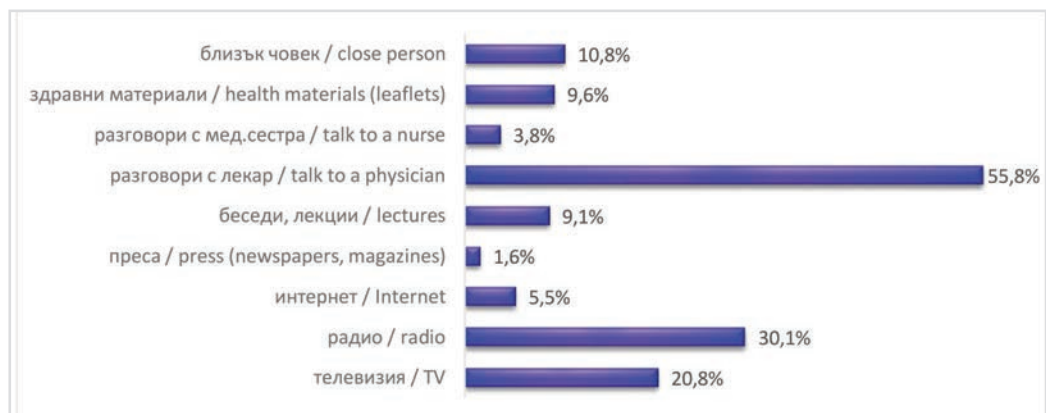
**Фигура 8.** Промени в поведението на анкетираните лица през последната година (%)



Предпочитани от анкетираните източници на здравна информация са: разговор с лекар – отговор, избран от малко повече от половината анкетирани, електронните медии (радио – от 1/3, телевизия – 1/5) и в по-малка степен – разговори с близък (роднина, приятел, на които се доверяват повече мъжете), здравни материали (диплянки, брошури, листовки, по-популярни сред жените), интернет (Фигура 9).

Извън направените уговорки, най-достоверният и авторитетен източник на информация според респондентите, е квалифицираният и компетентен медицински специалист, медиите в различните им разновидности (телевизия, радио, интернет, печат), както и разговорите с близки хора присъстват в една или друга степен, което подчертава ролята на социалната среда при формирането на осъзнати поведенчески модели за здравословен стил на живот.

**Фигура 9.** Предпочитани източници на здравна информация (%)



Почти всички анкетирани (96%) са на мнение, че персоналното здраве е грижа и отговорност на самия индивид. Единици са респондентите, прехвърлящи отговорността върху лекарите, държавата и т.н.

### Изводи:

- По-голямата част от анкетираните (84%), независимо от възрастта и пола, са отлично информирани за вредата от тютюнопушенето за човешкото здраве; не са убедени или отричат това 16%;
- Средните количества алкохол при редовна консумация, дефинирани като „безвредни“ за здравето, при мъжете са по-високи от същите, посочени от жените;
- Фундаменталната роля за здравето на ежедневната сутрешна закуска се признава от 80% от анкетираните, преобладаващо сред по-възрастните; 5% не са убедени в необходимостта ѝ;
- Ролята на физическата активност за поддържането на добро здраве и тонус се осъзнава от над 80% от участниците. Само една трета от тях, предимно по-младите мъже, са информирани за полезната (над 30 минути) продължителност на едно физическо натоварване; сходни са делът и разпределението и по отношение правилната честота на упражняване (5-7 пъти седмично);
- Тенденциите при самооценката на анкетираните лица за информираността им за рисковите фактори, провокиращи и потенциращи развитието на хронични незаразни болести, както и ролята и значението на промяната в персоналното поведение за подобряване на здравето, са нееднозначни;
- Една трета от анкетираните оценяват здравните си знания като „отлични „и „много добри“; почти всеки втори – като „добри“, а всеки пети – като „средни“;
- Включените в проучването участници степенуват трите най-важни според тях предпоставки за здравословен живот в следния ред: рационален и балансиран хранителен режим (69.1%), живот без стрес (65.5%) и редовна физическа активност (37%);
- Водеща причина за високите нива на заболяемост в България, според отговорите на участниците, е стресът (почти половината анкетиран), следван от трудните условия на живот (всеки пети анкетиран) и нездравословното хранене (всеки шести анкетиран). Липсват изразени разлики по възраст и пол, с изключение на нездравословното хранене, преобладаващо посочено като причина при жените;
- Корекция на поведенческите навици в посока по-здравословни такива е предприета през последната година от част от анкетираните главно по отношение на консумация на повече зеленчуци, по-малко захар, ограничаване на мазнините и готварската сол. Промените в другите фактори на риска не са толкова изразени;
- Най-предпочитаният източник на здравна информация, посочен в отговорите на респондентите, остава квалифицираният и компетентен лекар, следван от електронните медии в реда радио и телевизия. За над 90% от изследваните отговорен за собственото си здраве е самият индивид; единици от анкетираните прехвърлят грижата за него върху лекарите, държавата и други.

### КНИГОПИС

1. Министерство на здравеопазването. Национална здравна стратегия 2021-2030 (проект), 2020.  
[https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2020/12/29/proekt\\_na\\_natsionalna\\_zdravna\\_strategiia\\_2021-\\_2030.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2020/12/29/proekt_na_natsionalna_zdravna_strategiia_2021-_2030.pdf)
2. Министерство на здравеопазването. Концепция „Цели за здраве 2020“, МЗ, 2015.  
[https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2015/04/08/kontseptsiya-tseli-za-zdrave-2020.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/08/kontseptsiya-tseli-za-zdrave-2020.pdf)
3. Тончева, С., С. Борисова. Промоцията на здраве – предизвикателство пред здравните професионалисти. Научни трудове на русенския университет - 2012, том 51, серия 8.3. <https://conf.uni-ruse.bg/bg/docs/cp12/8.3/8.3-2.pdf>
4. State of Health in the EU България Здравен профил за страната 2017.  
[https://ec.europa.eu/health/system/files/2017-12/chp\\_bulgaria\\_bulgarian\\_0.pdf](https://ec.europa.eu/health/system/files/2017-12/chp_bulgaria_bulgarian_0.pdf)

## РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА ТЮТЮНОПУШЕНЕТО СРЕД НАСЕЛЕНИЕТО НА ВЪЗРАСТ НАД 20 ГОДИНИ В Р БЪЛГАРИЯ

Тютюнопушенето е сред водещите рискови за здравето фактори и една от основните предотвратими причини за възникването на хронични незаразни болести, инвалидност и смърт (1). В световен мащаб всяка година загиват над 8 милиона души, засегнати пряко или косвено от тютюна. Повече от 7 милиона от тях умират от директна употреба, а още почти милион и двеста хиляди – от вдишването на вторичен тютюнев дим, докато самите те са непушачи. Шестдесет и пет хиляди от тези, които умират от болести, свързани с вдишването на вторичен тютюнев дим, са деца. Преодоляването на тютюневата пандемия остава предизвикателство пред здравеопазването в целия свят (1,2,3).

Последното проучване, което Евробарометър прави на общественото мнение и нагласите на европейците по редица въпроси, свързани с тютюна (4), е проведено през 2017 г. и проследява тенденциите за период от пет години. Спрямо 2012 година общият дял на настоящите пушачи е спаднал с 2 процентни пункта - до 26%.

Употребата на тютюневи изделия дори в Европа показва силно изразени регионални разлики. Разпространението на тютюнопушенето в страните от Южна Европа, в т.ч. и България, е много по-широко – там повече от една трета от проучените лица са пушачи. А по данни на НСИ, за периода от 2010 до 2019 година потреблението на цигари средно на лице от домакинство е нараснало, най-много през последната година (5).

В пряка връзка с икономическите кризи, доходите на населението и нарастването на същото това население, през последните 20 години в света се наблюдава спад в разпространението на тютюнопушенето (специфичен за всяка страна в контекста на първоначалните нива на разпространение) и ръст на абсолютния брой на пушачите (6).

Този феномен, заедно с новите стратегии на тютюневите компании за представяне и разпространение на новите тютюневи и свързани с тях изделия сред нови групи от населението (7,8), правят все по-очевидна необходимостта от качествено нови подходи към мотивирането и подкрепата за отказване от употребата на тютюневи изделия и никотин. А съответно и от профилактични програми за цялото население, адаптиране на интервенционните програми към възраст и пола принадлежност на целевите групи, базирано на актуална и детайлна информация за тях и за състоянието на проблема.

Към момента на изследването 39.4% от възрастното население употребява тютюневи изделия, като делът на мъжете е по-висок от този на жените (съответно 40.5% и 38.7%). Всеки 3-ти от анкетираните е ежедневен пушач – 36.1% от мъжете и 33.4% от жените. Най-висок е делът на ежедневните пушачи - мъже във възрастовата група 45-54 г. (49.0%), следват възрастовите групи 25-34 г. (39.3%) и 35-44 г. (39.5%), където показателите са почти изравнени. При жените най-висок е делът на лицата във възрастта 35-44 години (40.6%) (Таблица 1).

*Епизодичните пушачи* са малко на брой (4.9%), с известен превес на жените над мъжете (съответно 5.3% и 4.4%). Сред жените епизодичните пушачи преобладават във възрастта 25-34 г. (9.3%), сред мъжете – 55-64 г. (5.7%).

И при двата пола делът на *непушачите* намалява с над 10% след 24-годишна възраст, като остава сравнително стабилен до 54-годишна възраст при жените, варирайки от 52.0% до 55.2%. При мъжете от възрастовата група 45-54 г. се забелязва още един спад от 10% - от 57.2% на 45.7%. Следва нарастване и при двата пола, което при най-възрастните достига 78.2% непушачи при мъжете и 83.2% при жените на 65 и повече години.

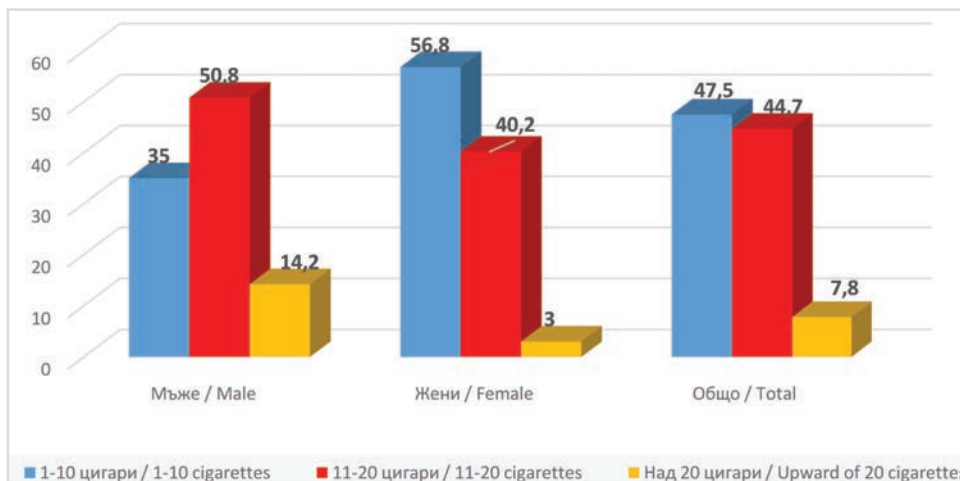
Таблица 1. Разпространение на тютюнопушенето по пол и възрастови групи (%)

Употреба на цигари	МЪЖЕ							ЖЕНИ							ВСИЧКО
	Възрастови групи						Общо	Възрастови групи						Общо	
	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+		20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+		
Ежедневно	29.4	39.3	39.5	49.0	32.8	20.4	36.1	28.4	38.2	40.6	39.7	32.2	15.8	33.4	34.5
Понякога	3.5	4.5	4.1	5.7	6.0	1.5	4.4	6.9	9.3	7.4	5.1	3.1	1.0	5.3	4.9
Не	67.1	56.3	56.4	45.3	61.1	78.2	59.5	64.7	52.5	52.0	55.2	64.7	83.2	61.3	60.6

Към момента 39.2% от възрастното население на страната пуши цигари, като делът на мъжете е по-висок от този на жените (съответно 40.0% и 38.6%). Съотношението на ежедневните и епизодичните пушачи на цигари е 7:1 (34.5% към 4.7%), като при първите незначителен превес имат мъжете, а при вторите - жените. Сред епизодичните пушачи при мъжете преобладават лицата на възраст 55-64 години (5.7%), а при жените - 25-34 години (9.3%).

На Фигура 1 са представени данните за средния брой готови цигари с филтър, изпушвани за 1 ден. Почти половината от пушачите (47.5%) изпушват до 10 цигари дневно, по 10-20 цигари дневно изпушват 44.7% от тях, над 20 цигари – 7.8% (14.2% при мъжете и 3.0% при жените).

**Фигура 1.** Интензивност на тютюнопушене по пол (%)



Над половината от респондентите (62.1%) са пропушили от 16 до 20-годишна възраст – 65.5% от мъжете и 59.7% от жените. Остава без промяна фактът, че 14.3% от анкетираните са започнали да пушат на 10-15-годишна възраст, като делът на рано пропушилите мъже е по-голям от този на жените (16.9% срещу 12.6%).

**Ежедневни пушачи.** Почти всеки десети от анкетираните пушачи (8.9%) е ежедневен такъв – 8.8% от мъжете и 9.0% от жените. Ежедневните пушачи са с най-голям брой при мъжете във възрастовите групи 35-44 г. (10.3%) и 45-54 г. (9.2%), а сред жените - в групите 25-34 г. (15.4%) и 35-44 години (8.9%). Водеща е възрастовата група 20-24 г. (12.9%), следват пушачите на възраст 25-34 години (11.7%).

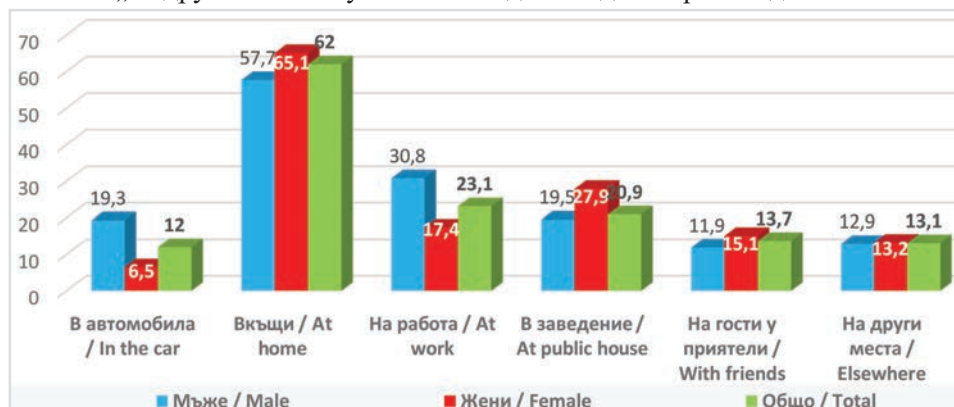
Ежедневните пушачи с най-дълъг пушачески стаж от 26+ години (36.8% от пушачите) са най-често мъже (41.9%) на възраст 55- 64 г. (87.5%). Жените в тази група са с почти десет пункта по-малко (32.9%), а от тях най-дълго са пушили 75.0% от споменатата по-горе възрастова група.

**Подкрепа за пълната забрана за тютюнопушене.** Повече от 2/3 от анкетираните пушачи подкрепят пълната забрана за тютюнопушене на закрити обществени места (67.1%). Мъжете са по-малко (62.2%) в сравнение с жените (70.7%). При мъжете подкрепата е най-масова в групата на 55-64-годишните (66.7%). Сред жените тази подкрепа е в по-младата възрастова група 25-34 години, където подкрепят забраната 79.1%.

Преобладаващият брой пушачи (62.0%) пушат „вкъщи“, по-често жените (65.1%) в сравнение с мъжете (57.7%). „В колата“ си пушат 12.0% от респондентите, тройно по-често мъжете (19.3%) в сравнение с жените (6.5%). Най-много в колите си пушат 25-36-годишните мъже – 26.0%.

Макар че около 2/3 от пушачите (67.1%) подкрепят тоталната забрана за пушене на обществени места, за всеки 4-ти анкетиран (23.1%) „работата“ е второто място, на което те пушат, с превес на мъжете (38.0%) в активна възраст, почти двойно в сравнение с жените – 17.4%, които са най-често на възраст 25-34 г. „В заведение“ пуши всеки пети от анкетираните пушачи (20.9%), като жените незначително преобладават (21.9% срещу 19.5%). „На гости у приятели“ и „на други места“ пушат почти еднакъв дял от респондентите – 13.7% и 13.1%, като жените предпочитат компанията почти два пъти по-често от мъжете, а те, на свой ред, по-често избират „другите места“ (Фигура 2).

**Фигура 2.** Места, на които пушат анкетираните, по пол (%)



### Употреба на други тютюневи изделия

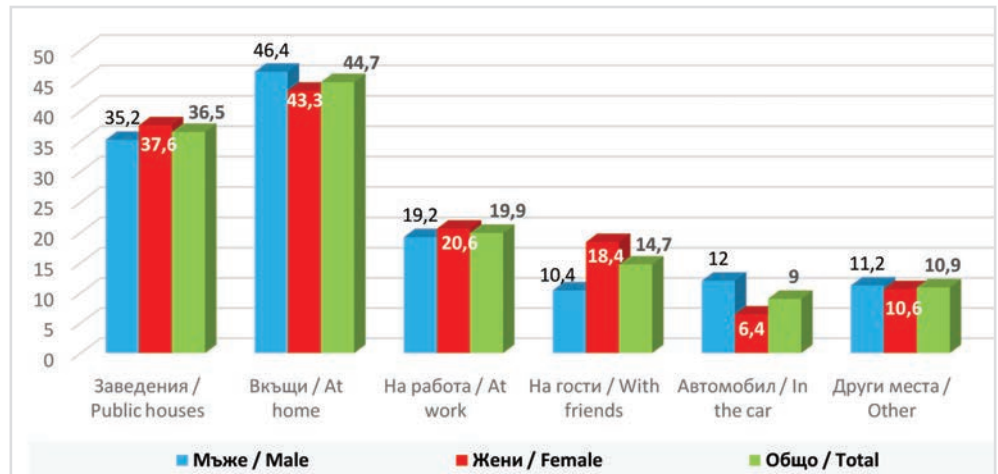
**Бездимни тютюни.** Употребата на тютюн за дъвчене е рядко явление в България (2.8%), по-често срещано при мъжете (1.6%), отколкото при жените (0.2%). Бездимните тютюни се употребяват най-вече „понякога“ от лица под 45-годишна възраст. Тютюнът за смъркане има сходна картина на употреба.

**Наргиле.** Пушат наргиле ежедневно или понякога 11.0% от анкетираните пушачи, практически поравно жени и мъже, като жените малко по-рядко го правят системно (4.1% срещу 6.0%). Наргиле пушат предимно младите хора от 20 до 35 години, като в най-млада възраст е налице лек превес при жените.

**Електронни цигари.** Почти всеки пети анкетиран е опитвал или е пушил електронни цигари. Половината от опиталите са продължили да ги използват постоянно – 9.6% от мъжете (предимно в по-млада възраст 20-34 г.) и 11.1% от жените, по-често във възрастовите групи 25-34 г. и 45-54 (над 11%).

Основната част от анкетираните пушачи употребяват бездимни тютюневи изделия, наргиле и електронни цигари *вкъщи* – 44.7% (46.4% от мъжете и 43.3% от жените), като делът им нараства няколко пъти с възрастта (Фигура 3). *В заведенията* употребяват тютюневите продукти 36.5% от анкетираните (35.2% от мъжете, предимно на възраст 20-34 г. и 37.6% от жените, основно на възраст 20-24 години (80.0%). На гости у приятели използват бездимни тютюни, наргиле или електронна цигара 14.7% от респондентите (10.14% от мъжете, с превес на младите мъже на възраст 20-24 г. и 18.4% от жените, основно в групата на 20-34-годишните). На работа посочват 19.9% от анкетираните пушачи, почти без разлика по пол и относително сходен дял във всички възрастови групи. Делът на отговорилите „на друго място“ съставлява една десета от дадените отговори (10.9%), без разлика по пол, по-често в най-младата група. Отговор „в автомобила“ дават 9.0% от запитаните, два пъти повече мъже на възраст 45-54 години, докато при жените делът им е 6.4%, най-вече във възрастовата група 25-34 години.

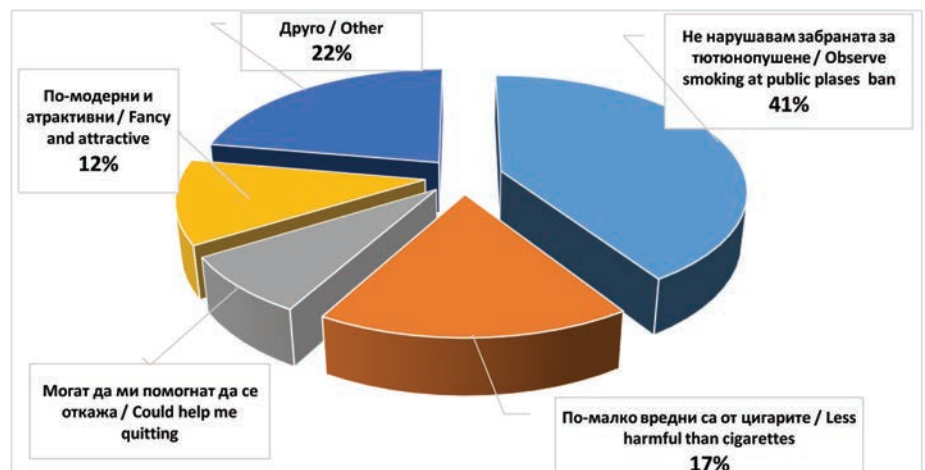
**Фигура 3.** Места, където се употребяват бездимни тютюни, наргиле и електронни цигари, по пол (%)



Повече от една трета от мъжете (41.2%) и почти всяка втора жена (46.0%) употребяват бездимни тютюни, наргиле и е-цигари, за да избегнат забраната за тютюнопушене на закрити обществени места (Фигура 4). Така отговарят най-често 45-54-годишните мъже и 35-54-годишните жени. Преценяват тези продукти като „по-малко вредни от цигарите“ 18.4% от анкетираните, без значима разлика по пол, като делът им нараства с възрастта.

За „по-модерни и атрактивни“ ги намират 12.5%, с лек превес на мъжете и еднозначно доминиране на най-младата възрастова група – над една четвърт от отговорите. Смятат, че „така могат да откажат цигарите“ 8.6% от анкетираните, като делът на мъжете е незначително по-висок от този на жените (10.1% срещу 7.3%). „Друго“ са посочили 23.8%.

**Фигура 4.** Причини за употребата на бездимни тютюни, наргиле и е-цигари (%)



Над половината респонденти са изложени на пасивно тютюнопушене в дома си (53.7%), малко повече мъжете (54.6%), като и при двата пола този дял нараства след 55-годишна възраст.

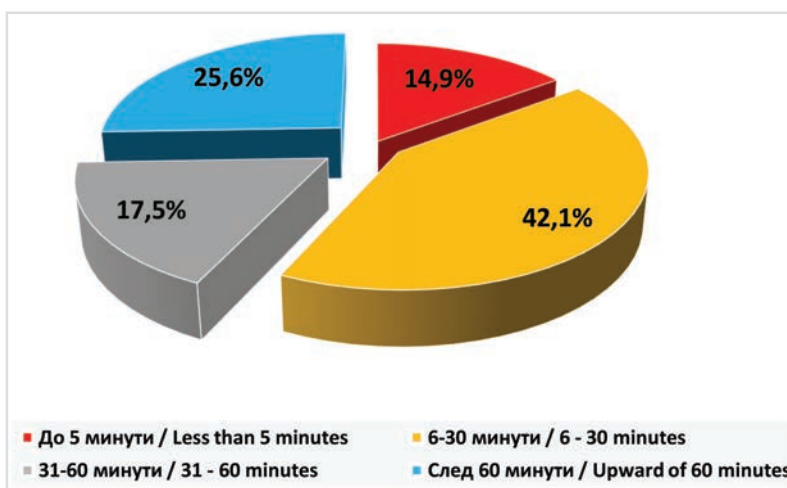
Около половината анкетирани съобщават, че практически никога не се намират на място, където някой пуши (46.2%). Една четвърт от отговорилите прекарват на такова място не повече от час. Под една пета (16.8%) са изложени на вторичен тютюнев дим от един до пет часа, като преобладават мъжете (19.1%) във възрастта 25-34 г., а при жените водеща група са 20-24-годишните. Над пет часа прекарват в задимена среда 11.5% от респондентите, жените по-често от мъжете. И при двата пола най-често това са лица на възраст 35-54 години, като при мъжете този период е малко по-дълъг – до 64-годишна възраст (Таблица 2).

**Таблица 2.** Среднодневна експозиция на тютюнев дим (%)

Интервал от време	МЪЖЕ							ЖЕНИ							ВСИЧКО
	Възрастови групи						Общо	Възрастови групи						Общо	
	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+		20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+		
Почти никога не се пуши	43.9	31.9	40.3	33.1	39.9	63.5	41.4	33.7	38.2	39.4	44.8	55.3	77.9	49.6	46.2
По-малко от 1 час дневно	28.0	30.5	25.6	25.2	22.5	20.5	25.1	28.7	32.8	31.4	26.8	24.4	11.7	25.8	25.5
Между 1 и 5 часа	17.1	22.1	18.1	22.7	21.3	10.5	19.1	23.8	20.3	17.6	18.0	12.0	4.7	15.2	16.8
Повече от 5 часа	11.0	15.5	16.0	19.0	16.2	5.5	14.5	13.9	8.8	11.6	10.4	8.3	5.7	9.4	11.5

**Зависимост.** Един от критериите за определяне на степента на никотиновата зависимост е времето между събуждането и запалването на първата цигара. До 5 минути след ставане от сън запалва първата си цигара всеки 5-и пушач от мъжете (19.2%) и 11.7% от жените; от 6 до 30 минути след ставане – повече от една трета (42.1%), с превес на жените (43.5%) над мъжете (40.2%). Един час след събуждането запалват първата си цигара 17.5% от пушачите, повече от час - 25.6% от тях (Фигура 5).

**Фигура 5.** Степен на никотинова зависимост (%)



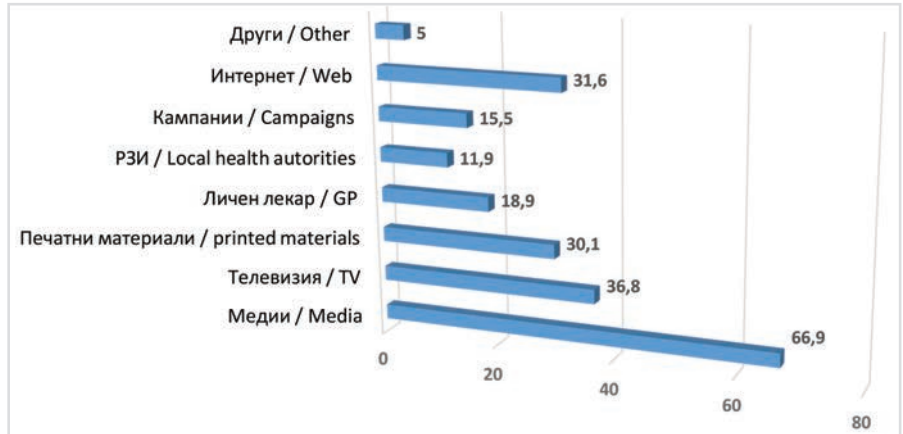
Като знак за никотинова зависимост могат да се разглеждат и трудностите с въздържането от пушене на места, където тютюнопушенето е забранено. Такива трудности изпитват 32.9% от пушачите, повече мъжете – 39.6%. При жените този дял е по-нисък – 27.9% и рязко нараства след 35-годишна възраст (от 20.9% на 33.5%).

**Информираност за вредата от тютюнопушенето**

Почти всички анкетирани лица са информирани за вредата от тютюнопушенето „напълно“ (91.7%) или „частично“ (6.2%). При мъжете информираността нараства с възрастта - от 75.0% при най-младите до 91.0% при тези на 55-64 години, след което леко спада. При жените делът на информираните не пада под 90.0% в никоя възрастова група, но е най-висок след 35 години.

**Водещи източници на информация** за тютюнопушенето и вредите, които то причинява, са масовите комуникационни канали (66.9%), съответно 36.8% - телевизия, 31,6% - интернет и 30.1% - печатни материали. От тях черпят информация предимно мъжете и жените над 25 години, т.е. хората в активна възраст. Интернет като източник на информация е посочен от по-младите възрастови групи – мъже и жени на 20-44 години.

Към личния си лекар се обръщат под една пета (18.9%) от респондентите. Кампаниите и РЗИ съвместно са източник на информация в една четвърт от случаите (съответно 11.9% и 15.5%) (Фигура 6).



**Фигура 6.** Източници на информация (%)

Реална представа за вредата от ароматизираните и тънки цигари имат 89.7% от анкетираните пушачи. Най-сигурни в това, че те не са по-малко вредни, са в по-младите възрастови групи до 44 години, където делът им не пада под 90%, като мъжете водят с малко.

### Отказване от тютюнопушенето

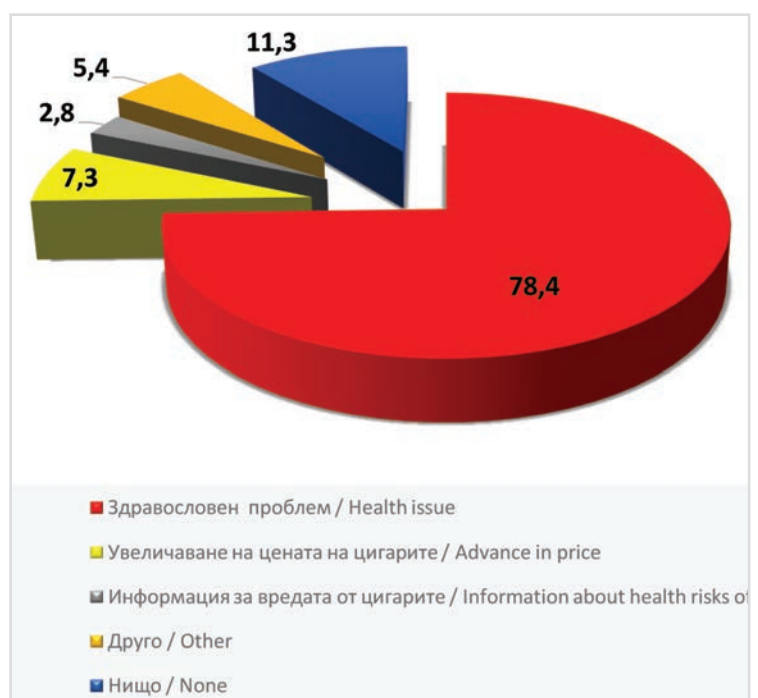
Анализът на данните показва, че повече от една четвърт от пушачите (26.1%) желаят да спрат цигарите – 28.6% от мъжете и 24.2% от жените. Най-висок е относителният дял на желаещите да откажат цигарите при мъжете на 25-34 г. (33.0%) и тези в следващата възрастова група (32.4%). Сред жените преобладават тези на възраст 20-24 г. (42.9%) и 55-64-годишните (30.0%). Не са сигурни, че желаят да спрат цигарите, 1/3 от пушачите (32.6%).

Категорично не желаят да откажат цигарите 41.3% от пушачите. Делът им при жените и мъжете се запазва почти еднакъв - те са предимно на възраст над 35 години, като жените преодоляват тази категоричност преди 54 години. Всеки трети от пушачите не е сигурен, че желае да спре цигарите (32.6%), повече жени, с превес на младите 20-34-годишни лица.

Под 2/3 от пушачите (61%) са правили опит да се откажат от този навик и са успели да задържат това състояние поне 24 часа. През последните 6 месеца са опитали 9.0% от мъжете и 7.7% от жените. Никога не са опитвали да откажат цигарите 39.0% от анкетираните, по-често мъжете (40.9% срещу 37.6%). Най-висок е делът им във възрастовите групи 20-24 г. и над 65 години.

### Причини за отказване

Водещата причина, която почти осем от десет анкетирани изтъкват като мотив за евентуално отказване от цигарите, е здравословен проблем (78.4%). В 11.3% от случаите изцяло липсва мотивация за отказване, по-често при мъжете - 13.9%, при жените този показател е 9.4%. И при двата пола липсата на мотивация за отказване е най-силно изразена след 55-годишна възраст, особено сред жените на възраст 65 и повече години – 20.8%. Нисък е делът на останалите причини като информираност за вредата от цигарите, увеличаването на цената на цигарите и други (Фигура 7).



**Фигура 7.** Причини за отказване от тютюнопушенето (%)



## **Загриженост за здравето**

Сериозна загриженост за вредните последици от пушенето върху здравето проявяват само 13.8% от анкетираните пушачи, почти поравно мъже и жени. Повече от половината (53.6%) са обезпокоени само до известна степен, като жените и респондентите над 25-годишна възраст са повече. Не са особено загрижени за последиците 21.9% от пушачите, почти без разлика по пол, най-вече младежите до 24 години и хората над 65 години. Никакво безпокойство за здравето си посочват 10.7% от пушачите, почти два пъти повече мъжете, отколкото жените, основно във възрастта до 34 и над 65 години.

## **Помощ и подкрепа при отказване**

Честият неуспех при отказване води до обезкуражаване на пушачите, а информацията, получена от медиите и интернет, ги подтиква да търсят специализирана помощ и подкрепа. Преценяват, че се нуждаят от такава помощ 12.6% от пушачите, по-често жените и лицата над 55 години (съответно 15.0% от мъжете на 55-64 години и 16.0% от жените на 65 и повече години). Почти две трети от анкетираните пушачи знаят къде да получат специализирана помощ (63.4%), като по-осведомени са жените като цяло (66.0%) и мъжете във възрастовата група 25-34 години – 73.2%. С възрастта степента на осведоменост намалява и при двата пола.

След значителен период от време, в който доминира „просветителската“ парадигма за превенция на рисковото за здравето поведение, последователното и по-задълбочено проследяване на средовите, социални и психологически фактори, залагащи и определящи това поведение, променя оценката за ролята им и необходимостта от отчитането им при стратегическо и интервенционно планиране (9). Донякъде на тази нова потребност отговарят събраните от Национално проучване на факторите на риска за здравето в Р България през 2020 година данни.

Над една трета от възрастното население в страната употребява различни видове тютюневи изделия, най-често цигари, като жените са незначително по-малко от мъжете. Повече от половината пушачи пушат интензивно, мъжете – два пъти по-често от жените, докато ежедневната употреба се среща еднакво често при двата пола – една трета от пушачите са тютюнопушачи. Две трети от пушачите са така наречените спорадични или социални пушачи, справящи се по този приемлив в нашата съвременна култура начин с напрежението от социалните контакти и ситуации (9). Те представляват една много перспективна група за вторична превенция и насърчаване на отказването от употребата на никотин и тютюневи изделия.

Най-много ежедневни пушачи се срещат в две от най-активните възрастови групи при мъжете 45-54 г. и 35-44 г., докато при жените – само в първата. Епизодичните пушачи са малко на брой и намаляват в по-големите възрастови групи. Закономерно от физиологична и социологическа гледна точка, с нарастване на житейското натоварване и стрес, нараства и употребата, и зависимостта от никотина и процеса на пушене, като психологическата такава преминава във физическа при все по-голям дял от пушачите.

Към употребата на цигари се добавят и новите тютюневи изделия, като най-опасна е двойната им употреба и тази на места, които не са контролирани нито като време, нито като количество на употреба. Всеки десети пуши наргиле ежедневно или понякога, почти всеки пети – електронна цигара. Употребяващите нови тютюневи и свързани с тях изделия не се самозаблуждават, че го правят, за да откажат цигарите. Над една трета от тях заявяват, че се опитват да избегнат забраната за тютюнопушене на закрити обществени места. При жените такива са почти половината. За степента на зависимост от никотина са показател и трудностите при спазване на тази забрана. Такива изпитват една трета от пушачите, най-вече мъжете, като всеки пети от тях и всяка десета от жените-пушачки проявяват висока степен на зависимост. Заедно с умерено зависимите, те достигат половината от всички пушачи.

Почти всички анкетираните лица са информирани напълно или частично за вредата от тютюнопушенето от медиите и интернет. Практическо доказателство за тази информираност е мнението на анкетираните пушачи за ароматизираните и тънки цигари – девет от десет не смятат, че тези продукти са по-малко вредни от стандартните цигари.

Въпреки добрата информираност, над една трета от анкетираните пушачи не изявяват желание да откажат тютюнопушенето. Три четвърти биха се мотивирали за това от (собствен) здравословен проблем, както и се случва на практика: при седем от десет анкетираните настоящи непушачи водещата причина за отказване на цигарите е „загриженост за здравето“, проявяваща се в еднаква степен при двата пола. Това недвусмислено показва фактическо, продължаващо през целия пушачески стаж, а често и през целия живот, несъвпадение между усвоените познания и осъзнаването, приемането и включването им в персоналната система от ценности така, че те да станат ръководство за действие.

Някакъв опит да откажат цигарите са правили по-малко от 2/3 от пушачите. Много малък дял от запитаните преценяват, че би им била необходима специализирана помощ за това.

В съвкупност тези явления са резултат не само от промените в социалните и демографските характеристики на населението, но и от коренната промяна в стратегиите на тютюневите компании (10).

### Изводи:

- Над една трета от възрастното население в страната употребява някакво тютюнево изделие (39.4%), като жените са незначително по-малко от мъжете (38.7% срещу 40.5%). Преобладаващата част от пушачите употребяват цигари, като почти половината от тях (47.5%) изпушват до 10 цигари дневно, над 40% - по кутия, а 7.8% - над кутия дневно, два пъти по-често – мъжете;
- Над половината от анкетираните лица са пропусили на 16 до 20-годишна възраст – 65.5% от мъжете и 59.7% от жените. Почти всеки шести е започнал да пуши на 10-15- годишна възраст, като делът на рано пропусилите мъже е по-голям от този на жените;
- Почти всеки трети от пушачите употребява цигари редовно – 36.1% от мъжете и 33.4% от жените. Сред мъжете преобладават тези на възраст 45-54 г. (49.0%) и 35-44 г. (46.9%), сред жените - 35-44-годишните (43.3%). Епизодичните пушачи са с нисък относителен дял и намаляват с възрастта от 5.3% при най-младите до 1.2% при хората над 65 години;
- Наргиле пушат ежедневно или понякога 11.0% от анкетираните, а 18.4% употребяват електронна цигара. Над 40% от тях (почти равен дял мъже и жени, предимно млади хора) ги употребяват вкъщи или в заведение;
- Над една трета от употребяващите наргиле и е-цигари го правят, за да избегнат забраната за тютюнопушене на закрити обществени места (41.2% от мъжете и 46.0% от жените). Тези, които го правят, за да откажат цигарите, са 8.6%;
- Симптоми на силна никотинова зависимост проявяват 19.2% от мъжете и 11.7% от жените, на умерена такава – съответно 40.2% и 43.5% от тях. Трудности при спазване на забрана за тютюнопушене изпитват една трета от пушачите (32.9%), най-вече мъжете;
- Над половината от респондентите (53.7%) са изложени на вторичен тютюнев дим в дома си;
- Почти всички анкетираните лица са информирани напълно или частично за вредата от тютюнопушенето (97.9%), като водещи източници на информация са медиите и интернет;
- Ефектът от тази информираност е забележим в преценката на анкетираните пушачи за ароматизираните и тънки цигари – 89.7% от тях смятат, че тези продукти са не по-малко вредни от стандартните цигари;
- Въпреки добрата информираност, над една трета от анкетираните пушачи (41.3%) не изявяват желание да откажат тютюнопушенето. Повече от една четвърт обаче желаят да спрат цигарите (26.1%). Болшинството от пушачите (78.4%) биха се мотивирали за това от здравословен проблем;
- Сериозна загриженост за вредните последствия от пушенето върху здравето им проявяват само 13.8% от анкетираните пушачи, почти поравно мъже и жени. Не изпитват безпокойство за здравето си една десета от пушачите, предимно мъжете в млада или следпензионна възраст;
- Под 2/3 от пушачите са правили опит да откажат цигарите (61.0%), като само 12.6% от тях считат, че би им била необходима специализирана помощ за това.

### КНИГОПИС

1. U.S. Department of Health and Human Services. How tobacco smoke causes disease –the biology and behavioral basis for tobacco-attributable disease. A report of the Surgeon General. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2010.  
[https://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/2010/index.htm](https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2010/index.htm)
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), GBD compare University of Washington, Seattle (WA), 2017.  
<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
3. World Health Organization. Tobacco: key facts. In: World Health Organization, Geneva, 2019.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
4. Eurobarometer 458, 2017.  
<http://www.europarl.europa.eu/at-your-service/en/heard/eurobarometer>
5. Национален статистически институт, 2020.  
<http://www.nsi.bg>
6. Global burden of disease studies tobacco collaborators, Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet Volume 397, ISSUE 10292, P2337-2360, June 19, 2021.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01169-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01169-7)

## УПОТРЕБА НА АЛКОХОЛ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ НАД 20 ГОДИНИ В Р БЪЛГАРИЯ

Употребата на алкохол е една от проявите на нездравословен начин на живот и е проблем за повечето страни в света, включително и за България. Алкохолът води до сериозни неблагоприятни последици върху живота и благосъстоянието на хората. Той е рисков фактор за физическото здраве на човека и може да предизвика множество психиатрични и неврологични заболявания. Злоупотребата с алкохол води до появата на различни болести, нетрудоспособност и преждевременна смърт.

В световен план алкохолът е причина за 3 милиона смъртни случаи, което е 5.3% от всички смъртни случаи за 2016 г. (1). Той е водеща причина за смърт сред 15–49-годишните и е отговорен за 2545 смъртни случая всеки ден в европейския регион (2,3).

Алкохолът е рисков фактор за заболяемост и смъртност и поради големия брой заболявания, с които е свързан - над 230 болести и наранявания. Непреднамерените наранявания, заболяванията на храносмилателната система и разстройствата, дължащи се на употребата на алкохол, имат най-значима роля за всички изгубени години живот в добро здраве поради ранна заболяемост, инвалидност и преждевременна смъртност по DALY (Disability Adjusted Life Years), съответно 30%, 17.6% и 13.9%. Консумацията на алкохол допринася за 10.5% от всички смъртни случаи, свързани със ССЗ и 11.0% по DALY. Изследвания в тази област продължават да прибавят и допълнителни състояния към вече установените, причинени не само върху консумацията алкохол, но и върху обкръжението на лицата, засегнати от тези, които употребяват алкохол (1).

Доклад на СЗО от 2019 г., обхващаш данните от 30 държави в Европа, индикира, че не се отбелязва статистически значим спад при употребата на алкохол за периода 2010-2016 г, като най-високи нива в световен план продължават да бъдат измервани в европейския регион - средно 9.8 литра абсолютен алкохол на глава от населението. България заема една от първите позиции в Европа, отчитайки 11.4 литра АА. Същевременно, по данни на НСИ, страната ни отбелязва значителен ръст на потреблението на алкохолни напитки през последните години, като се наблюдава увеличение от 9 литра за периода 2010-2019 година<sup>1</sup>.

За същият период средните разходи на домакинство за алкохолни напитки и тютюневи изделия в България се увеличават от 372 лв. на 568 лв. (4).

Алкохолът е рисков фактор за заболяемост и смъртност, като при оценката на причинената от него вреда трябва да бъдат взети под внимание две важни измерения на неговата експозиция – средно ниво на консумация и модели на алкохолна консумация (5). Последните десетилетия приносят от различни проучвания (клинични, епидемиологични и др.) насочва изследователите към необходимостта от системен мониторинг на тези индикатори. Мониторингът на тенденциите в употребата на алкохол е от съществено значение при разработването и прилагането на превантивни интервенции и политики. Системното проследяване дава възможност да се отбележат промените относно вредите, свързани с алкохола, както и да се идентифицират областите, на които трябва да се обърне специално внимание.

С нарастващото съзнание за въздействието на алкохола върху здравето и благосъстоянието на индивида, алкохолът е включен и като основен рисков фактор в Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести. В изпълнение на програмата се проведе Национално проучване на факторите на риска за здравето в Република България, проследявайки разпространението на алкохола сред населението на страната.

Резултатите от представителното изследване показват, че 65.5% от анкетираните лица консумират алкохолни напитки, като при 25.5% от тях употребата е редовна, а при 40% - понякога (Таблица 1). Мъжете по-често консумират ежедневно алкохол в сравнение с жените (40.8% срещу 14.7%), като най-висок е относителният им дял във възрастовата група 45-54 г. (47.3%), което се наблюдава и при жените (съответно 18.4%). Съотношението между мъжете и жените, които са посочили, че употребяват алкохол, е 1.39:1, при общ дял на алкохолна консумация от 78.3% за мъжете и 56.4% за жените. Делът на мъжете, които не консумират алкохол, е два пъти по-нисък от този на жените – съответно 21.8% и 43.5%.

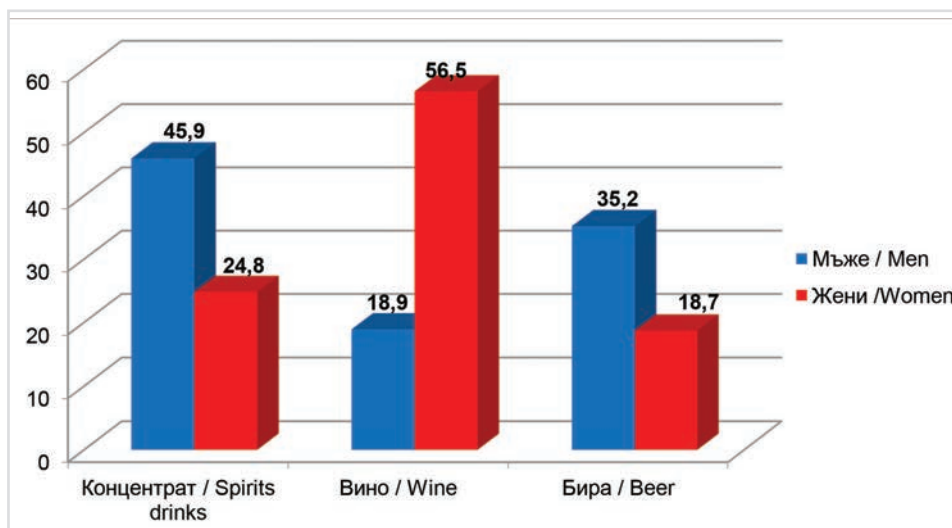
<sup>1</sup> Потреблението представлява количествата консумирани хранителни продукти и напитки при домашни условия и не включва консумацията в заведения за обществено хранене

**Таблица 1.** Консумация на алкохол по пол и възрастови групи (%)

	ПОЛ														ОБЩО
	МЪЖЕ							ЖЕНИ							
	Възрастови групи						Общо	Възрастови групи						Общо	
	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+		20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+		
Да	21.2	31.7	43.3	47.3	46.5	40.3	40.8	14.7	16.8	16.9	18.4	12.5	8.6	14.7	25.5
Понякога	50.6	45.8	37.6	29.7	37.6	32.7	37.5	52.0	47.6	47.2	37.7	42.8	29.8	41.7	40.0
Не	28.2	22.5	19.2	23.0	15.9	27.0	21.8	33.3	35.6	35.9	43.9	44.7	61.5	43.5	34.5

Последните данни за европейския регион на СЗО показват, че повече от половината от популацията на Европа (над 15-годишна възраст) консумира алкохол (59.9%), като традиционно делът на мъжете е по-голям от този на жените – 69.2% срещу 51.4%. В средиземноморските и източноевропейските страни разпространението по индикатор за настояща консумация е под средното за ЕС+ (72%), като този ефект отчасти се дължи на по-високите средни нива на въздържание при жените в тези страни. Това се отразява и в съотношението между двата пола в тези държави, което е 1.47:1 в полза на мъжете, при дял на алкохолна консумация от 78.4% за мъжете и 53.2% за жените (5).

Настоящото проучване установява, че над 70% от анкетираните българи (74.2%) имат предпочитание към вида на алкохолната напитка, която консумират, по-често мъжете над 65 години и жените във възрастовата категория 25-34 години. Почти всеки втори мъж предпочита концентрати (45.9%), следват бирата и виното (съответно 35.2% и 18.9%). При жените над половината предпочитат вино (56.5%), следвано от концентратите и бирата (съответно 24.8% и 18.7%) (Фигура 1).

**Фигура 1.** Предпочитана напитка по пол и възрастови групи (%)

Прави впечатление, че след 45-годишна възраст, предпочитанията на мъжете се изместват от бирата към концентратите, като максимални стойности се установяват във възрастта 65+ години. Подобна е ситуацията и при жените, където с възрастта се наблюдава намаляване на предпочитанията към виното и увеличаване към концентратите.

Пълни въздържатели сред населението по отношение на консумацията на концентрати са 10.7% (3.4% от мъжете и 17.7% от жените). Интересен е фактът, че виното и бирата не са били част от годишната алкохолна консумация на близо 20% от мъжете, докато при жените този процент е съответно 15.4% и 32.3%.

Въпреки че в световен план концентратите са най-често консумираните напитки, в Европа предпочитанията към бирата са значително по-големи (40.0% - концентрати; 29.8% - бира) (1). Докладът на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) за „Предотвратяване на вредната употреба на алкохол“ (2021) посочва осем държави, при които концентратите изместват останалите напитки, нареждайки се на първо място по предпочитания (включително някои страни от Централна и Източна Европа като Словашката република, Естония и България) (6).

### Честота на консумация на концентрати

Една четвърт от мъжете (24.1%) и 37.3% от жените никога или няколко пъти годишно са консумирали концентрати. Няколко пъти в месеца (включително веднъж седмично) - 32.2% от мъжете и 28.6% от жените. Всеки четвърти мъж е консумирал концентрат 2-3 пъти седмично срещу 16.8% от анкетираните жените, по-често 55- 64-годишните мъже (38.7%) и 65+-годишните жени (21.4%) (Таблица 2).

Таблица 2. Консумация на концентрати сред анкетираните по пол и възраст (%)

Честота	ПОЛ														Общо
	МЪЖЕ							ЖЕНИ							
	Възрастови групи						Общо	Възрастови групи/ Age groups						Общо	
	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+		20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+		
Никога	3.5	5.1	1.5	3.0	3.0	4.8	3.4	20.9	21.5	18.1	16.9	14.2	15.9	17.7	10.7
Няколко пъти годишно	43.9	30.7	24.2	14.9	11.3	18.2	20.7	35.8	39.2	34.7	27.4	28.0	28.6	32.1	26.6
2-3 пъти месечно	31.6	31.3	24.2	13.9	14.3	13.9	20.0	28.4	15.3	16.1	17.4	16.1	17.5	17.1	18.5
Веднъж седмично	7.0	11.4	14.6	15.4	11.7	8.5	12.2	3.0	10.5	11.7	12.8	14.7	9.5	11.5	11.8
2-3 пъти седмично	7.0	17.0	19.2	30.8	38.7	23.0	25.4	9.0	12.0	16.1	19.6	19.3	21.4	16.8	21.0
Ежедневно	7.0	4.5	16.2	21.9	20.9	31.5	18.3	3.0	1.4	3.2	5.9	7.8	7.1	4.8	11.4

Ежедневна употреба се установява при 18.3% от мъжете, по-често във възрастта над 65 години (31.5%). Четири пъти по-ниска е ежедневната консумация при жените (4.8%), като най-висок е делът им сред 55-64-годишните и тези над 65 години.

### Честота на консумация на вино

Половината от интервюираните лица не са консумирали вино или са го консумирали само няколко пъти през последните 12 месеца. (Таблица 3) Делът на жените е по-голям от този на мъжете. От 2 до 3 пъти в месеца са употребявали вино 14.8% от мъжете и 20% от жените. Подобна разлика между двата пола се установява и при консумиращите веднъж или два-три пъти седмично – 24% от мъжете и 30% от жените. Всяка четвърта жена във възрастта 45-54 години е посочила, че консумира вино 2-3 пъти седмично. При ежедневната консумация делът на мъжете е два пъти по-голям от този на жените – 6.1% срещу 3.3%, по-често при мъжете над 65 години (11.6%) и 25-34-годишните жени (4.3%).

Таблица 3. Консумация на вино сред анкетираните по пол и възраст (%)

Честота	ПОЛ														Общо
	МЪЖЕ							ЖЕНИ							
	Възрастови групи						Общо	Възрастови групи						Общо	
	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+		20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+		
Никога	29.3	22.6	15.7	19.0	17.8	18.9	19.3	11.9	13.5	12.9	17.3	19.3	15.2	15.4	17.3
Няколко пъти годишно	43.1	40.1	40.9	37.0	30.0	29.3	35.8	35.8	29.0	29.7	30.5	31.7	32.8	30.8	33.3
2-3 пъти месечно	12.1	14.7	14.6	14.0	15.2	16.5	14.8	34.3	23.2	22.5	15.9	15.1	17.6	20.0	17.5
Веднъж седмично	6.9	9.6	8.6	6.5	10.0	8.5	8.6	6.0	11.1	13.3	10.0	10.6	12.0	11.0	9.8
2-3 пъти седмично	5.2	9.0	15.2	18.0	20.9	15.2	15.4	9.0	18.8	18.1	25.0	19.7	18.4	19.4	17.5
Ежедневно	7.0	4.5	16.2	21.9	20.9	31.5	18.3	3.0	1.4	3.2	5.9	7.8	7.1	4.8	11.4

### Честота на консумация на бира

Всеки десети мъж не в консумирал бира през последната година, а всеки пети я е употребявал няколко пъти. (Таблица 4). Всяка трета жена е въздържател, като най-висок е делът на 20-24-годишните (39.1%). Почти еднаква е честотата на консумация при двата пола в случаите, когато мъжете и жените са консумирали бира 2-3 пъти месечно, съответно 19% и 15.5%, най-често 20-24-годишните. Всеки четвърти мъж пие бира 2-3 пъти седмично, докато при жените този показател е повече от два пъти по-нисък (съответно 26.1% и 11.2%). Ежедневна употреба на бира се отчита при 14.3% от мъжете и 2.6% от жените.

Таблица 4. Консумация на бира сред анкетираните по пол и възраст (%)

Честота	ПОЛ														ОБЩО
	МЪЖЕ							ЖЕНИ							
	Възрастови групи						Общо	Възрастови групи						Общо	
	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+		20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+		
Никога	5.2	9.0	5.5	10.9	9.6	18.9	10.2	39.1	35.8	32.2	30.3	30.0	29.9	32.2	21.5
Няколко пъти годишно	31.0	18.6	15.1	19.4	21.4	21.3	19.8	18.8	30.9	31.8	33.5	31.4	27.6	30.6	25.3
2-3 пъти месечно	27.6	23.7	20.6	18.4	16.2	13.4	19.0	24.6	12.7	13.9	15.1	18.6	13.4	15.5	17.2
Веднъж седмично	5.2	11.3	11.6	9.0	12.2	10.4	10.6	10.1	5.4	6.5	8.7	9.5	9.4	7.9	9.2
2-3 пъти седмично	25.9	21.5	27.1	30.8	28.8	20.1	26.1	4.3	12.3	13.1	8.7	8.6	18.1	11.2	18.4
Ежедневно	5.2	15.8	20.1	11.4	11.8	15.9	14.3	2.9	2.9	2.4	3.7	1.8	1.6	2.6	8.3

### Видове алкохолна консумация

Алкохолните напитки се различават по своето алкохолно съдържание, което обикновено се посочва в обемни проценти алкохол. В Закона за здравето алкохолни напитки са „спиртните напитки, виното и бирата“, като дефиницията за спиртни напитки е „течности, предназначени за консумация, които съдържат най-малко 15 обемни процента етилов алкохол“. Етанолът е тъждествен на понятието абсолютен алкохол (АА) (когато не съдържа повече от 1% маса вода), като една единица АА е един грам алкохол, а в един мл алкохол се съдържат 0.785 грама алкохол.

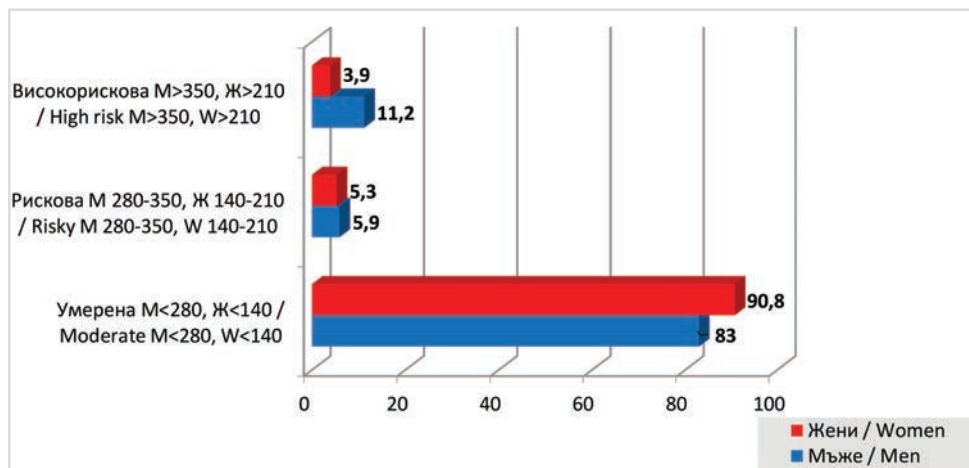
Употребата на алкохолни напитки може да варира от пълно въздържание или малка по количество консумация, до прекомерна такава, а проблемите, произтичащи от алкохола - в диапазона от липса на такива до значителни или сериозни. Количеството употребен алкохол на седмична база е прието като рисков фактор, който действа главно чрез биохимични ефекти или чрез зависимост, и може да доведе до дългосрочни последици. Според консумираното количество алкохол през седмицата консумацията на алкохол се класифицира като: умеренорискова (до 280/140 мл АА), рискова (280-350/ 140-210 мл АА) и високорискова (над 350/210 мл АА). Това категоризиране е важен индикатор при определянето на последиците от употребата на алкохол и е застъпено и в националните проучвания, провеждани в България през последните две десетилетия (епидемиологичното изследване CINDI Health Monitor за разпространението на факторите на риска за хроничните незаразни болести 2002, 2007; Националното проучване на факторите на риска за здравето 2014).

Проследявайки количеството приет алкохол на седмична база, настоящото национално проучване показва, че приетото средно количество абсолютен алкохол при мъжете е 164.2 мл, като най-високи стойности се отчитат във възрастта 35-44 г. (187.9 мл), 45-54 г. (175 мл) и 55-64 г. (179 мл). При жените средното количество АА е 57.9 мл, като най-високи стойности се наблюдават във възрастовите групи 35-44 г. (65 мл) и 55-64 г. (58.5 мл).

Следвайки класификацията за модели на алкохолна консумация на седмична база, настоящото изследване показва, че умерена седмична употреба на алкохол (<280 мл при мъжете и <140 мл при жените)

се установява при 83% от мъжете и 90.8% от жените. При 5.6% от консумиралите се наблюдава рискова седмична консумация (280-350 мл при мъжете и 140-210 мл при жените) - 5.8% от мъжете, най-често 55-64-годишните (8.5%) и 35-44-годишните (7.5%), и 5.3% от жените, по-често 35-44-годишните (6.3%) и 45-54-годишните (6.2%). Високорискова консумация (>350 мл при мъжете и >210 мл при жените) е регистрирана при 11.2% от мъжете и 3.9% от жените (Фигура 2).

**Фигура 2.** Количество на седмичната консумация на алкохол по пол (%)



### Навици, свързани с употребата на алкохол

Данните от проучването показват, че сами, без компания са консумирали алкохол 49.2% от мъжете и 26.7% от жените. Необходимост да пият сутрин са изпитвали 2.7% от изследваните, като по-висок е дялът при мъжете (4.6%), основно във възрастовите групи 25-34 г. (5.6%), 35-44 г. (5.6%).

Ежедневна консумация на алкохол са отбелязали 13.6% от анкетираните, като процентът при мъжете е значително по-висок, отколкото при жените (20.6% срещу 7%). Значителен дял от мъжете над 65 години (30%) заявяват, че алкохолът е част от ежедневното им меню.

Смятат, че трябва да намалят приеманото количество алкохол, 14% от анкетираните. Този показател е регистриран при повече от 20% от мъжете, с най-висок дял при 45-54 г. (28%) и при 6.8% от жените.

Почти всеки пети мъж (18.2%) е посочил, че се чувства раздразнен, когато го критикуват, че употребява алкохол, най-често във възрастта 35-44 г. (20.2%) и 55-64 г. (21.2%). При жените дялът е много по-нисък – 6.8%, предимно 35-44-годишните (8.8%).

Чувство на вина, вследствие консумацията на алкохол, е най-разпространено сред 45-54-годишните мъже (14.6%). Дялът на жените спрямо този на мъжете е повече от два пъти по-нисък (съответно 4.9% и 11.6%). Почти 10% от всички анкетираните между 35-54 години са индикирали, че са изпитвали подобни чувства.

### Получени съвети относно употребата на алкохол

Здравните услуги, свързани с осигуряването на съвети относно употребата на алкохол, са важен фактор при мотивация за промяна на здравното поведение. Подобни дейности са част и от Цел 3.5 от Целите за устойчиво развитие, подчертавайки необходимостта от повишаване на превенцията и лечението на вредната употреба на алкохол (5).

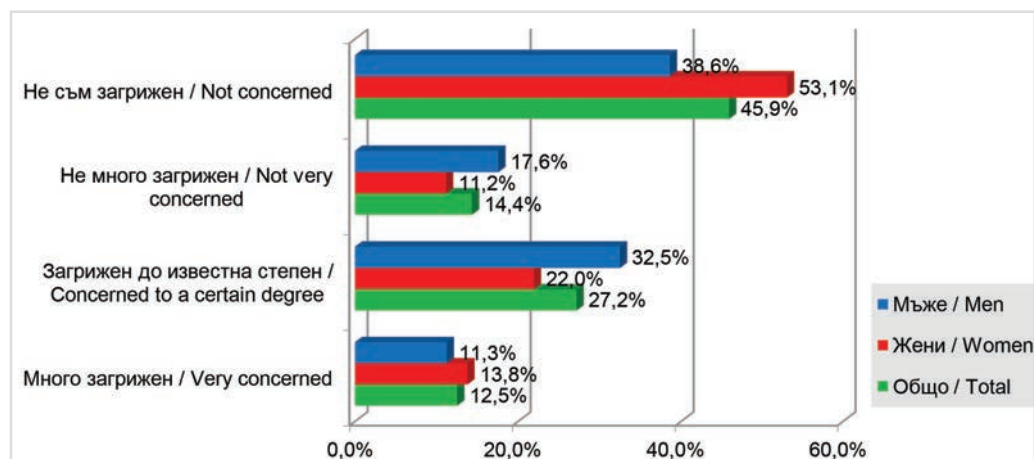
Резултатите от настоящото проучване показват, че дялът на интервюираните лица, които са посочили, че са получавали съвет от лекар да намалят консумацията на алкохол е нисък – 2.8%, по-често мъже на възраст 55-64 години. Нисък е дялът и на лицата, получили съвет от друг медицински персонал – 0.4%. Съвети за ограничаване на употребата на алкохол от член на семейството са получили 9.5% от анкетираните, като най-често това са мъже на 55-64-годишна възраст (18.2%). Получилите съвет от други източници са 1.6% (Таблица 5).

Таблица 5. Получени съвети за намаляване количеството на консумирания алкохол по пол и възраст (%)

		ПОЛ														ОБЩО		
		МЪЖЕ / MALE							ЖЕНИ / FEMALE									
		Възрастови групи/ Age groups							Общо	Възрастови групи/ Age groups							Общо	
		20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	20-24		25-34	35-44	45-54	55-64	65+				
Лекар	Да	0.0	1.2	4.8	5.5	7.8	6.5	4.9	1.5	0.5	0.0	0.9	1.5	0.8	0.8	2.8		
	Не	100	98.8	95.2	94.5	92.2	93.5	95.1	98.5	99.5	100	99.1	98.5	99.2	99.2	97.2		
Друг здравен персонал	Да	0.0	0.6	0.5	0.0	1.9	0.7	0.7	0.0	0.5	0.0	0.5	0.0	0.0	0.2	0.5		
	Не	100	99.4	99.5	100	98.1	99.3	99.3	100	99.5	100	99.5	100	100	99.8	99.5		
Член на семейството	Да	7.1	13.6	16.2	17.6	18.2	17.2	16.1	2.9	3.4	4.6	1.4	3.5	3.3	3.3	9.5		
	Не	92.9	86.4	83.8	82.4	81.8	82.8	83.9	97.1	96.6	95.4	98.6	96.5	96.7	96.7	90.5		
Други	Да	3.5	3.4	2.2	4.3	2.3	1.3	2.8	0.0	1.0	0.4	0.5	0.5	0.0	0.5	1.6		
	Не	96.5	96.6	97.8	95.7	97.7	98.7	97.2	100	99.0	99.6	99.5	99.5	100	99.5	98.4		

Националното проучване изследва и отношението на анкетираните относно вредните последици от злоупотребата с алкохол. Почти половината от лицата (45.9%) са отбелязали, че не са загрижени относно вредите върху здравето, като делът на жените (53.1%) е по-висок от този при мъжете (38.6%) (Фигура 3).

Фигура 3. Загриженост за вредните последици от злоупотребата с алкохол по пол (%)



### Вреди върху околните, причинени от употребата на алкохол на друго лице

Докато вредите върху здравето на консумирания алкохол са добре познати, значително по-малко изследвания описват социалната вреда и негативните последици, асоциирани с вредите върху благосъстоянието и здравето на хората около употребяващите алкохол. Последният доклад на СЗО за алкохола подчертава необходимостта факторът алкохол да не бъде ограничаван само за вредите върху консумацията, а да бъде разглеждан и от перспективата на “вредата към другите” (1).

Вредата от алкохол към други лица е вредата, причинена от консумацията алкохол, върху обкръжението му, като тези вреди могат да бъдат различни по вид, честота и тежест. Изследваните в това проучване вреди за първи път разглеждат влиянието им върху населението в България.

Поставянето на дете в обстановка, в която се злоупотребява с алкохол, е важен фактор, който увеличава вероятността детето също да злоупотребява с алкохолни напитки в бъдеще, както и до множество неблагоприятни последици за неговото развитие. Всеки осми анкетиран посочва, че като дете/тийнейджър е живял с човек, който е имал проблеми с алкохола. И при двата пола най-висок е делът на лицата на 35-44 години (17.4% при мъжете и 17.1% при жените).

Изследването показва, че *поради употребата на алкохол на друго лице*:

- Всеки трети е оставал буден през нощта – по-често 45-54-годишните мъже (46.6%) и почти половината от 65+-годишните жени (41%);
- Всеки шести е бил обиждан, като почти всяка трета жена на 55-64 години е била поставена в подобна ситуация (31.6%);



- 5.7% от 20-24-годишните лица са били подложени на физически тормоз;
- 18.6% от анкетираните са били замесени в сериозен спор, като най-често това се наблюдава при 35-44-годишните мъже и жени (съответно 27.4% и 22.7%);
- 2.6% са били поставени в опасна ситуация, като пасажери в кола, шофирана от лице, употребило алкохол. 20-24-годишните жени са групата с най-висок дял – 7.1% сред анкетираните;
- 2.1% от интервюираните са били замесени в пътен инцидент;
- Всеки десети се е чувствал в опасност на публично място, като най-често засегнатите са били жените на 20-24 години (14.3%), както и мъжете на 20-24 и 55-64 години (12%);
- Всеки трети (30.3%) е попадал в ситуация, в която е почувствал раздразнение от прояви на замърсяване с отпадъци, повръщане и др. Висок е делът на младите хора и при двата пола в категорията 20-24 години, като всеки втори е отбелязал тази вреда, вследствие употребата на алкохол на друго лице.

### Изводи:

- Всеки четвърти анкетиран употребява алкохол редовно, като делът на мъжете е 2.7 пъти по-голям от този на жените (40.8% от мъжете и 14.7% от жените). Сред мъжете, консумиращи алкохол, преобладават тези във възрастовите групи 45-54 г. и 55-64 г., а сред жените – тези във групите 45-54 г. и 35-44 г.;
- Почти 75% от анкетираните имат предпочитания към консумирания алкохол - всеки втори мъж – концентрат, всяка втора жена предпочита вино. И при двата пола бирата е сред по-малко предпочитаните напитки;
- Почти всеки девети консумира концентрат ежедневно, като преобладават мъжете, предимно над 65-годишна възраст (31.5%). Повече от 1/3 от лицата са отбелязали, че са употребявали концентрат няколко пъти или никога през последната година;
- Ежедневна е употребата на вино при 4.7% от анкетираните. Всеки втори рядко консумира или никога не е консумирал вино. Веднъж или няколко пъти в седмицата пият 27.3% от жените и 24% от мъжете;
- Всеки ден консумират бира 8.3% от анкетираните, като делът на мъжете е 5.5 пъти по-голям от този на жените. Почти половината от мъжете и жените рядко или никога не са консумирали бира през последните 12 месеца;
- По-голяма част от изследваните лица съобщават за умерена седмична консумация на алкохол. Рискът е седмичната консумация при 5.8% от мъжете и 5.3% от жените, високорискова – съответно при 11.2% и 3.9% от анкетираните;
- През последната година само 2.9% и 0.5% от населението са получили съвети съответно от лекар или друг медицински персонал за ограничаване употребата на алкохол;
- Най-честите вреди, причинени от употребата на алкохол на друго лице, са регистрирани от лицата във възрастовите групи 20-24 г. и 55-64 г., разпространени предимно сред тези, които са оставали буди, почувствали са се раздразнени, обиждани или замесени в сериозен спор.

### КНИГОПИС

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Switzerland: Geneva, 2018.  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
2. Global Burden of Disease Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 2018, 392 (10152), 1015–1035.
3. World Health Organization. Making the European region SAFER: developments in alcohol control policies across the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2021.
4. Национален статистически институт, 2020.  
[https://infostat.nsi.bg/infostat/pages/reports/query.jsf?x\\_2=633](https://infostat.nsi.bg/infostat/pages/reports/query.jsf?x_2=633)

## НИВО НА ФИЗИЧЕСКА АКТИВНОСТ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ НАД 20 ГОДИНИ В Р БЪЛГАРИЯ

Недостатъчната физическа активност е един от основните фактори на риска за възникване на хронични незаразни болести. В съчетание с други фактори на риска, тя води до по-висока заболеваемост и смъртност от исхемична болест на сърцето, мозъчно-съдова болест, диабет, хипертонична болест и др. Хиподинамията и ниската физическа активност са основна причина за около 21-25% от случаите на рак на гърдата и рак на дебелото черво, за 27% от случаите на диабет и за приблизително 30% от тези на коронарна болест на сърцето и други хронични незаразни болести (1).

Ниската физическа активност е четвъртият рисков фактор за глобалната смъртност (6% от смъртните случаи в света). Всеки четвърти възрастен и 80% от младите хора имат недостатъчна физическа активност (2). Данните от последното проучване на общественото мнение в страните членки на Европейския съюз – Евробарометър за спорт и физическа активност 2017 (3) показват, че делът на европейците, които никога не практикуват физически упражнения и спорт се увеличава в годините и достига 46% - тенденция от 2009 г. насам. България е една от малкото страни, които отбелязват благоприятно намаляване на показателя (от 78% през 2013 г. на 68% през 2017 г.). Само 7% от населението упражняват спорт редовно, а 14% го практикуват рядко. Установява се, че 58% от изследваните не са извършвали никаква физическа активност с висока интензивност през последните седем дни, а 47% не са имали умерена физическа активност. По 10 и повече минути в седмицата не ходят пеша 15% от тях, 12% седят повече от 8.5 часа на ден. В сравнение с 2013 и 2009 г. нивото на активност намалява при интензивните и умерените физически дейности и респондентите прекарват по-дълго време седнали. България е на едно от първите места сред страните, където хората са по-склонни да ходят пеша в продължение на 10 и повече минути, най-малко четири дни от седмицата: Испания (74%), Великобритания (72%), България и Германия (по 70%), Люксембург и Естония (по 69%).

Съществуват голям брой фактори, влияещи на мотивацията на хората в Европа да бъдат физически активни, сред които пътната инфраструктура, приспособена предимно за автомобили, затрудняваща пешеходци и велосипедисти; нарастващата компютързация и механизация на труда, което води до предимно седяща поза; недостиг и лоша поддръжка на паркове и зелени пространства; градоустройствени планове, водещи до проектиране на цели райони, изискващи придвижване с кола и възпрепятстващи ходенето пеша. За европейците мотивите за участие в спорт или друга физическа активност са: подобряване на здравето (54%), добра физическа форма (47%), забавление (30%), подобряване на физическата работоспособност (28%) и други популярни причини за релаксация (38%).

У нас тенденциите в нивото на физическа активност на населението през последните десетилетия също са се променили, поради развитието на технологиите, икономиката и социалната структура. Ограниченията във времето са основна причина българите да не правят упражнения или редовно да спортуват. Липсата на финансови възможности е също причина за ниската физическа активност на населението. По данни на НСИ 23% са под линията на бедност, 32% живеят в риск от бедност или социално изключване (4).

За насърчаване на физическата активност се изискват съгласувани усилия от редица правителствени и неправителствени организации, които да оказват помощ и съдействие за намаляване на заседналият начин на живот и повишаване на физическата активност на населението, за създаване на подкрепяща физическата активност околна среда. В същото време хората трябва да споделят отговорността за утвърждаване на здравословен начин на живот, който включва и ежедневна физическа активност.

Всичко това налага разработването и реализирането на национална политика в тази област с участието на всички обществени структури, ангажирани с този проблем (здравеопазване, образование, транспорт, околна среда, градско планиране, бизнес структури, спорт и туризъм и др.), което ще позволи провеждането на популационно базирани, нормативно подкрепени действия както в държавния, така и в частния сектор и НПО, съобразени с начина на живот на населението.

Резултатите от изследването показват, че 18.6% от анкетираните практикуват ежедневно и до 4-6 пъти седмично физически упражнения и спорт през свободното време (21.2% от мъжете и 16.8% от жените) (Таблица 1). Показателите и при двата пола варират, като максимални стойности при мъжете се установяват във възрастовите групи 35-44 и 25-34 години (съответно 23.2% и 23.0%), при жените – в тези на 55-64 години (18.7%), следвани от 45-54 и 35-44-годишните (по 16.9%). Най-нисък е делът и при двата пола във възрастта над 65 години (съответно 17.9% при мъжете и 15.5% при жените).

Физически активни 2-3 пъти седмично са 1/5 от лицата, като делът на мъжете е по-висок. Показателят и при двата пола намалява с възрастта (от 33.7% на 14.7% при мъжете и от 26.2% на 12.9% при жените).

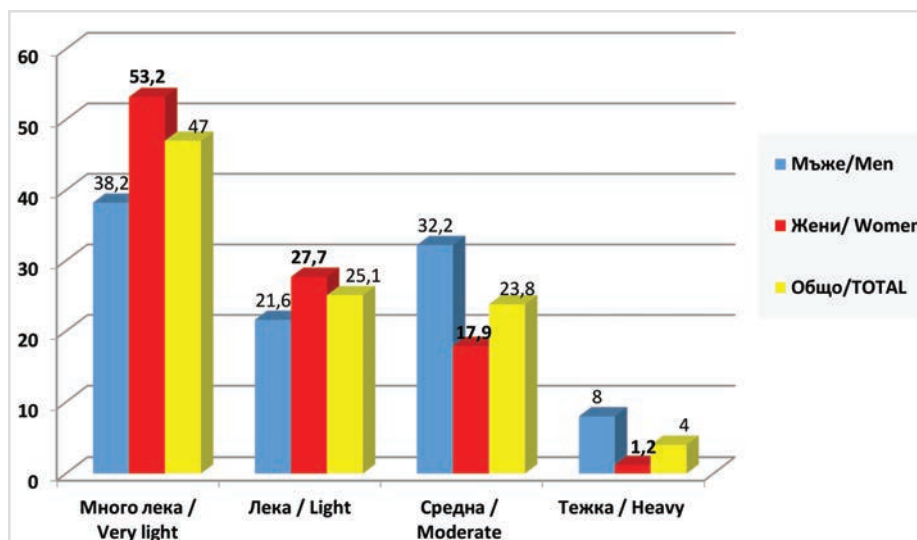
**Таблица 1.** Честота на практикуване на физически упражнения и спорт през свободното време по пол и възрастови групи (%)

Честота на практикуване	МЪЖЕ							ЖЕНИ							ВСИЧКО
	Възрастови групи							Възрастови групи							
	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо I	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо	
Ежедневно	8.1	10.6	8.7	13.4	14.5	13.8	12.0	5.8	9.1	11.8	9.8	12.3	12.9	10.9	11.3
4-6 пъти седмично	14.0	12.4	14.5	8.7	4.7	4.1	9.2	10.7	6.8	5.1	7.1	6.4	2.6	5.9	7.3
2-3 пъти седмично	33.7	28.3	24.4	20.6	18.4	14.7	22.1	26.2	23.7	18.7	16.7	18.9	12.9	18.6	20.1
Веднъж седмично	8.1	11.1	16.5	14.6	12.9	5.1	12.0	18.4	19.5	17.4	21.0	18.7	7.7	17.1	15.0
2-3 пъти месечно	12.8	15.9	11.6	9.5	12.9	9.2	11.9	10.7	14.9	14.7	9.6	9.2	5.5	10.8	11.3
По-рядко/никога	23.3	19.9	22.3	30.0	27.0	30.9	25.9	27.2	24.7	30.2	33.3	30.4	38.4	31.2	29.0
Не, поради болест или инвалидност	0.0	1.8	2.0	3.2	9.5	22.2	7.0	1.0	1.3	2.1	2.4	4.2	30.0	5.4	6.0

Веднъж седмично и по-рядко практикуват физически упражнения и спорт над половината от изследваните (55.3%), като този показател при жените е по-висок (59.1% срещу 49.8%). Установява се нарастване на дела на практикуващите физически упражнения и спорт до 45-54-годишна възраст (59.9%), след което той намалява и достига 48.9% при най-възрастните. При мъжете най-обездвижени са възрастовите групи на 45-54 и 55-64-годишните, при жените - 35-44 и 45-54-годишните. Не практикуват физически упражнения и спорт поради болест и инвалидност 6.0% от лицата, предимно във възрастта над 65 години, по-често жените.

Данните показват, че при 72.1% от анкетираните физическата натовареност на работното място е “много лека” или “лека”, като делът на жените е приблизително 1.4 пъти по-голям от този на мъжете - съответно 80.9% и 59.8% (Фигура 1).

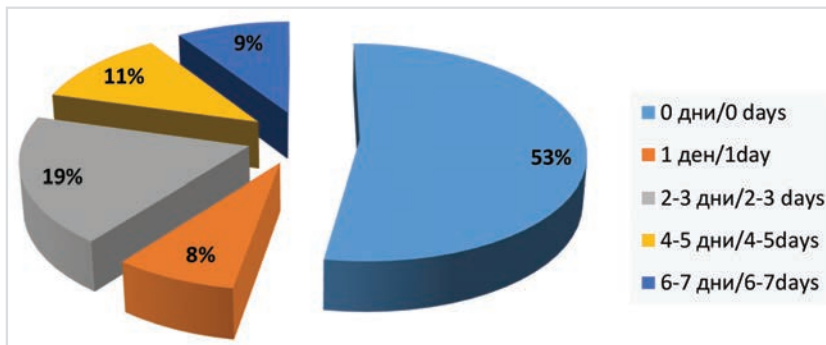
**Фигура 1.** Разпределение на анкетираните според степента на физическа натовареност на работното място по пол (%)



Разпределението по възрастови групи показва, че и при двата пола с “много лека” и “лека” физическа натовареност на работното място е групата на най-младите, 20-24-годишните - 71.0% при мъжете и 85.2% при жените. “Средна” е натовареността по време на работа (вдигане и носене на леки товари и др.) при почти 1/4 от анкетираните (23.8%), по-често при мъжете и във възрастта 45-54 години (26.4%). Тежък физически труд упражняват 8.0% от мъжете и 1.2% от жените, предимно във възрастта 45-54 години (10.6%) и 35-44 години (1.6%).

Над половината от анкетираните (52.7%) не са полагали физически усилия през седмицата, които да отговарят на критериите за интензивно физическо натоварване (Фигура 2). Делът на жените е по-висок от този на мъжете (59.4% срещу 43.3%), като и при двата пола показателите варират във възрастта и максимални стойности се установяват при лицата над 65 години (съответно 73.5% при жените и 63.3% при мъжете). За еднократни интензивни физически натоварвания съобщават 7.7% от лицата, малко по-често мъжете.

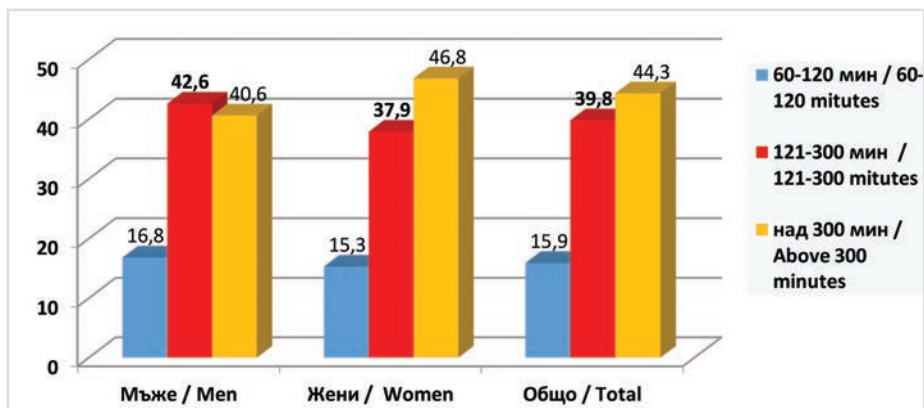
**Фигура 2.** Честота на интензивните физически натоварвания през седмицата (%)



Всеки пети анкетиран полага интензивни физически усилия 2-3 пъти седмично (20.9% от мъжете и 17.6% от жените), като при мъжете с най-висок дял са лицата на възраст 25-34 г. (26.9%), а при жените - тези на 20-24 години (22.8%). Над 4-5 дни седмично са имали интензивни физически натоварвания 20.6% от изследваните, като дялът на мъжете е почти два пъти по-голям от този на жените - съответно 27.5% и 15.6%. При мъжете с възрастта извършването на интензивна физическа дейност намалява (от 34.1% в най-младата възрастова група до 16.8% при над 65-годишните). При жените показателите варират между 18.3% за 35-44-годишните и 12.1% при най-възрастните.

Въпреки факта, че физическа активност с протективен ефект може да бъде осигурена и чрез физически натоварвания с умерена интензивност, изследването установява, че 44.6% от анкетираните не са имали такива през седмицата (Фигура 3), като дялът на жените е близо 1.5 пъти по-голям от този на мъжете - съответно 51.4% срещу 35.4%. При мъжете този дял нараства с възрастта и достига 53.0% при лицата над 65 години, при жените се наблюдава същото, с незначителни колебания в различните възрастови групи. За еднократни умерени физически натоварвания през седмицата съобщават 6.5% от лицата, по-често мъжете.

**Фигура 3.** Честота на умерените физически натоварвания през седмицата (%)



Умерени физически натоварвания от 2 до 3 дни седмично е имал всеки пети анкетиран (23.1% от мъжете и 18.8% от жените), като при мъжете най-висок е този дял във възрастта 35-44 години (31.5%), а при жените – в най-младата възрастова група (24.8%). През 4-5 и повече дни от седмицата са имали умерена физическа дейност близо 30% от анкетираните, като дялът на мъжете е по-висок от този на жените (съответно 34.7% и 23.6%). Разпределението по възрастови групи показва, че при мъжете почти половината от лицата на възраст 20-24 години са ангажирани ежедневно с умерени натоварвания (47%), като с възрастта техният дял намалява до 1/4 при над 65-годишните. При жените физически по-активни са лицата на възраст 25-34 години (28.1%) и 45-54 години (26.1%).

За постигане на полезен ефект за здравето СЗО препоръчва интензивните физически натоварвания да са с продължителност поне 75 минути седмично (средно 3 пъти седмично по 25 минути), а умерените – 150 минути (средно 5 пъти седмично по 30 минути). Данните от изследването обаче показват, че при над половината анкетираните (52.9%) продължителността на интензивните физически натоварвания е под препоръчителната, като 59.3% от жените и 44.5% от мъжете изобщо нямат такива през седмицата. И при двата пола показателите варират в отделните възрастови групи, но с най-висок относителен дял са лицата над 65 години (съответно 74.9% при жените и 64.4% при мъжете).

Едва при 5.0% от мъжете и 4.3% от жените интензивните физически натоварвания са със средна продължителност 21-30 минути. От 31 до 60 минути е тя при 8.7% от анкетираните, по-често мъжете и лицата на възраст 20-24 години. Над 60 минути е при 1/3 от анкетираните, като дялът на мъжете е по-голям от този на жените (41.3% срещу 28.3%).

Отричат да са имали умерено физическо натоварване през седмицата или то е било с недостатъчна продължителност 55.2% от лицата, по-често жените (62.2% срещу 45.3%). И при двата пола това е по-характерно за най-възрастните (72.8% при жените и 58.2% при мъжете). За средна продължителност на едно умерено физическо натоварване от 31-60 минути съобщават 11.2% от мъжете и 9% от жените. Повече от 60 минути е било то при 35% от изследваните, като делът на мъжете е по-висок от този на жените (43.6% срещу 28.7%).

Положителната роля на ходенето пеша е безспорно доказана. Този универсален начин на активност е приложим във всяка възраст, особено при възрастните хора, включително и при клинично доказаните случаи на исхемична болест на сърцето, като при тях се прилагат индивидуални режими на постепенно увеличаване на натоварването. Данните от изследването показват, че 53.3% от анкетираните практикуват ходене пеша (10 и повече минути) всеки ден. Делът на жените е малко по-висок от този на мъжете (55.2% срещу 50.7%), което се наблюдава във всички възрастови групи, с изключение на тази на над 65-годишните (Таблица 2).

**Таблица 2.** Честота на ходене пеша през седмицата, разпределено по пол и възрастови групи (%)

Брой дни	МЪЖЕ							ЖЕНИ							ВСИЧКО
	Възрастови групи							Възрастови групи							
	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Общо	
0	4.7	10.4	12.7	13.2	11.8	13.1	11.8	3.8	7.2	6.5	5.6	4.2	13.0	7.0	9.0
1	4.7	2.7	6.1	2.8	1.5	2.7	3.3	2.9	3.0	2.4	23.1	2.0	5.3	3.1	3.2
2-3	8.2	18.1	13.1	16.4	13.7	11.8	14.2	12.5	11.8	14.1	9.5	11.6	15.5	12.5	13.2
4-5	23.5	19.9	22.5	20.0	20.6	15.8	20.1	21.2	24.7	22.8	24.4	22.1	18.0	22.2	21.4
6-7	58.8	48.9	45.5	47.6	52.3	56.6	50.7	59.6	53.3	54.2	57.9	60.1	48.3	55.2	53.3

От 4 до 5 дни седмично ходи пеша всеки пети (20.1% от мъжете и 22.2% от жените). Разпределението по възрастови групи показва, че при мъжете най-високи са показателите във възрастта 20-24 години, при жените 25-34 и 45-54 години. Отричат да се движат пеша през седмицата или го правят рядко ¼ от анкетираните (25.4%), по-често мъжете (29.3% срещу 22.6%). При мъжете най-висок е делът на лицата от възрастовата група 45-54 години (32.4%), при жените – над 65-годишна възраст (33.8%).

При 1/4 от анкетираните продължителността на ходене пеша през седмицата е до 30 минути, по-често при мъжете в сравнение с жените (28.8% срещу 25.8%). И при двата пола това важи за най-възрастните: при мъжете – 32.9%, при жените – 34.3%. Среднодневната продължителност на ходене пеша през последната седмица при почти всеки пети анкетиран е 31-60 минути (20.3%), като не се установява съществена разлика по пол. И при мъжете, и при жените най-висок е делът на лицата на 20-24 години (съответно 27.7% и 24.8%). Повече от 60 минути дневно ходят пеша повече от половината от анкетираните – 52.6%, като жените имат минимален превес. При мъжете това са лицата на 55-64 години, при жените – тези на 35-44 години (съответно 58.9% и 55.7%).

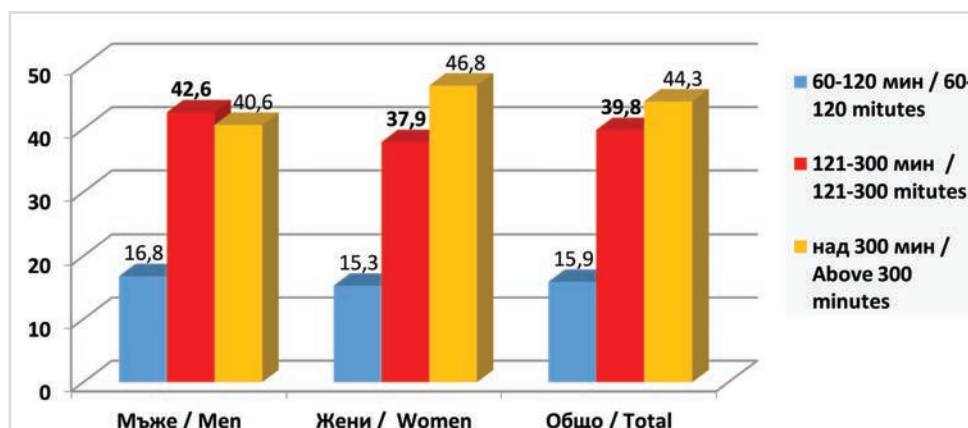
Придвижването пеша от дома до работното място е алтернатива за физическа активност през деня. Резултатите от изследването показват, че само 45.2% от анкетираните се възползват от нея, по-често жените (52.5% срещу 34.8%). При мъжете това са предимно най-младите (45.7%), докато при жените с най-висок дял са по-възрастните – на 45-54 и 55-64 години (68.5% и 65.2%). При едва 4.8% от лицата продължителността на ходене пеша отговаря на препоръките на СЗО – 60 и повече минути дневно, при 10.6% тя е 30-60 минути, при останалите – крайно недостатъчна.

И при двата пола нараства делът на хората, използващи моторно превозно средство до работното си място (31.2%). Мъжете отново имат значителен превес (42.3% срещу 23.3%), предимно във възрастта 35-54 години. При жените ходят на работа с кола по-младите, във възрастта 25-44 години. Не работят или работят от къщи близо 1/4 от лицата, по-често жените и лицата на възраст над 65 години.

Средното време на ден, прекарано в седнало положение, също характеризира степента на физическа активност. Изследването показва, че от 60 до 120 минути дневно прекарват времето си в седнало положение 15.9% от анкетираните, по-често мъжете в сравнение с жените (16.8% срещу 15.3%). Между 1 и 2 часа

на ден седят предимно 45-54-годишните (съответно 21.6% мъже и 16.7% жени) (Фигура 4). При близо 40% от лицата този интервал от време е от 121 до 300 минути, като не се установяват съществени различия по пол. При мъжете този показател е най-висок във възрастта 55-64 години (48.8%), при жените – над 65 години (40.5%).

**Фигура 4.** Брой минути среднодневно, прекарани в седнало положение през изтеклата седмица, разпределени по пол (%)



При близо 45% от лицата среднодневната продължителност на времето, прекарано в седнало положение, е повече от 300 минути, като делът на жените е по-висок от този на мъжете (съответно 46.8% срещу 40.6%). Разпределението по възрастови групи показва вариране на показателите, като максимални стойности се установяват в най-младата възраст (20-24 години) и при двата пола (46.5% при мъжете и 53.9% при жените).

Налице е дефицит на здравно-образователна информация по отношение ролята на физическата активност за здравето. Лекарите и другият медицински персонал проявяват известна пасивност, а пациентите не търсят активно информация по този въпрос. Данните от изследването показват, че през последната година едва 9.1% от анкетираните са получили съвет от лекар да повишат физическата си активност, от друг медицински персонал – само 2.2%. Най-голяма е загрижеността вътре в семейството, като 15.4% от анкетираните лица са получили съвет за повишаване на физическата активност от свои близки.

#### Изводи:

- Над 60% от анкетираните са с недостатъчна физическа активност през свободното време, включително и тези, които не я извършват поради болест или инвалидност. 2-3 пъти седмично практикува физически упражнения или спорт всеки пети анкетиран. Ежедневно и до 4-6 пъти седмично извършват физическа активност 18.6% от лицата, предимно по-младите сред мъжете и 55-64-годишните сред жените;
- При близо 3/4 от лицата физическата натовареност на работното място е “много лека” или “лека”, по-често при жените. При 32.2% от мъжете и 17.9% от жените тя е “средна”, при 4.0% - “тежка”;
- Над половината от анкетираните не са имали енергични физически натоварвания през седмицата, по-често жените и лицата над 65 г. През седмицата 2-3 пъти е извършвал такива всеки пети, от 4-5 и повече пъти – 20.6%, като делът на мъжете е два пъти по-голям от този на жените. Средната продължителност на едно физическо натоварване при над половината от лицата е под препоръчителната;
- Не са имали умерени физически натоварвания през седмицата 44.6% от изследваните, по-често жените и възрастните лица. 2-3 пъти седмично е имал такива всеки четвърти мъж и всяка пета жена. От 4-5 и повече пъти – 28.2%, по-често мъжете. Недостатъчна е продължителността на извършваните умерени физически усилия при 55.2% от анкетираните;
- Отрича да се е движил пеша през седмицата или го е правил рядко почти всеки четвърти анкетиран, с превес на мъжете и жените над 65 години. При 1/5 от лицата продължителността на ходене пеша е до 30 минути. От 31-60 минути при почти всеки пети, предимно по-младите;
- При над 40% от лицата във всички възрастови групи среднодневната продължителност от време, прекарано в седнало положение, е повече от 300 минути, по-често при жените. Отчита се подмладяване на показателя, защото лицата, прекарващи над 5 часа в седнало положение са най-много във възрастта 20-24 години и при двата пола;
- Налице е дефицит на здравно-образователна информация за населението по отношение на физическата активност и ползата от нейното практикуване. Установява се известна пасивност у лекарите и другия медицински персонал в тази насока, а също и във възможностите и достъпа до други източници на информация. Най-висока е загрижеността в семейството.

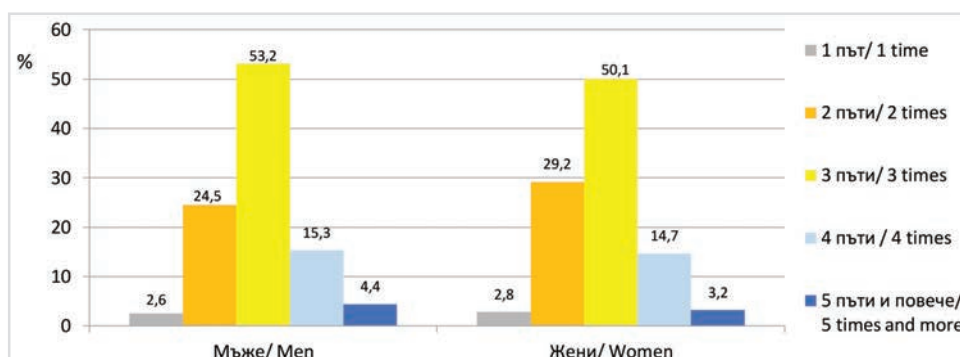
## КНИГОПИС

1. Puska P. Physical activity and CVD prevention. JCS 2010, Kyoto 5 March 2010.
2. Global recommendations on physical activity for health. World Health Organization, Geneva, 2010. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
3. European Commission: Special Eurobarometer 472: Sport and physical activity 2017. <https://www.europarc.org/wp-content/uploads/2020/01/Special-Eurobarometer-472-Sports-and-physical-activity.pdf>
4. НСИ, 2020. <https://nsi.bg/bg/content/8257/>  
NSI, 2020. <https://nsi.bg/bg/content/8257/>
5. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. WHO, 2013. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1)
6. World Health Organization. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025. WHO 2016. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0014/311360/Physical-activity-strategy-2016-2025.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/311360/Physical-activity-strategy-2016-2025.pdf)

## ПОВЕДЕНЧЕСКИ ФАКТОРИ, СВЪРЗАНИ С МОДЕЛА НА ХРАНЕНЕ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НА ВЪЗРАСТ НАД 20 ГОДИНИ

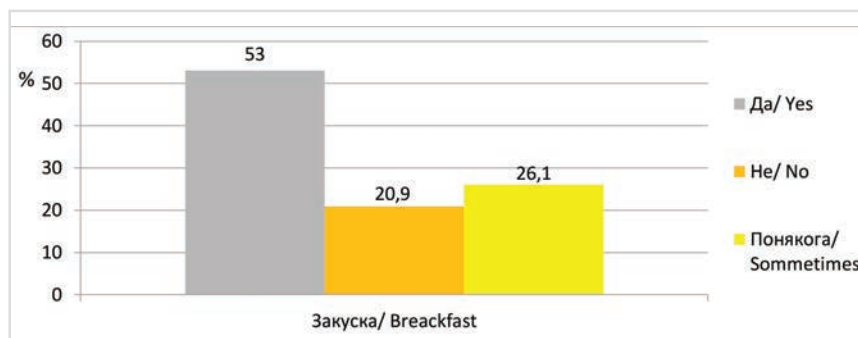
Нездравословното хранене е един от четирите основни поведенчески рискови фактора за незаразни заболявания във всички региони на СЗО (1,2,3) и в частност в европейския регион. Другите рискови фактори включват алкохол, злоупотреба с никотин и ниска физическа активност (4). Незаразните заболявания и свързаните с тях състояния, включително наднорменото тегло и затлъстяването, водят до значителни и нарастващи икономически и социални разходи, с които традиционните клинични подходи все повече не могат да се справят (5). Mozaffarian et al. (5) призовават за изместване на акцента от фармакологичните лечения към първична превенция чрез справяне с рисковите фактори за начина на живот, като здравословни хранителни навици, с цел намаляване на сърдечносъдовия риск и проблемите, свързани с незаразните заболявания свързани с храненето.

**Фигура 1.** Относителен дял лица на възраст над 20 години според режима на хранене



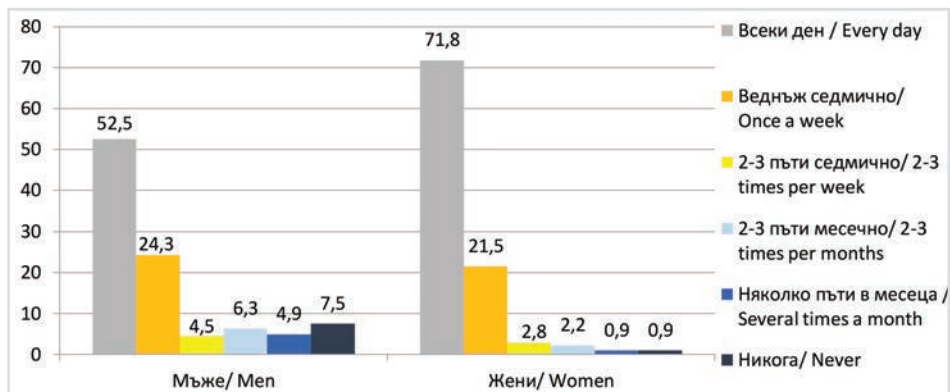
Закуската е важен хранителен прием, който подобрява умствената и физическа работоспособност в сутрешните часове. Закуската всеки ден е налице при 53% от изследваните лица. Никога не закусват приблизително 21% от възрастните, а 26,1% лица закусват понякога (Фигура 2).

**Фигура 2.** Относителен дял лица на възраст над 20 години, които закусват сутрин



Консумация на храна, приготвена вкъщи, се наблюдава при повече от половината от анкетираните лица над 20 години (Фигура 3).

**Фигура 3.** Относителен дял лица на възраст над 20 години според това колко често приготвят храната си вкъщи



Честотата на консумация на различни храни и напитки характеризира модела на потребление на населението. Млякото, съгласно препоръките за възрастни, трябва да бъде с ниско съдържание на мазнини или 1,5%. При настоящото проучване се установи, че 64,2% от лицата консумират пряко и кисело мляко с 3 и повече процента мазнини.

При приготвянето на храната вкъщи се използва растително масло – 86%, млечно масло -9,8% и маргарин -1%. За намазване повечето от лицата използват млечно масло (41%). Обикновен маргарин използват 12,3% от възрастните.

Среднодневната консумация на кафе е  $1,7 \pm 1,2$  чаши дневно. Среднодневната консумация на чай е  $0,8 \pm 1,0$  чаши дневно.

Среднодневната консумация на добавена захар към кафето е  $0,9 \pm 1,0$  чаени лъжички. Среднодневната консумация на добавена захар само от консумираните кафе лица е  $2,0 \pm 1,0$  ч.л. дневно.

Среднодневната консумация на добавена захар към чая е  $0,7 \pm 1,0$  чаени лъжички. Среднодневната консумация на добавена захар в чая само от консумираните лица е  $1,7 \pm 0,9$  ч.л. дневно.

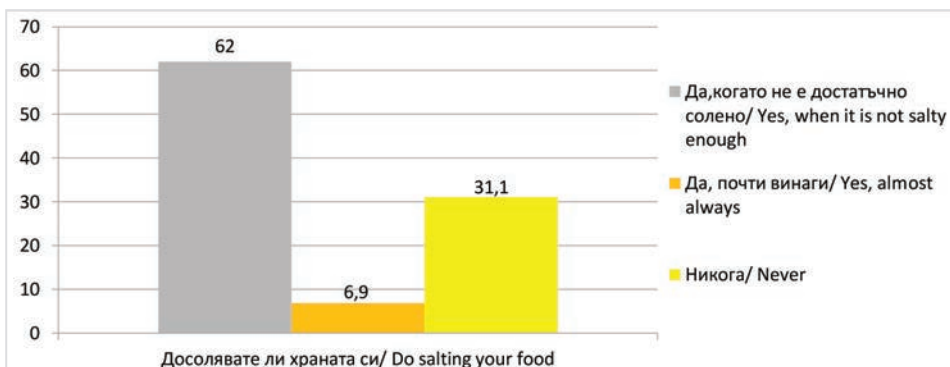
Не се наблюдава разлика в консумацията на добавена захар при мъжете и жените от различните възрастови групи.

Изследваните лица на възраст над 20 години показват предпочитания към консумацията на бял хляб. Като ежедневно консумират от него  $2,7 \pm 2,6$  филийки, два пъти по-често мъжете спрямо жените от съответната възрастова група. Консумацията на бял хляб при само консумираните лица се движи в рамките от 2 филийка дневно до 7 филийки дневно.

При настоящото изследване консумацията на пълнозърнест хляб е средно  $1,3 \pm 1,8$  филийки дневно. От само консумираните пълнозърнест хляб най-висока е консумацията при мъжете на 60-74 години ( $3,6 \pm 1,9$  филийки дневно).

Една от характеристиките на модела на хранене на българското население е високата употреба на готварска сол (6). Повече от половината от анкетираните възрастни в проучването (62%) доосоляват храната си, когато не е достатъчно солена, а 6,9% от изследваните лица солят винаги храната. Относително нисък е процентът на лица, които никога не добавят сол към храната (31,1%) (Фигура 4).

**Фигура 4.** Относителен дял лица на възраст над 20 години в зависимост от това дали доосоляват храната си



Диетичен режим, препоръчан от лекар, съблюдават 11,2% от лицата на възраст над 20 години (Фигура 5). Диета по собствено желание спазват около 20,8% от възрастните, като най-висок е относителният дял на жените на възраст 20-59 години, спазващи диета (28,8%).

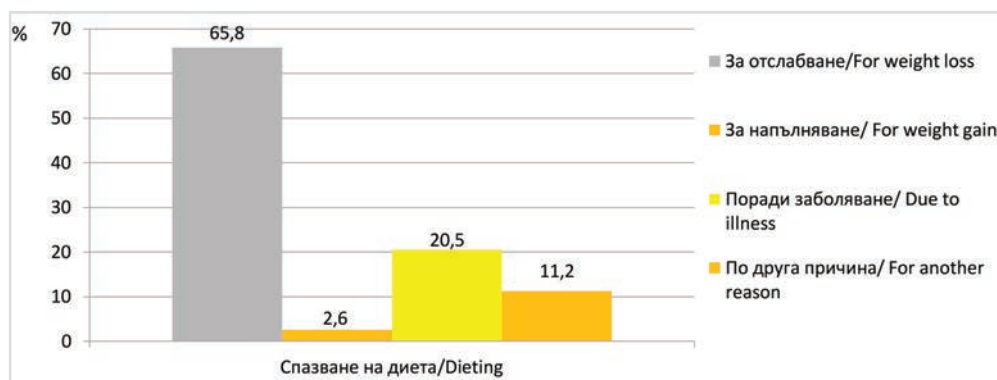


**Фигура 5.** Относителен дял лица на възраст над 20 години, спазващи диета



От причините, поради които спазват диета, е видно, че най-голям процент лица спазват диета за отслабване (65,8%), като при жените на възраст 20-29 години този процент е най-висок (68,8%). Относително малък брой лица спазват диета за увеличаване на теглото (2,6%). Относително висок дял лица спазват диета по здравословни причини (20,5%) (Фигура 6).

**Фигура 6.** Относителен дял лица на възраст над 20 години според причините за спазване на диета



На Фигура 7 е представен относителният дял лица в зависимост от източника на съвети за промяна на хранителните навици. На членовете на семейството се доверяват 19,3% от изследваните лица.. На личните лекари се доверяват 18,1% от анкетираните възрастни над 20 години, а с най-малък авторитет са другите здравни специалисти - 2,9%.

**Фигура 7.** Относителен дял лица на възраст над 20 години според източника на съвети за промяна на хранителните навици



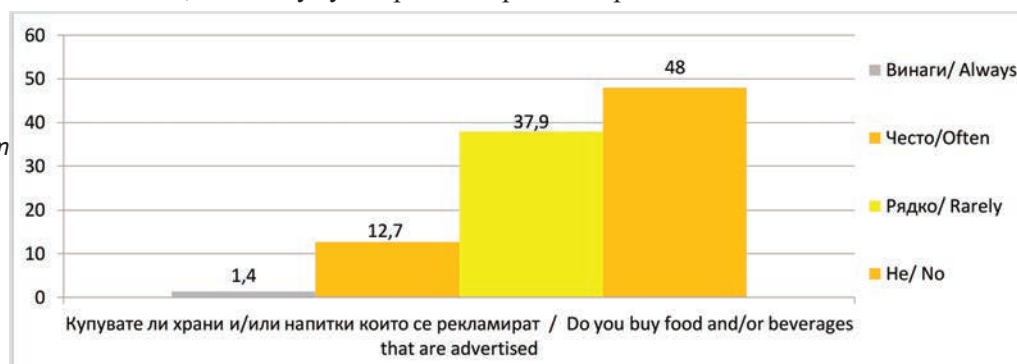
На Таблица 1 е представен относителен дял лица на възраст над 20 години в зависимост от това как оценяват теглото си. Процентът на изследваните лица, които оценяват теглото си като нормално, е 61%, а 32,5% оценяват теглото си като наднормено и само 3,3% оценяват теглото си като поднормено.

**Таблица 1.** Относителен дял лица на възраст над 20 години в зависимост от това как оценяват теглото си (%)

Възраст (години)	ПОЛ	ОЦЕНКА НА ТЕГЛОТО							
		Поднормено		Нормално		Наднормено		Не знам	
		Брой	%	Брой	%	Бройг	%	Брой	%
20-29	Мъже	8	4,3%	148	79,6%	27	14,5%	3	1,6%
	Жени	14	5,9%	168	70,6%	45	18,9%	11	4,6%
	Общо	22	5,2%	316	74,5%	72	17,0%	14	3,3%
30-59	Мъже	22	2,8%	480	61,9%	250	32,3%	23	3,0%
	Жени	30	2,7%	626	55,5%	428	38,0%	43	3,8%
	Общо	52	2,7%	1106	58,1%	678	35,6%	66	3,5%
60-74	Мъже	10	3,6%	187	67,8%	74	26,8%	5	1,8%
	Жени	12	3,0%	204	51,5%	170	42,9%	10	2,5%
	Общо	22	3,3%	391	58,2%	244	36,3%	15	2,2%
75+	Мъже	2	2,7%	55	73,3%	15	20,0%	3	4,0%
	Жени	5	5,6%	61	67,8%	20	22,2%	4	4,4%
	Общо	7	4,2%	116	70,3%	35	21,2%	7	4,2%
ОБЩО	Мъже	42	3,2%	870	66,3%	366	27,9%	34	2,6%
	Жени	61	3,3%	1059	57,2%	663	35,8%	68	3,7%
	Общо	103	3,3%	1929	61,0%	1029	32,5%	102	3,2%

Относителният дял на лицата в зависимост от това дали купуват храните, които се рекламират по телевизията, е представен на Фигура 8. Възрастните, които купуват винаги, са само 1,4%. Често купуват храните и напитките, които се рекламират по телевизията, средно 12,7%. Не се наблюдава съществена разлика в процента мъже и жени, които купуват рекламираните храни и напитки.

**Фигура 8.** Относителен дял лица на възраст над 20 години в зависимост от това дали купуват храните, които се рекламират по телевизията



#### Изводи:

- Трикратно хранене имат 53,2% от мъжете и 50,1% от жените;
- Редовно закусват 53% от анкетиранияте възрастни;
- Консумация на храна, приготвена вкъщи, се наблюдава при 52,5% от мъжете и 71,8% от жените над 20 години;
- Прясно и кисело мляко с 3 и повече процента масленост консумират 64,2% от лицата;
- При приготвянето на храната вкъщи се използва растително масло – 86%, млечно масло - 9,8% и маргарин -1%;
- Среднодневната консумация на кафе е 1,7±1,2 чаши;
- Среднодневната консумация на чай е 0,8±1,0 чаши дневно;
- Среднодневната консумация на добавена захар в кафето е 0,9 ±1,0 чаени лъжички;
- Среднодневната консумация на добавена захар към чая е 0,7 ±1,0 чаени лъжички;
- Среднодневната консумация на бял хляб е 2,7±2,6 филийки;
- Среднодневната консумация на пълнозърнест хляб е 1,3±1,8 филийки;

- Повече от половината от анкетираните лица в настоящото проучване (62%) доосолят храната си, когато не е достатъчно солена, а около 6,9% от тях солят винаги храната;
- Диетичен режим, препоръчван от лекар, съблюдават 11,2% от лицата на възраст над 20 години;
- Най-голям процент лица спазват диета за отслабване (65,8%);
- На личните лекари се доверяват 18,1% от анкетираните възрастни;
- 61% считат теглото си за нормално;
- 1,4% от лицата над 20 години винаги купуват храните, които се рекламират по телевизията.

## КНИГОПИС

1. Silvia Navarro-Prado , Jacqueline Schmidt-RioValle , Miguel A Montero-Alonso , Ángel Fernández-Aparicio , Emilio González-Jiménez . Unhealthy Lifestyle and Nutritional Habits Are Risk Factors for Cardiovascular Diseases Regardless of Professed Religion in University Students Int J Environ Res Public Health 2018 Dec 14;15(12):2872. doi: 10.3390/ijerph15122872.
2. Navarro-Prado S, González-Jiménez E, Montero-Alonso MA, López-Bueno M, Schmidt-RioValle J. Life style and monitoring of the dietary intake of students at the Melilla campus of the University of Granada]. Nutr Hosp. 2015 Jun 1;31(6):2651-9. doi: 10.3305/nh.2015.31.6.8973.PMID: 26040378 Spanish.
3. Porto-Arias JJ, Lorenzo T, Lamas A, Regal P, Cardelle-Cobas A, Cepeda A Food patterns and nutritional assessment in Galician university students. J Physiol Biochem. 2018 Feb;74(1):119-126. doi: 10.1007/s13105-017-0582-0. Epub 2017 Aug 4.PMID: 28779456

## IV. БИОЛОГИЧНИ ФАКТОРИ НА РИСКА ЗА ЗДРАВЕТО

### ХРАНИТЕЛЕН СТАТУС НА ДЕЦА ОТ 1 ДО 19-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ ЧРЕЗ ОЦЕНКА НА ИТМ

Малките деца са рискова група по отношение на нарушения в хранителния статус. Затлъстяването, признато за епидемията на 21-ви век, все по-често засяга и децата (1). По данни на Световната здравна организация (СЗО) през 2020 г. 39 милиона деца на възраст под 5 години са били със свръхтегло тегло и затлъстяване (2). Свръхтеглото и затлъстяването в по-късното детство и в ученическа възраст е свързано с повишен риск от физически и социално-емоционални проблеми. Децата със затлъстяване по-често страдат от висок холестерол, диабет тип 2, астма, стеатоза на черния дроб и сърдечно-съдови проблеми (3). Възникналото в детството затлъстяване често се запазва и в по-късна възраст и като възрастен, и трудно се поддава на лечение (4).

В България през 2014 г. стартира Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести (2014-2020 г.). Основната цел на програмата е да се подобри здравето на населението и да се повиши качеството на живота чрез намаляване на преждевременната смъртност, заболяемост и инвалидност от основните хронични незаразни болести (ХБН) и свързаните с тях основни рискови фактори (5). В рамките на Програмата през 2020 г. се проведе Национално изследване на факторите на риска за здравето на населението в Р. България.

Относителният дял на изследваните деца на възраст от 1 до 5 години, разпределени в групи по пол и възраст спрямо Z-скор интервали на антропометричен индекс ИТМ-за-възраст (СЗО стандарт, 2006), е представен в Таблица 1.

**Таблица 1.** Относителен дял (%) на изследваните деца на възраст от 1 до 5 години, разпределени по пол и Z-скор интервали на индекс на телесна маса-за-възраст, СЗО стандарт (2006)

Възраст (години)	ПОЛ	Брой в група (n)	Индекс на телесна маса-за-възраст (СЗО стандарт)					
			< -3Z	-3Z÷-2Z	-2Z÷+1Z	+1Z÷+2Z	+2Z÷+3Z	>+ 3Z
			%	%	%	%	%	%
1 - 2	М	113	0,0	0,0	50,0	25,0	25,0	0,0
	Ж	135	0,0	5,0	65,0	15,0	15,0	0,0
	Общо	248	0,0	2,8	58,3	19,4	19,4	0,0
3 - 4	М	82	2,0	6,0	72,0	8,0	10,0	2,0
	Ж	93	0,0	0,0	74,5	18,2	3,6	3,6
	Общо	175	1,0	2,9	73,3	13,3	6,7	2,9
ОБЩО 1 - 4	М	94	1,5	4,5	66,7	12,1	13,6	1,5
	Ж	123	0,0	1,3	72,0	17,3	6,7	2,7
	Общо	217	0,7	2,8	69,5	14,9	9,9	2,1

Относителният дял на поднормено тегло (ИТМВ<-2Z) общо за групата деца от 1 до 5 години, оценено чрез индикатора ИТМ-за-възраст, е 3,5%, което е под приемливата честота от 5% за разпространение в популационната група (Табл.1.). На този фон относителният дял на поднормено тегло при момчетата на възраст 3-5 години е висок - 8,0%. Преобладава по-леката степен на поднормено тегло (-3Z <ИТМВ<-2Z).

Децата от 1 до 5 години с наднормено тегло (свръхтегло и затлъстяване), оценени на база ИТМВ (ИТМВ >+2Z), са 12%. Относителният дял на децата от същата възрастова група със затлъстяване е 2,9%.

При децата от мъжки пол на възраст от 1 до 3 години честотата на наднорменото тегло е най-висока – ИТМВ – 25%. Значителен дял на децата от 1 до 5 години са с възможен риск за свръхтегло (ИТМВ +1Z ÷ +2Z) – 14,9%, съответно до 19,4% за децата от 1 до 3 години и 13,3% - за децата от 3 до 5 години.

Основен индикатор, използван за определяне на нарушенията в хранителния статус на децата на възраст от 5 до 19 години, е ИТМВ (индекс на телесна маса-за-възраст). По отношение на индикатора ИТМВ препоръчваните cut-offs за свръхтегло и затлъстяване се различават от тези, използвани при стандарта за

деца до 5 години: +1 SD е cut-off за свръхтегло (еквивалентно на 85P и за лицата на 19 години съответства на ИТМ=25 кг/м<sup>2</sup> при възрастни), +2 SD е за затлъстяване (еквивалентно на 97P и за лицата на 19 години съответства на ИТМ=30 кг/м<sup>2</sup> при възрастни), а +3 SD е за значимо затлъстяване и съответства на ИТМ>35 кг/м<sup>2</sup>.

Относителният дял на изследваните деца, разделени в групи по пол и възраст спрямо Z-скор интервали на антропометричните индекси ИТМВ (СЗО), е представен в Таблица 2.

**Таблица 2.** Относителен дял (%) на изследваните деца на възраст от 5 до 19 години, разпределени по пол, възраст и Z-скор интервали на индекс на телесна маса-за-възраст, СЗО стандарт (2007)

Възраст (години)	ПОЛ	Брой в група (n)	Индекс на телесна маса-за-възраст				
			< -3SD	-3 SD ÷ -2 SD	-2 SD ÷ +1 SD	+1 SD ÷ +2 SD	>+2 SD
			%	%	%	%	%
5-9	Мъже	113	0,0	0,9	65,5	15,0	18,6
	Жени	135	3,0	0,7	68,1	16,3	11,9
	Общо	248	1,6	0,8	66,9	15,7	14,9
10 - 13	Мъже	82	1,2	3,7	46,3	34,1	14,6
	Жени	93	1,1	3,2	57,0	22,6	16,1
	Общо	175	1,1	3,4	52,0	28,0	15,4
14-18	Мъже	94	0,0	2,1	66,0	19,1	12,8
	Жени	123	0,0	1,6	79,7	13,8	4,9
	Общо	217	0,0	1,8	73,7	16,1	8,3
ОБЩО / TOTAL	Мъже	289	0,3	2,1	60,2	21,8	15,6
	Жени	351	1,4	1,7	69,2	17,1	10,5
5-18	Общо	640	0,9	1,9	65,2	19,2	12,8

Разпределението на наднормено тегло сред всички групи от изследваните деца е над приемливата честота от 5% (Табл.2.). Децата от 5 до 19 години с наднормено тегло, оценени на база антропометричен индекс ИТМВ (ИТМВ>+1SD), са 32,0% (19,2% свръхтегло, 12,8% затлъстяване).

При децата от мъжки пол на възраст 10-13 години честотата на наднормено тегло е най-висока – 48,7%. Най-висок относителен дял на затлъстяване се наблюдава при момчетата от 5 до 9 години – 18,6%, като с увеличаване на възрастта постепенно намалява, за да достигне 12,8% в групата от 14 до 18 години.

При момчетата най-голяма честота на наднормено тегло се наблюдава във възрастта 10-13 години - 38,7%, включително 16,1% затлъстяване. Най-нисък относителен дял на наднормено тегло при момчетата се наблюдава във възрастта от 14 до 18 години – 18,7%, като в това се включва 4,9% затлъстяване.

**Изводи:**

Оценката на хранителния статус при децата от 1 до 5-годишна възраст чрез прилагане на международно приетите антропометрични индикатори и критерии на СЗО, 2006 г., показва следните проблеми:

- Поднорменото тегло е значим проблем при момчетата на възраст от 3 до 5 години – 8,0%, преобладава по-леката степен на поднормено тегло;
- Значителен е делът на децата от 1 до 5 години с възможен риск за свръхтегло – 14,9%;
- Относителният дял на децата от 1 до 5-годишна възраст с наднормено тегло е висок – 12,0%, от които със затлъстяване са 2,1%;
- Честотата на свръхтегло е висока – 9,9%. Групата момчета от 1 до 3 години е с най-висок относителен дял на свръхтегло – 25,0%.

Оценката на хранителния статус при децата от 5 до 19-годишна възраст чрез прилагане на международно приетите антропометрични индикатори и критерии на СЗО, 2007 г., очертава следните проблеми:

- Децата от 5 до 19 години са рисковата група за свръхтегло и затлъстяване (общо наднормено тегло - 32,0%, включително 12,8% затлъстяване);
- С най-висок риск за затлъстяване са момчетата от 5 до 9 години – (установена честота - 18,6%) и момчетата на 10-13 години (16,1%).

## КНИГОПИС

1. World Health Organization. Report of the commission on ending childhood obesity. (2016). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204176>
2. WHO. Obesity and overweight, 2021, Available at <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Singh AS, Mulder C, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev.* 2008. Sep;9(5):474-88. doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00475.x. Epub 2008 Mar 5. PMID: 18331423.
5. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести (2014-2020). Налична на: <https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=861>

## ХРАНИТЕЛЕН СТАТУС НА НАСЕЛЕНИЕТО ОТ 19-ГОДИШНА ДО 75+-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ ЧРЕЗ ОЦЕНКА НА ИТМ

В България през 2014 г. стартира Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести (2014-2020). В рамките на Програмата през 2020 г. се проведе Национално изследване на факторите на риска за здравето на населението в Р. България (1). Една от основните цели на изследването е да се проучи водещият фактор хранене и свързаният с него хранителен статус на изследваните лица, както и на риска за здравето, произтичащ от нарушенията в хранителния статус с особен фокус върху затлъстяването.

Затлъстяването е хронично метаболитно заболяване, което в последните години достига размерите на епидемия (2). То се характеризира с повишаване на телесните мазнини в организма. По-високото съдържание на мазнини в тялото води до промени в телесния състав, нарушаване на много физиологични процеси и съпътстващ повишен риск за заболяемост и смъртност (3).

По данни на Световната здравна организация (СЗО) за 2016 г. в световен мащаб 1,9 милиарда от възрастното население (39%) е с наднормено тегло, а от тях 650 милиона (13%) са със затлъстяване (4).

Относителният дял на изследваните лица на възраст от 19 до 75+-годишна възраст, разпределени по пол и възраст спрямо интервалите на значимост на антропометричния индекс ИТМ (СЗО, 1997 г.), са представени в Таблица 1.

**Таблица 1.** Относителен дял (%) на изследваните лица на възраст от 19 до 75+ години, разпределени по пол, възраст и индекс на телесна маса (ИТМ)

ПОЛ	Възраст (години)	Брой (n)	ИТМ (кг/м <sup>2</sup> ) / BMI (kg/m <sup>2</sup> )					
			< 18,49	18,5 ÷ 24,99	25 ÷ 29,99	30 ÷ 34,99	35 ÷ 39,99	> 40
			%	%	%	%	%	%
МЪЖЕ	19 - 29	189	4,8	59,3	30,7	4,2	1,1	0,0
	30 - 59	771	0,1	34,0	39,7	19,1	4,7	2,5
	60 - 74	276	0,7	25,7	42,8	25,0	5,4	0,4
	75+	75	1,3	41,3	46,7	8,0	1,3	1,3
	Общо	1311	1,0	36,3	39,4	17,5	4,1	1,6
ЖЕНИ	19 - 29	237	13,1	65,4	13,9	3,8	2,5	1,3
	30 - 59	1123	4,1	49,7	26,6	13,7	4,5	1,3
	60 - 74	396	0,8	29,5	40,4	19,9	6,6	2,8
	75+	91	1,1	35,2	46,2	16,5	1,1	0,0
	Общо	1847	4,4	46,7	28,9	13,9	4,5	1,6
ОБЩО	19 - 29	426	9,4	62,7	21,4	4,0	1,9	0,7
	30 - 59	1894	2,5	43,3	31,9	15,9	4,6	1,8
	60 - 74	672	0,7	28,0	41,4	22,0	6,1	1,8
	75+	166	1,2	38,0	46,4	12,7	1,2	0,6
	Общо	3158	3,0	42,4	33,3	15,4	4,4	1,6

Относителният дял на лицата над 19-годишна възраст с поднормено тегло (ИТМ под 18,5 кг/м<sup>2</sup>) е 3% (Табл. 1). Разпределението на поднорменото тегло сред изследваните лица е в рамките на обичайната честота под 5%, с изключение на жените от 19 до 29 години, където е 13,1%. Независимо от високата честота на поднормено тегло при младите жени, при сравняване с данните от предходно проучване през 2004 г. се наблюдава значимо намаляване (17,3%) (6).

Относителният дял на лицата с телесно тегло в норма (ИТМ 18,5 кг/м<sup>2</sup> – 24,99 кг/м<sup>2</sup>) варира от 25,7% до 65,4% в различните възрастови групи. И при двата пола се наблюдава тенденция за намаляване на относителния дял на лицата с тегло в норма с нарастване на възрастта. В най-горната възрастова група 75+ години се наблюдава известна благоприятна тенденция за нарастване на относителния дял на лицата с тегло в норма.

Възрастното население с наднормено тегло (свръхтегло + затлъстяване), оценено на база антропометричен индекс ИТМ (ИТМ >25 кг/м<sup>2</sup>), е 54,7% (Табл. 1). При лицата от мъжки пол на възраст от 60 до 74 години честотата на наднормено тегло е най-висока – (ИТМ >25 кг/м<sup>2</sup>) – 73,6%.

Относителният дял на лицата със свръхтегло при различните възрастови групи е средно 33,3% и варира в диапазона от 13,9 % до 46,7% (ИТМ 25 кг/м<sup>2</sup> - 29,99 кг/м<sup>2</sup>). Най-висок процент лица със свръхтегло се установи при мъжете на 75+ години - 46,7%.

Затлъстяването в последните десетилетия нараства неколкостранно в световен мащаб и достига размерите на епидемия. СЗО определя затлъстяването като най-сериозния хроничен здравен проблем сред възрастните. Затлъстяването отчетено сред жените в Европейския регион на СЗО е 24%, а сред мъжете – 22% (7).

Затлъстяването сред лицата над 19-годишна възраст е средно 21,4%, като в отделните групи варира в границите от 5,3% до 30,8%. При мъжете относителният дял на затлъстяването е 23,2%, а при жените – 20,0%. И при двата пола се установява значително увеличаване на затлъстяването с възрастта, като най-високи стойности се наблюдават във възрастовата група 60-74 години. От 7,6% при младите жени то достига 29,3% при тези на 60-74 години, а при мъжете от 5,3% в млада възраст затлъстяването се увеличава до 30,8% във възрастта 60-74 години. (Табл. 1). Преобладава първа степен на затлъстяване (ИТМ 30 кг/м<sup>2</sup> - 34,99 кг/м<sup>2</sup>) при всички изследвани групи лица.

Голяма част от резултатите за свръхтегло, получени в настоящото проучване, съответстват на данните от националните проучвания на храненето и хранителния статус на населението в Р. България през 1998 г. и 2004 г. През 2020 г. относителният дял на лицата със затлъстяване сред населението е нараснал 2-3 пъти при всички възрастови групи спрямо нивата, отчетени през 1998 и 2004 г. (6).

Определянето на ИТМ е бърз, лесен и евтин метод, което го прави предпочитан индикатор за оценка на хранителния статус при възрастни лица над 18-годишна възраст на популяционно ниво. Той все пак има своите ограничения, които следва да се имат предвид при интерпретиране на данните и в практиката често се допълва с измерване обиколката на талията, която показва натрупването на мазнини в коремната област и служи като маркер за метаболитен и кардио-васкуларен риск (8,9,10). При лицата с наднормено тегло и натрупване на мазнини в областта на талията е налице по-висок риск за здравословни проблеми. Сред тях са много от рисковите фактори за развитие на сърдечно-съдови заболявания като високо кръвно налягане, високо ниво на холестерол, високо съдържание на триглицериди в кръвта, диабет и други.

### **Изводи:**

Оценката на хранителния статус на възрастното население (19-75+-годишна възраст) в България през 2020 г. чрез прилагане на международно приетия антропометричен индикатор ИТМ и критерии на СЗО, 1997 г., показва сериозни проблеми в хранителния статус при възрастните лица.

- Поднорменото тегло при младите жени на възраст от 19 до 29 години е значим проблем – 13,1%;
- Свръхтеглото при възрастното население над 19 години е 33,3%;
- Честотата на затлъстяването при мъжете е 23,2%, а при жените – 20%, като преобладават леките степени на затлъстяване;
- Затлъстяването се увеличава значително с възрастта (4,5 пъти при мъжете и 2,5 пъти при жените). Най-висока честота се установява при мъжете на възраст 60-74 години (30,8%).

## КНИГОПИС

1. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести (2014-2020). Приета с Решение № 552 на Министерския съвет от 28.07.2021 г. Налична на: <https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=861>
2. Rolland-Cachera M, Cole T, Sempé M, Tichet J, Rossignol C, Charraud A. Body mass index variations: centiles from birth to 87 years. *Eur J Clin Nutr.* 1991;45(1):13–21.
3. WHO Expert Committee. Physical Status: Use and Interpretation of Anthropometry. WHO TRS 854. WHO, Geneva, 1995
4. WHO. Obesity and overweight, 2021, Available at <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
5. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation of Obesity. Geneva, 3-5 June 1997.
6. Петрова С., В. Дулева, Л. Рангелова, П. Димитров, Д. Байкова, М. Константинова. Мониторинг на хранителен статус на населението в България: разпространение и тенденции на затлъстяването и поднорменото тегло. *Наука Диететика*, 2012, 2: 18-29.



Издание на МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО и  
НАЦИОНАЛЕН ЦЕНТЪР ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И АНАЛИЗИ  
**по НАЦИОНАЛНА ПРОГРАМА ЗА ПРЕВЕНЦИЯ**  
**НА ХРОНИЧНИТЕ НЕЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ 2014-2020**