

МЕТОДИЧНО РЪКОВОДСТВО ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ ОТ ЗДРАВНИТЕ КАБИНЕТИ В УЧИЛИЩАТА



НАЦИОНАЛЕН ЦЕНТЪР ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И АНАЛИЗИ
София, 2013

**НАЦИОНАЛЕН ЦЕНТЪР ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И
АНАЛИЗИ**

**МЕТОДИЧНО РЪКОВОДСТВО
ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ
ОТ ЗДРАВНИТЕ КАБИНЕТИ В УЧИЛИЩАТА**

София, 2013

Настоящото издание е предназначено за медицинските специалисти от здравните кабинети в училищата, ангажирани в реализиране на дейности насочени към промоция на здравето и профилактика на болестите. Целта е медицинските специалисти да повишат своите знания относно разпространението на факторите на риска за здравето свързани с начина на живот и утвърждаването на добри практики в медицинското обслужване в училищата.

Авторски колектив:

доц. д-р А. Манолова, дм

доц. д-р Г. Цолова, дм

доц. д-р П. Димитров, дм

гл. експерт Е. Теолова

ISBN 978-954-8404-16-7

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	4
I. МЕДИЦИНСКОТО ОБСЛУЖВАНЕ В УЧИЛИЩЕ. ПОНЯТИЕ И СЪЩНОСТ	5
II. ОСИГУРЯВАНЕ НА ЗДРАВΟΣЛОВНА И ПОДКРЕПЯЩА СРЕДА	8
1. ФИЗИЧЕСКА СРЕДА	8
1.1. <i>Микроклимат</i>	8
1.2. <i>Ергономични изисквания</i>	9
2. ОРГАНИЗАЦИЯ НА УЧЕБНИЯ ПРОЦЕС	10
3. ПРЕДОТВРАТЯВАНЕ НА ТРАВМИТЕ В УЧИЛИЩЕ	12
III. ОЦЕНКА И КОНТРОЛ НА ФИЗИЧЕСКОТО РАЗВИТИЕ, ДЕЕСПОСОБНОСТТА И ЗДРАВΟΣЛОВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА УЧЕНИЦИТЕ	13
1. ОЦЕНКА НА ЗДРАВΟΣЛОВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА УЧЕНИЦИТЕ	13
2. ОЦЕНКА И КОНТРОЛ НА ЗДРАВЕТО НА УЧЕНИЦИТЕ ОТ РИСКОВИТЕ ГРУПИ	14
2.1. <i>Контрол на здравето при учениците, болни от диабет</i>	14
2.2. <i>Контрол на здравето при учениците, болни от бронхиална астма и алергичен дерматит</i>	15
3. ПРОВЕЖДАНЕ НА ДОПИТВАНЕ ПО ПРОБЛЕМИ НА ЗДРАВЕТО	15
IV. ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕ	17
V. ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ	21
1. ПРОФИЛАКТИКА НА ОСНОВНИТЕ ФАКТОРИ НА РИСКА ЗА ЗДРАВЕТО	21
1.1. <i>Ниска двигателна активност</i>	21
1.2. <i>Нездравословно хранене. Наднормена телесна маса и затлъстяване</i>	24
1.3. <i>Тютюнопушене</i>	29
1.4. <i>Употреба на алкохол и наркотици</i>	31
2. ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ	35
2.1. <i>Сърдечно-съдови заболявания</i>	35
2.2. <i>Гръбначни изкривявания</i>	36
2.3. <i>Остеопороза</i>	38
2.4. <i>Инфекциозни болести</i>	39
2.5. <i>Кариес</i>	40
3. ПРЕДОТВРАТЯВАНЕ И ОГРАНИЧАВАНЕ НА ТОРМОЗА И НАСИЛИЕТО В УЧИЛИЩЕ	43
VI. ПЪРВА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ	46
ПРИЛОЖЕНИЯ	47
ЛИТЕРАТУРА	84

ВЪВЕДЕНИЕ

Хроничните неинфекциозни болести (на органите на кръвообращението, на белия дроб, злокачествени новообразувания, травми и др.) са основната причина за умирация и инвалидност в света. Те съставляват 59% в структурата на всички умирация и обуславят 45.9% от глобалното бреме на болестите (по DALY's). В много западноевропейски страни, в Япония, САЩ, Австралия и другаде от години се наблюдава тенденция за намаляване на смъртността от тях, докато в България тя продължава да бъде висока.

Отдавна е доказано съществуването на фактори на риска (ФР), общи за повечето хронични неинфекциозни заболявания – тютюнопушене, консумация на алкохол, нездравословно хранене, ниска двигателна активност и други. Често пъти тези ФР водят началото си от детството и юношеството, с тенденция за нарастване с възрастта.

Проучване в 35 страни на Европа и Северна Америка (НБСC) установява широко разпространение на поведенческите фактори на риска сред подрастващите. Сред 15-годишните всеки четвърти пуши цигари, като преобладават редовните пушачи. От 11 до 57% от момчетата и от 12 до 67% от момичетата пушат всяка седмица. Алкохол консумира всеки трети, като консумацията е ежеседмична при 34% от момчетата и 24% от момичетата. В страни като Дания, Малта, Холандия и Англия този процент достига 50%. Делът на момчетата, консумиращи алкохол два пъти в седмицата и по-често варира от 17 до 68%, а на момичета - от 6 до 65% в различните страни. Значителна част от подрастващите са с ниска двигателна активност, храненето им не е здравословно – много мазнини, недостатъчна консумация на риба, мляко, плодове и зеленчуци, ежедневен прием на захарни изделия и сладкиши, честа употребата на газирани напитки и др.

Факторите на риска, свързани с начина на живот сред подрастващите, са широко разпространени и у нас. Изследванията показват, че всяко второ момиче и всяко трето момче пуши цигари, като редовни пушачи са съответно 18.8% и 16.3% от тях. Между 15 и 20 хиляди ученици от 9-12 клас показват ясни симптоми на рискова употреба на алкохол, като възрастовата граница е снижена на 12.5 години. При 18-25% от момчетата и 30-48% от момичетата на 7-19 години се установява ниска двигателна активност, храненето не отговаря на съвременните изисквания. Ниската двигателна активност и нездравословното хранене често водят до повишени стойности на артериалното налягане, наднормена телесна маса или затлъстяване, които се превръщат в риск за здравето на подрастващите, както в краткосрочен, така и в дългосрочен план.

Широкото разпространение на фактори на риска сред младите хора изисква 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.

I. МЕДИЦИНСКО ОБСЛУЖВАНЕ В УЧИЛИЩЕ. ПОНЯТИЕ И СЪЩНОСТ

Училището, в което децата на възраст между 7 и 19 години прекарват повече половината от времето си, представлява организирана и достъпна за контролирани въздействия среда. Като работна среда за учениците и учителите, то играе важна роля за възприемането и създаването на навици за здравословен начин на живот и поведение. И у дома, и в училище, се осъществява социализация на индивида и формиране на личността, изграждат се навици и ценности. Училището предоставя възможности за подобряване на здравето, за комплексно повлияване начина на живот и за изграждане на жизнена среда. То въздейства пряко върху здравето на учениците, като ефектът може да бъде както положителен, така и отрицателен.

Анализът на физическото развитие и здравето състояние на българските ученици по данни от профилактичните прегледи за 2012 година сочи, че по отношение на основните антропометрични показатели преобладаващата част от учениците са в границите на норма ($\bar{X} \pm 1SD$) или разширената норма ($\bar{X} \pm 1SD$ и $\pm 2SD$) за ръст (95.6%) и телесна маса (93.0%).

С много нисък ($\bar{X} - 2SD$) са 1.8% от учениците), а с много висок ръст ($\bar{X} + 2SD$) – 2.7%. Телесна маса над 2SD се установяват при 4.2% от учениците, с най-висок относителен дял при 7-14 годишните момчета. С телесна маса под 2 стандартни отклонения от нормата са общо 1.9%, с най-висока честота при момчетата в горната училищна възраст (14-18 г.).

При прегледани 553 709 ученика на възраст 7-18 г., са регистрирани 46 506 заболявания, т.е. 84‰ тях са с отклонения в здравето състояние. Най-висока заболеваемост е отчетена при десетокласниците – 130‰, а най-ниска при първокласниците – 102‰.

Затлъстяването се задържа като основен проблем в ученическата възраст, независимо от незначителното намаляване на регистрираните случаи в сравнение с предходната година (съответно 21.7‰ за 2012 г. и 22.2‰ за 2011 г.)

Болестите на окото са на второ място в структурата на заболеваемостта – смущения в зрението, нарушения на рефракцията и акомодацията, слепота и намалено зрение се установяват при 15.6‰ от учениците, следвани от бронхиалната астма – 8.1‰ и заболяванията на костно-мускулната система с водещи гръбначните изкривявания – 5,3‰.

Обобщените данни за страната показват, че 4,2% от преминалите на профилактичен преглед ученици, имат заболяване, което налага диспансеризация. Най-голям е броят на диспансеризираните със заболявания на дихателната система (33,2%), и астма с преобладаващ алергичен компонент – 21,6 %. Следват случаите на болести на окото – 18,4 %, болести на нервната система – 13,6 %, като сред тях най голям е броят на учениците с епилепсия – (8,8 %).

През изминалата 2011/2012 учебна година, 11 757 от учениците (1.8%) са напълно освободени от часовете по физическо възпитание по здравословни причини. В някои училища все още съществуват групи за лечебна физкултура, в които са включени общо 2 445 ученика.

Дали училището ще се превърне в подкрепяща среда за утвърждаването на здраве, зависи от цялостната му политика относно здравето на учениците и работещите в него, от ангажирането му с прилагането на тази политика, от организационната и съдържателна съгласуваност на дейностите в различните области на промоцията на здраве в училище.

Основна цел на медицинското обслужване в училище е осигуряването на условия за нормално развитие и израстване на учениците и на тяхното благополучие. То се осъществява от медицински специалист (медицинска сестра, фелдшер или лекар), във взаимодействие с педагогическия и непдагогически персонал, с ученика и семейството му.

Медицинското обслужване в училище обхваща четири тясно взаимосвързани области:

- осигуряване на здравословна и подкрепяща среда;
- контрол на физическото развитие и здравословното състояние;
- профилактика на болестите и промоция на здравето;
- оказване на първа помощ.

Медицинският специалист, в сътрудничество с психолога, педагогическия съветник, учители и представители на училищното настоятелство, трябва да извършва следните **нормативно определени дейности**:

1. Контрол на факторите на физическата среда и организацията на учебния процес.
2. Организиране, провеждане и контрол на профилактични и протиепидемични дейности за предотвратяване на възникването и ограничаване разпространението на заразни и паразитни заболявания в училищата.
3. Провеждане на профилактични дейности за предотвратяване или ограничаване на рисковите фактори в училищата.
4. Организиране и провеждане на програми за здравно образование на учениците.
5. Организиране и участие в регионални, национални и международни проекти и програми, свързани с профилактика на болестите и промоция на здравето на учениците.
6. Участие в подбора, подготовката, провеждането и контрола на различните форми на спорт, туризъм и отдих за учениците.
7. Оценка, анализ и контрол на физическото развитие, здравното състояние и имунизационния статус на учениците.
8. Оказване на първа медицинска помощ на учениците и медицинско обслужване до пристигането на специализиран екип на спешна медицинска помощ.

В *Приложение 1* е направен преглед на съдържанието и дейностите на медицинското обслужване в училище. В тези дейности не се включва лечение на заболяванията. Ако ученикът има нужда от лечение, медицинският специалист в училище уведомява него или родителите му, че е необходимо посещение при общопрактикуващия лекар или при специалист, който ще предприемат съответните мерки (изследвания, евентуална хоспитализация, консултации и др.).

II. ОСИГУРЯВАНЕ НА ЗДРАВΟΣЛОВНА И ПОДКРЕПЯЩА СРЕДА

Важна задача на медицинското обслужване в училище е осигуряването на безопасна среда, както за учениците, така и за всички, работещи в него.

Училищната среда включва:

- **физическа среда** – сградата на училището и околните площи, всички физически, биологични и химически фактори, въздействащи върху здравето, както и следните физически условия – температура, шум и осветеност;
- **организация на учебния процес** от гледна точка на учебното натоварване, актуалността на информацията и използваните методи за обучение, които трябва да съответстват на съществуващите потребности, на възрастовите особености на обучаваните и на особеностите, определени от здравословното им състояние;
- **психологическа среда** – емоционалната и социална атмосфера, пряко свързана със степента на благополучие на учениците и учителите.

Медицинските специалисти в училище имат непосредствени задачи в първите две области, като се включват активно и в създаването на адекватна и подкрепяща психологическа среда и климат в училище.

1. ФИЗИЧЕСКА СРЕДА

В съществуващата система от здравни изисквания от голямо значение за ефективността на обучението и здравето на учениците са **показателите за оценка** на качеството на учебната среда, включващи следните параметри:

- микроклимат;
- физически фактори;
- сграден фонд и обзавеждане.

1.1. Микроклимат

Учениците са в състояние на топлинен комфорт при температура на въздуха в класните стаи 18-20°C през зимата и 16-22°C през пролетта. Терморегулацията им понася умерено натоварване при температури съответно 17-22° С и 15-23°C.

По време на час температурата в класната стая се повишава с 3-4°C. Интензивно проветряване (с предизвикване на течение) трябва да се прави в отсъствие на учениците. Критерий за пълна смяна на въздуха е с падането на температурата с 2-4°C. При това положение не настъпва охлаждане на децата, тъй като още през първите 7-10 минути от часа температурата се установява на първоначалното си ниво.

Умереното натоварване на терморегулацията при децата е приемливо и целесъобразно, тъй като я тренира. Пребиваването на учениците в еднообразни комфортни топлинни условия забавя съответното на възрастта съзряване на терморегулацията, което на свой ред е рисков фактор, понижаващ неспецифичния имунитет.

Режимът на проветряване определя самочувствието, работоспособността и здравето на учениците по време на обучение. Въздухът променя физическите си, химични и биологични качества в затворени помещения поради отделяните от учениците на повече от 200 антропогенни вещества, топлина и влага. Някои от тези вещества имат дразнещо, алергизиращо и/или токсично действие.

Оптимален микроклимат в помещенията може да бъде осигурен само при правилното използване на ефективни и надеждни системи за вентилация и отопление на сградата. В училище се използват две системи за вентилация: *неорганизиран приток на чист въздух* през прозорците, паралелно със системата за вентилиране, чрез естествена и механично създавана тяга и *организирано подаване на чист въздух* – децентрализирано подаване на въздух без затопляне и централизирано подаване на затоплен въздух. Провеждайки контрол на температурния и вентилационен режим, медицинските специалисти трябва да се осведомят за правилното използване на устройствата и системите за вентилация, като не забравят, че студеният въздух изтласква топлия.

1.2. Ергономични изисквания

По време на обучителния процес организъмът на ученика изпитва статично натоварване, което може да бъде намалено не само чрез адекватно подбрани мебели, но и чрез правилно положение на тялото. Така например, при писане положението на тялото с лек наклон напред уморява най-малко.

Правилната поза при работа в работилниците е с леко наведени напред тяло и глава, при равномерно разпределяне на натоварване върху лявата и дясна половина на тялото. Целесъобразна е честата смяна на позите, тъй като усилията за поддържане на тялото в статично положение са особено уморителни. Обзавеждането на училищата, отговарящо на хигиенните и ергономични изисквания, осигурява запазване на работоспособността, правилно физическо развитие и изработване на правилна стойка.

Медицинският специалист осъществява контрол на училищните помещения, като отделя особено внимание на:

- санитарното състояние на класните стаи, учебните кабинети, спортния салон и площадките в двора, както и на работилниците;
- проветряването, температурния режим и този на осветлението;
- настаняването на учениците по чиновете съобразно ръста, състоянието на зрението и слуха им;
- спазването на междучасията и почивките между смените;
- подредбата на чиновете/масите в класните стаи и работните места в работилниците и т.н.;

Медицинският специалист контролира спазването на:

- хигиенния и протиепидемичен режим;
- хигиенните изисквания при приготвянето на храната, миенето на съдовете;
- условията и сроковете за съхраняване на продуктите и приготвената храна.

Медицинският специалист запознава педагогическия и обслужващия персонал с необходимостта от режим за проветряване на всяко помещение и контролира въздушната среда на сградата. Целесъобразно е да бъде изработен график за проветряване от дежурните ученици.

Медицинският специалист периодично инструктира помощния персонал на училището относно изискванията и задълженията при дезинфекция и при поддържане на необходимата хигиена в училищната сграда.

Той контролира извършването на задължителното влажно почистване и дезинфекция на подове, работни повърхности и санитарни възли, съответно ежедневно или при необходимост. Дезинфекция се извършва с биоцидни препарати, разрешени за пускане на пазара от Министерството на здравеопазването, при спазване на условията на издаденото разрешение и на изискванията, посочени в етикета. Всички помещения в училището системно се обработват от лицензирани фирми срещу паразити, инсекти и гризачи.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ НА УЧЕБНИЯ ПРОЦЕС

Осигуряването на здравословна училищна среда означава не само създаване и запазване на подходяща физическа среда, но и полагане на усилия за поддържане на адекватно работно натоварване, съответстващо на възрастта и здравословното състояние на учениците.

Един от проблемите при организиране на учебния процес в училищата е неравномерното *натоварване през седмицата*.

В тази връзка *медицинският специалист* оценява и контролира, дали режимът и организацията на учебната дейност съответстват на нормативните изисквания, на възрастта и здравословното състояние на учениците, както и на динамиката на работоспособността им през учебния ден.

По време на денонощието работоспособността показва вълнообразна динамика. Характерни са два периода на повишена активност на физиологичните функции: между 10 и 12 часа и 16 и 18 часа. Физиологичната крива отразява биологичния ритъм. В периодите на повишена активност производителността е по-голяма, запазва се здравето, постигат се по-добри резултати при по-малък разход на енергия и време.

Предметите с най-висока степен на трудност трябва да се преподават през втория и третия час в началните класове и през втория до четвъртия час в средните и горните класове. Недопустими са няколко контролни и класни работи в един ден, в една седмица, особено в края на срока. Часовете по физическо възпитание и тези по бит и техника могат да се поставят като трети и четвърти час, когато започва да се проявява умората. Това важи особено за дните с понижена работоспособност – четвъртък и петък.

Оптимална работоспособност се поддържа при правилно съставено разписание, предвиждащо:

- редуване на видовете дейност, например, природо-математически и хуманитарни предмети, предмети с преобладаващо умствено или физическо натоварване;
- разпределяне на учебните предмети в седмичното разписание с оглед дневната и седмична динамика на работоспособността на ученика.

Профилактиката на преумората не се свежда само до съобразяване на броя на часовете с възрастта, а засяга и проблемите на правилното от хигиенна гледна точка планиране на всеки час, на редуването им. Трудността на един час се определя от неговите учебни елементи, както и от сумарното въздействие на часовете. Установено е, че часовете със средна трудност са най-малко уморителни за учениците. Часовете с ниска трудност са под възможностите на децата, те са безинтересни и уморителни. Трудните часове предизвикват прекомерно напрежение при умствената дейност и намаляват работоспособността на децата.

Часът става по-лесен, когато многократно се редуват различни видове дейност - устна и писмена работа, усвояване на нов и преговаряне на вече познат материал, когато се спазва съобразената с възрастта продължителност на всеки от компонентите на часа, особено на самостоятелната работа.

В началните класове са целесъобразни комбинираните часове, при които се извършват различни видове дейност. Например, последните 10 минути от часа по български език или по математика се оставят за рисунка по изучаваната в часа тема. Включването на игрови елементи по време на час дава възможност за емоционално разтоварване, активизира в голяма степен вниманието на децата и позволява учебното време да бъде използвано с по-голяма педагогическа ефективност.

Промените в учебното съдържание и използването на компютри в обучителния процес водят до възникване на учебен час от нов тип, с висока ангажираност на неволево внимание и умствената активност на учениците. Интензивната умствена дейност поставя по-високи изисквания към зрителния и слуховия анализатори (в часовете с използване на аудио- и видеотехника). На свой ред това прави необходим медицинския контрол при употребата на технически средства в процеса на обучение. Часовете с използване на аудио- и видеотехника не трябва да са повече от три-четири седмично.

Специален медицински контрол е необходим при обучението на учениците с помощта на компютри, тъй като работата с тях повишава напрежението на очите и статичното натоварване, води до промяна в температурата и влажността на въздуха, повишава нивото на шума, излага учениците на въздействие на електромагнитни полета. Във всеки отделен случай специфичните характеристики се контролират и съгласуват с нормативната документация: оборудването в използваните помещения, броят на децата в групата, режимът на часовете. Максималната продължителност на работа на учениците с персонални компютри в рамките на учебния ден и седмица е представена в таблицата по-долу.

МАКСИМАЛНА ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ НА РАБОТА НА УЧЕНИЦИТЕ С ПЕРСОНАЛНИ КОМПЮТРИ

Клас	За деня		За седмицата	
	<i>работа в мин. не повече от</i>	<i>максимален брой занятия</i>	<i>максимален брой занятия</i>	<i>работа в мин. не повече от</i>
I	20	1	2	40
II - III	20	2	4	80
IV - V	30	2	4	120
VI - VII	40	2	5	200
VIII - IX	40	2	6	240
X - XI	40	2	10	400

3. ПРЕДОТВРЯВАНЕ НА ТРАВМИТЕ В УЧИЛИЩЕ

Предотвратяването на травмите изисква внимание както към физическата среда, така и към социалните взаимоотношения. Важно е да бъдат установени рисковите фактори, които да бъдат контролирани и оценявани постоянно. Рискови фактори могат да бъдат констатирани, например, в часовете по физическо възпитание (неправилно планиран урок) или в някой от кабинетите (по химия, физика, трудово обучение). Рискови фактори могат да представляват различните обучителни средства, апарати, състоянието им и неразбираемите инструкции за работа с тях.

За осигуряване безопасността на учениците в училище е необходимо разработване на инструкции. Това е отговорност на директора на училището, но в зависимост от вида на инструкциите, при създаването им е полезно да бъдат включвани медицинския специалист, учители и ученици.

Освен това е необходимо в училището да се прилагат правила за безопасно придвижване, например, по време на междучасие или към стола, да бъдат точно определени действията по време на пожар, да бъдат достъпни за всички ученици и работещи в училище необходимите инструменти. Безопасност при движение по улиците и транспортните средства

Поведението по време на пожар трябва да бъде обсъдено в час. Безопасността на учениците трябва да се подсигурява и извън училище, например, по време на екскурзия или поход. Тук също е необходимо добро познаване на правилата, затова учениците трябва да бъдат информирани за подходящи действия при нещастни случаи.

III. ОЦЕНКА И КОНТРОЛ НА ФИЗИЧЕСКОТО РАЗВИТИЕ, ДЕЕСПОСОБНОСТТА И ЗДРАВΟΣЛОВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА УЧЕНИЦИТЕ

1. ОЦЕНКА НА ЗДРАВΟΣЛОВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА УЧЕНИЦИТЕ

Контролът над здравето се осъществява в съответствие с *Наредба № 3* за здравните кабинети в детските заведения и училищата (Обн. ДВ. бр.38 от 9 Май 2000 г., изм. ДВ. бр.83 от 10 Октомври 2000 г.) и други нормативни документи. База за това представляват данните от профилактичните прегледи, провеждани от общопрактикуващите лекари (ОПЛ).

Основна цел на профилактичните прегледи е своевременното откриване на съществуващи заболявания и аномалии у децата и профилактика на детската заболеваемост. Анализът на реалната заболеваемост сред децата позволява разработване на адекватни профилактични и здравно-промотивни програми.

В рамките на Програма “Детско здравеопазване” (Таблица от Приложение № 6) са разписани задълженията на ОПЛ във връзка с профилактичните прегледи. В периода на училищната и юношеската възраст (7-18 години) те са ежегодни и включват оценка на физическото развитие, измерване на артериалното налягане, изследване на зрението и развитието на опорно-двигателната система. Всеки профилактичен преглед включва анамнеза и подробен обективен статус.

Таблица от Приложение № 6 за задълженията на ОПЛ във връзка с профилактичните прегледи

Z00.3	Изследване за оценка на състоянието на развитието на юношата (състояние на пубертетното развитие)	7-18 г.	1. Измерване на ръст, тегло, гръдна обиколка 2. Измерване на артериално налягане 3. Оценка на физическо развитие	Един път годишно
Z10.8	Рутинна обща проверка на здравето на други, определени подгрупи от населението (ученици)		4. Изследване за зрителна острота и цветоусещане 5. Отклонения в развитието на опорно-двигателната система	

Информацията за проведените профилактични прегледи се предоставя от ОПЛ на медицинските специалисти от училищата чрез талони за извършен профилактичен преглед и диспансеризация. Ежегодно, в седемдневен срок от началото на учебната година, ОПЛ изпраща на медицинските специалисти от училищните здравни кабинети талон с данни за имунизационното състояние на ученика към датата на започване на учебната година.

Съгласно Наредба №3 за здравните кабинети в детските заведения и училищата, медицинските специалисти от здравните кабинети в училищата изготвят по схема анализ на физическото развитие, дееспособността и здравословното състояние на обслужваните ученици, въз основа на данните от:

- получените от ОПЛ талони за физическото развитие и клиничния преглед;
- данните за диспансеризираните ученици;
- данните от изследването на физическата дееспособност (*Приложение 2*).

Попълнените схеми се изпращат в Регионалната здравна инспекция до края на месец март на следващата календарна година.

На базата на получените резултати се оформят рисковите групи и се планират необходимите мерки и действия.

В рисковите групи влизат учениците:

- с хронични заболявания (диспансеризирани);
- предразположени към определени заболявания;
- склонни към рисково поведение.

При наличие на проблем следва да се търси сътрудничеството на родителите. Най-ефективен похват в този случай е провеждането на събеседване, включващо всички заинтересовани страни.

Във връзка с оценката и контрола на здравето на учениците *медицинският специалист в училище*:

- информира по подходящ начин родителите за необходимостта от извършването на профилактични прегледи;
- работи за подобряване на координацията с преподавателите по физическо възпитание;
- след изготвяне на анализа на здравословното състояние на учениците, представя съдържанието му, както и препоръчаните профилактични мерки, пред ръководството на учебното заведение и родителите.

2. ОЦЕНКА И КОНТРОЛ НА ЗДРАВЕТО НА УЧЕНИЦИТЕ ОТ РИСКОВИТЕ ГРУПИ

2.1. Контрол на здравето при ученици, болни от диабет

Детският диабет е най-често от първи тип (инсулинзависим диабет). Основният начин на лечение е чрез инжекционно въвеждане на инсулин. Медицинският специалист в училище, след разговор с родителите на детето, има задача да контролира и осигури на ученика подходящи условия за провеждане на лечението с инсулин.

Храненето и физическата активност са от изключително значение за учениците, болни от диабет. Затова трябва особено внимателно да се следи теглото на детето, особено през пубертета. Най-добрият начин за избор на адекватно меню, е да се разработи систематичен, индивидуален хранителен режим, след като се установят

хранителните навици на семейството и на детето. Адекватността на менюто се оценява чрез проследяване на теглото, а ако е необходимо и на базата на анкети за храненето.

Естествената физическа активност на детето с диабет е много променлива и трябва задължително да се отчита при разработване на индивидуален план за проследяване на състоянието му. Съществува риск активността съзнателно да се ограничава поради страх от хипогликемия. Тя може да бъде предотвратена чрез съответно намаляване на дозата инсулин или увеличаване на количеството хранителни продукти преди физическо натоварване.

Животът на болния от диабет ученик се усложнява и от масовите нагласи. Често децата се сблъскват с предразсъдъци и неразбиране поради незнание и остарели възгледи за лечение на диабета.

2.2. Контрол на здравето при ученици, болни от бронхиална астма и алергичен дерматит

Астмата може да се предизвика както от вътрешни (инфекциозно-алергична астма), така и от външни фактори (алергична астма). Най-честите причина за астма в детска възраст са външните фактори или хранителните алергени. Развилата се в ранното детство бронхиална астма може да премине самостоятелно по време на пубертета, но алергичната готовност на организма се запазва.

Рискови фактори за астмата са атопичните заболявания (алергичен ринит, атопичен дерматит), които често са налице при членовете на семейството и са наследствено обусловени. Алергени могат да се окажат акарите в домашния прах, козината на домашните животни, полени на дървета и житните растения, плесени, тютюнев дим, някои хранителни продукти, различни химически вещества.

Астмата се влошава по време на преходните сезони заради променливото време и простудните заболявания. Протичането ѝ се повлиява и от физически натоварвания, студен въздух, дразнещи миризми и лекарства. Астматичен пристъп може да бъде предизвикан от изостряне на хроничен бронхит, от заболяване на горните дихателни пътища, от лекарства – аспирин и бета-блокери.

Основна задача при контрола на здравето при ученици, страдащи от астма, е детето да се научи само да се справя с болестта и да избягва пристъпите. Важно е да му бъде разяснено значението на здравословния начин на живот.

Учениците, страдащи от алергичен дерматит, също влизат в рисковата група. Най-важното за тях е да избягват контакта с алергени в училище. Медицинският специалист трябва да познава специфичните за ученика алергени, за да може заедно с него да предотврати потенциалното изостряне на заболяването.

3. ПРОВЕЖДАНЕ НА ДОПИТВАНЕ ПО ПРОБЛЕМИ НА ЗДРАВЕТО

Освен редовното оценяване и контрол на здравословното състояние на учениците, сред тях е желателно да бъдат провеждани и допитвания за здравето с цел получаване на допълнителна информация. Това активизира учениците при оценка на

собственото им здраве и изграждане на отношение към него.

Учениците са централни фигури в процеса на промоция на здраве в училище и трябва да бъдат въвличани в разработването на всички дейности в училище, свързани с него, от самото начало и на всеки последващ етап. Начините за допитване до тях трябва да съответстват на възрастта и възможностите им. Препоръчителни са следните техники:

- Споделяне в кръг;
- “Пиши и рисувай”;
- Мозъчна атака;
- Обсъждания в часа на класния;
- Въпросници;
- Малки фокус-групи;
- Училищен съвет.

Възможно е допитването да бъде провеждано на етапи, като се започне с обсъждането на по-общии идеи за това, какво представлява здравето и здравословния начин на живот, а след това да се премине към по-специализирани области на утвърждаването на здраве, една по една. Преди допитването до учениците, може да се предприемат дейности за повишаване на осведомеността по тези проблеми, например:

- обсъждания на събрание на цялата училищна общност;
- обсъждания с преподаватели или класни ръководители;
- контакти чрез ученическите съвети;
- стартиране на свързани със здравето общи или специализирани мероприятия, например, „Здравословно хранене”.

Допитването по проблеми на здравето е добре да се провежда сред учениците от пети, седми и девети клас, тъй като в тези възрастови групи протичат важни за развитието на детето процеси. Ученикът трябва да бъде уведомен, че попълването на анкетата е доброволно и попълненият въпросник остава у медицинските специалисти.

IV. ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО

Училищата имат ключова роля като среда за утвърждаване на здраве¹. Децата прекарват в училище много от годините, през които се формират като личности и когато са все още относително открити за въздействие. Училищата представляват една отлична възможност да се покаже на деца и възрастни, че здравето е от изключително значение.

Това може да бъде постигнато не само чрез предлагане на съответните официални програми за обучение, целящи усвояването на знания и умения за укрепване на здравето, но и чрез гарантиране на училищна среда, която утвърждава здраве като цяло.

Процесът на утвърждаване на здраве в училище започва в края на 50-те години, като методологиите и интервенциите търпят промяна, тъй като инфекциозните заболявания, като водещи по социална значимост, се изместват от заболяванията, свързани с начина на живот.

Медикобиологичните подходи, медицинският модел за превенция на определени заболявания или здравни проблеми и различните начини за информиране (неутрално или емоционално ангажиращо) отстъпват на холистичния модел на здравето, на социалноповеденческите и социалноекологични подходи и на развиването на умения за живот чрез интерактивни методи и обучение на връстници от връстници.

Просветителският модел на здравното образование намира своя алтернатива в модела на сътрудничество при промоцията на здраве.

Определяща разлика между тях е тази между **информирането и обучението**. Обучението поставя акцент върху активното включване на учениците в изграждането на собственото им знание и компетентност за действие, за разлика от пасивното разбиране за обучаващия се в програмите, ориентирани основно към информиране. Двата модела предлагат фундаментално различаващи се възгледи за здравето и използват качествено различни педагогически подходи. Само моделът на сътрудничество при промоцията на здраве отчита негласните правила и културата на училището, изисква работа със средата и обкръжението, оценяване на процеса на промоция на здраве и сътрудничество с местната общност. Двата подхода се **изключват взаимно** и е важно да се избягва смесването им.

В тази връзка и с цел постигане на максимална ефективност и устойчивост на работата по превенция на болестите и промоция на здравето при подрастващите, подборът на методи и подходи за нея се базира на трите основни принципа на демократичния модел, добрата практика в обучението и промоцията на здраве в училище.

- ▶ **Активно образователно взаимодействие с подрастващите за изграждане на ценностна система, нагласи, умения и поведенчески компетенции, водещи до избор на здравословен начин на живот.** Не е достатъчно само предоставянето на информация – на децата и младите хора трябва да им бъдат осигурени възможности да изяснят своите нагласи и ценности, да упражняват

¹ US Department of Health and Human Services. Public Health Service. 1992 National Survey of Worksite Health Promotion Activities: summary Am J Health Promot. 1993;7(6):452-64

умения, като например умения за взимане на решения, необходими при правенето на здравословен избор.

- ▶ **Надграждащо обучение (чрез интерактивни методи) на деца и юноши.** Основните теми трябва да бъдат засягани отново и отново по начини, подходящи за възрастта и етапа на развитие на децата.
- ▶ **Създаване на подкрепяща среда: организация и осигуряване на възможности за здравословен избор в училище, извънучилищни дейности, установяване на връзки и взаимодействие със семействата.** В подкрепящата среда влиза не само училището и неговата общност от ученици, учители и друг персонал. Съществено важни са и други близки обкръжения, както и взаимоотношенията на подрастващите в тях. Например, тъй като самооценката повлиява поведението, свързано със здравето, необходимо е реализирането на стратегии, които изграждат адекватна положителна самооценка и позволяват запазването ѝ и в семейната среда.

Максималната ефективност на здравното образование в рамките на демократичния модел е възможна когато:

- то е ориентирано към благополучието на индивида чрез холистично разбиране за здравето като единство и взаимозависимост на физически, психични, емоционални, социални, духовни и екологични компоненти;
- **взема предвид начина на живот, условията и конкретния контекст**, в който те се формират и осъществяват; когато **развива действена компетентност, чувство за лична отговорност за собствените избори и демократична позиция у учениците, учителите, родителите.**

Училището се превръща в естествено място за осъществяване на здравно образование, доколкото моделът на сътрудничество при промоция на здраве измества акцента от чисто медицинската компетентност към индивида и неговата актуална жизнена среда – училището, семейството, общността и населеното място.

ЗДРАВНО ОБРАЗОВАНИЕ

„Разгръщане на образователния потенциал на училищната здравна служба, чрез пренасочване от рутинни лекции към активна подкрепа на здравно-образователна програма на училището”².

Здравното образование е дейност за информиране на учащите се по проблемите на здравето и опазването му, както и за изграждане на съответните навици и умения. То обхваща както тематичните часове от цикъла за човека, така и всички други училищни мероприятия за подобряване на здравето, например, дни на здравето или консултации за родителите.

В Държавните образователни изисквания (стандарти) на МОМН за учебно съдържание темите, свързани със здравно образование и възпитание, са включени в:

- учебния предмет „Човекът и природата” от 3-6 клас и са насочени към формиране у учениците на отношение и познания за човешкото тяло и основните

² Критерий №12 от критериите на „Европейската мрежа от училища, утвърждаващи здраве”

жизнени процеси при човека; хигиенни правила за здраво тяло; разпознаване на вредни за човека вещества и въздействия;

- учебния предмет „Биология и здравно образование” от 7-8 клас и са насочени към придобиване на познания за структурата, жизнените процеси и хигиената на човешкия организъм: клетки, части от органи, органи, системи и техните функции; увреждания и заболявания; структури на човешкото тяло; хигиенни правила на поведение и здравословен начин на живот; анализ на връзки и зависимости между определено състояние на организма и конкретни правила за профилактика.

Здравното образование играе важна роля за формиране на отношение към собственото здраве по време на обучението в училище. Необходимо е учениците да са изяснили отношението си към здравето, да могат да го поддържат и укрепват. Здравното образование представлява едно цяло от различни части и обхваща периода от началното училище до завършване на гимназията. При работата по тези проблеми трябва да се отчита възрастта и развитието на учениците, проблемите, които ги вълнуват.

На практика детето може да бъде включено в процеса на утвърждаване на здраве още с влизането си в училище. Децата на 6-10 години вече могат да преценят промените в своето физическо и емоционално състояние, забелязват факторите на средата, които влияят върху здравето им, те вече изграждат навици за лична хигиена. В началното училище е важно децата да усвояват здравословни умения, като например, лична хигиена, грижа за зъбите, здравословно хранене, двигателна активност и т.н., а също така комуникативни умения и такива за взимане на решения.

С подрастващите е подходящо да се обсъждат проблемите на половото съзряване, психичното здраве и нездравословните навици. Това става по-лесно, ако в началното училище са били заложили основите на здравно образование. В горните класове на гимназията се обсъждат проблемите на взаимното влияние и други теми, представляващи интерес за тази група. Вниманието трябва да бъде насочено към запазване и развиване на активността и трудоспособността, да бъде разяснявана отговорността за изграждането на здравословна среда и общество.

Въпросите, свързани със сексуалното и репродуктивно здраве излизат на преден план още в началото на пубертета, като по тях съществуват наръчници, източници на информация в интернет и организации, работещи по съответните програми. В тях са включени и профилактиката на заболяванията, предавани по полов път.

Задачите на медицинските специалисти са: да осигуряват актуална и достоверна информация по проблемите и да предоставят индивидуални консултации, давайки, при необходимост, препоръка за посещение при лекар-специалист. В зависимост от готовността на учителите да се ангажират с деликатната тема, медицинските специалисти могат да поемат, частично или изцяло, информирането и консултирането на учениците и работещите в училище по проблемите на сексуалното и репродуктивно здраве.

Като се има предвид, че в училището се обучават и ученици с увреждания,

заболявания и/или психосоматични разстройства, необходимо е да бъдат засегнати теми, които дават представа за някои болести и увреждания, за оказването на първа помощ, употребата на лекарства, грижите за собственото здраве.

Изключително важно е медицинските специалисти да участват в разработването на учебното съдържание по здравно образование и, при възможност, в самия обучителен процес и в следните препоръчителни дейности:

- редовно издаван бюлетин за здравето или рубрика “Актуално за здравето”, включена в училищния вестник;
- здравно табло на централно място в училищната сграда (материалите на него трябва да се подменят редовно, ако целта му е дългосрочно въздействие);
- представяне на актуални здравни съобщения на административни и педагогически съвети и на общоучилищни събрания;
- редовно провеждане на мероприятия за учениците и/или родителите, засягащи един или повече здравни проблеми;
- ежегодно, по едно и също време, провеждане на обучения за родители по съответни теми;

Освен това, от голямо значение е координацията и съвместната дейност с родителите, защото детето може да има проблеми, за които се знае в училище, но за които родителите му не са осведомени. Те могат да не знаят, че детето им пуши или взема наркотици, например, и така да не виждат причините за възникналия проблем. Изследването на тютюнопушенето сред младите хора (2008) разкрива, че само около 12% от родителите на 13-15-годишните ученици знаят, че детето им пуши.

V. ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ

1. ПРОФИЛАКТИКА НА ОСНОВНИТЕ ФАКТОРИ НА РИСКА ЗА ЗДРАВЕТО

1.1. Ниска двигателна активност

Ключов фактор и средство за профилактика на хроничните неинфекциозни заболявания, рискът от които се залага в детска възраст, е двигателната активност. Някои изследвания съдържат доказателства, че в юношеска възраст хиподинамията е свързана едновременно със затлъстяването и с повишено АН, независимо от затлъстяването. При подрастващите, водещи заседнал начин на живот и показали ниска физическа годност, дори нормотониците имат 20-50% по-висок риск от развитие на АХ с напредване на възрастта, от връстниците си с по-голяма физическа активност и в по-добра форма.

Доказана е статистически значима връзка на понижената двигателна активност със затлъстяването. България е на второ място в света по затлъстяване и свръхтегло сред децата. Наблюдаваното в последните години нарастване на заболяемостта, свързана със затлъстяването сред децата, е важен медико-социален проблем на съвременното общество.

По данни на американски автори, от детство към юношеска възраст, физическата активност при момчетата намалява с 2.7% годишно, докато при момичетата намаляването ѝ е със 7.4% на година. Подобна е картината и в България. Анализът на резултатите от проведените проучвания в СИНДИ-зоните за носителство на фактори на риска за здравето на ученици на възраст 14-18 г., показва понижаване на двигателната активност при 15% от момчетата и 22.3% от момичетата през последната година преди проучването.

Доказано е, че редовната физическата активност със средна до висока интензивност, включваща всички главни мускулни групи и ускоряваща пулса, има защитен ефект срещу рисковете за здравето, свързани с хиподинамията. Съществува доза-отговор зависимост между интензитета на физическите упражнения и техния защитен ефект.

Физическа активност със средна интензивност	Упражненията се извършват до увеличаване на пулсовата честота, създаване на усещане за загряване и леко задъхване. Обмяната на веществата се повишава 3 до 6 пъти в сравнение с основната. Бързото ходене, например, повишава обмяната 4.5 пъти.
Физическа активност с висока интензивност	Упражненията се извършват „до задъхване и изпотяване“. Обмяната на веществата се повишава най-малко 6 пъти в сравнение с основната. Обикновено включва спорт или дейности, като тичане или бързо каране на велосипед.

В Програмата „Спорт за децата в свободното време”, утвърдена през 2007 г., са включени следните констатации за негативните тенденции от с нездравословния начин на живот на децата:

- хиподинамия, понижена физическа дееспособност;
- наднормено тегло, гръбначни изкривявания;
- непълноценно използване на свободното време;
- нарастваща агресивност, възприемане и възпроизвеждане на негативните тенденции в обществото;
- недостатъчно или липсващо предлагане от спортните организации на услуги за ученици;
- недостатъчно финансиране на спорта за децата в свободното им време.

Адекватната и правилно организирана двигателна активност в съответната подкрепяща среда, освен положителния ефект върху здравето на децата, формира личностни качества, ценности и нагласи за здравословни избори и като цяло, за здравословен начин на живот. Училищната възраст е критична за негативна промяна в естествената двигателна активност на детето. Освен това, в юношеска възраст може да бъде заложен положителен модел на адекватна, системна двигателна активност, който да се запази по-късно.

Системата на физическото възпитание в училищата е с водеща роля в съвременните системи за двигателна активност. Това се определя от големия обхват на системата, най-благоприятна за формиращото въздействие на спорта възраст и комплексните условия за пълноценен учебно-възпитателен процес, който съвременното училище е длъжно да предложи на учениците.

Физическото възпитание и спортът в училище играят важна роля за физическото развитие и за изграждането на двигателни умения и навици на децата и младежите. Ето защо е необходимо този процес да се осъществява с по-голяма интензивност и разнообразие на формите, като не се ограничава само в рамките на учебната програма. Важно е пълноценно включване и използване на третия учебен час по физическо възпитание в задължителната подготовка на учениците.

Амортизираната материална база или липсата на такава в някои училища е най-големият недостатък, блокиращ ефективната работа на системата. Салоните, външните спортни площадки, уредите и пособията като цяло не са в особено добро състояние /най-вече в училищата по селата/.

Спортните празници и полудни в училищата са недостатъчни и не мотивират децата за постоянни занимания със спорт. Чести са случаите, когато формалното отношение към физическото възпитание и спорта се пренася и в задължителните часове по физическо възпитание. Не се прилагат съвременни методи за обучение и възпитание по физическа култура и спорт.

Ролята на медицинския специалист за повишаване на двигателната активност се определя от възможностите му за оценка на физическата дееспособност на децата, на организацията и контрол на материалната база и спортните занимания в училище.

Задачите са разнообразни и с широк обхват:

- анализ и оценка на физическото развитие и здравното състояние на учениците;
- определяне на физическата дееспособност на учениците;
- контрол върху здравно-хигиенното състояние на всички спортни обекти в училище, който се извършва от РЗИ, като в него участват и медицинския специалист в училището;
- участие в подбора, подготовката, провеждането и контрола на различните форми на спорт, туризъм и отдих за учениците;
- осъществяване профилактична практическа дейност за ограничаване на спортния травматизъм и оказване на адекватна долекарска помощ в случай на инциденти;
- информиране за ролята на двигателната активност като важен компонент на здравословния начин на живот;
- определяне групите за участие в часовете по физическо възпитание, както и контрол за спазването на разпределението на учениците в медицински групи за физическо възпитание и натоварване, отговарящо на здравословното им състояние.

В началото на учебната година, в зависимост от индивидуалните данни, медицинският специалист разпределя учениците в 3 групи:

В **основната група** влизат ученици без отклонения във физическото развитие и здравното състояние, както и активно спортуващите. Те участват в програмата по физическо възпитание в пълен обем, тренират в спортните секции и се допускат до състезания.

В **подготвителната група** са включени децата с незначителни отклонения във физическото развитие и здравното състояние, най-вече от функционален характер. При тях се изключват силно натоварващите упражнения. Преминаването им в основната група може да стане след преценка на медицинския специалист и достатъчна физическа подготовка.

Към **специалната група** се насочват ученици с постоянни или временни отклонения във физическото развитие и здравословното състояние, и подлежащи на диспансеризация. Те провеждат занятията си в специални групи по лечебна физкултура. След подобряване на състоянието им могат да преминат в другите групи.

Освобождаването на ученик от учебния предмет “Физическо възпитание и спорт” се извършва със заповед от Директора на училището при представяне на документ от ЛКК. Копие от заповедта, с който даден ученик се определя, като „освободен от физическо възпитание и спорт” и съответния медицински документ, удостоверяващ това, се връчва на медицинския специалист в училището, който регистрира здравното състояние на ученика в личната му здравно-профилактична

карта. Тревожен е фактът, че през 2009 г. 2 % (14 097) от учениците в България са напълно освободени от часовете по физическо възпитание по здравословни причини.

1.2. Нездравословно хранене. Наднормена телесна маса и затлъстяване

Резултатите от Националните мониторингови проучвания на хранителния прием показват, че храненето при децата не отговаря на съвременните препоръки за здравословно хранене:

- висока консумацията на мазнини (38-40 Е%);
- ниска консумацията на риба;
- ниска консумацията на пълнозърнест хляб и други пълнозърнести продукти;
- ниска консумацията на пресни плодове и зеленчуци;
- нисък приемът на мляко и млечни продукти;
- висока консумацията на захарни и сладкарски изделия;
- висока употребата на готварска сол.

Очертават се като проблемни две групи: момичетата на възраст 10-14 г. и 15-19 г. При тях консумацията на захар, шоколадови и захарни изделия е най-висока, при това за сметка на важни за растежа и развитието на младия организъм храни - източници на есенциални белтъци, витамини, минерали. Като се има предвид, че това са подрастващи в предфертилна възраст, проблемът придобива особена здравно-рискосва значимост. Причините са комплексни, като основни са: повсеместното предлагане на широк асортимент захарни, шоколадови изделия и високо-захарни безалкохолни напитки в училищните бюфети, както и недостатъчната информация (обучение) в училище по проблемите на здравословното хранене.

Целта на храненето в училище е осигуряването на едно основно хранене и при възможност, подкрепително хранене (например, при участие в схема «Училищен плод» и Програма за деца и ученици «Училищно мляко»), които укрепват здравето на учениците, повишават работоспособността им и възпитават добри навици за хранене и поведение. Обядът в училище трябва да е достъпен за всички ученици в съответното време. Ако учебните часове са с по-голяма продължителност, трябва да бъдат осигурени допълнителни възможности за закуска. Всички, работещи в училище, трябва да бъдат запознати с целите на храненето в училище. Тази информация трябва да бъде достъпна и за родителите.

Необходимо е храненето в училище да бъде балансирано – разнообразно, задоволяващо потребностите на децата от всички нутриенти и вкусно, както и да се осъществява в подходяща среда и приятна атмосфера. Освен съобразяването с физиологичните норми за хранене за определените възрастови групи, внимание трябва да се отделя на вкуса на храната и хигиената при нейното приготвяне и предлагане. Съгласно чл.36, ал.1, т.5 от Закона за народната просвета, общините са длъжни да осигуряват и контролират условията за осъществяване на столово хранене на учениците в училищата. Медицинският специалист в училище се включва задължително при съставянето на менюто в училищните столове.

Редовният контрол за спазването на поставените изисквания и внасянето на предложения пред администрацията на училището за отстраняване на недостатъците са част от задачите на медицинските специалисти, работещи него..

Задачите на *медицинските специалисти в училище*, свързани с храненето, могат да бъдат разделени в две основни групи:

1.2.1. Контрол и организация

- Контролира изпълнението на нормативните документи във връзка със столовото хранене на учениците и съобразяването му със „Сборник с рецепти за ученическите столове и бюфети».
- Внася аргументирани предложения до директора на училището за включване в Европейската схема «Училищен плод» и Програмата за децата и учениците “Училищно мляко”, като при включване в програмите контролира тяхното изпълнение.

1.2.2. Обучение, мотивиране, изграждане на подкрепяща среда за здравословен избор

Медицинският специалист в убедителна, достъпна и привлекателна форма представя основните принципи на здравословното хранене. Здравословното хранене трябва да бъде *редовно; балансирано и разнообразно; съобразено с възрастта и активността.*

Здравословното хранене изисква избягване на: сол, рафинирана захар, твърди мазнини; пакетирани закуски (чипс, снакс и др.); на бутилирани и подсладени безалкохолни напитки.

Като ежедневни действия и препоръчителни менюта тези принципи са представени в разработените от колектив на НЦООЗ „Препоръки за здравословно хранене за ученици на 7-19 г. в България” под редакция на проф. д-р Ст. Петрова, дм:

Основни препоръки:

1. *Консумирайте разнообразна храна. Отделяйте достатъчно време за хранене в приятна и спокойна атмосфера.*
2. *Не пропускайте сутрешната закуска, хранете се редовно.*
3. *Консумирайте зърнени храни като важен източник на енергия, избирайте пълнозърнест хляб.*
4. *Консумирайте повече зеленчуци и плодове, по възможност, при всяко хранене.*
5. *Приемайте ежедневно мляко и млечни продукти.*
6. *Избирайте месо без тлъстини, заменяйте месото по-често с риба, боб и леща.*
7. *Ограничавайте мазнините, особено животинските, избягвайте пържените храни.*
8. *Ограничавайте приема на захар, захарни и сладкарски изделия, избягвайте консумацията на безалкохолни напитки, съдържащи захар.*
9. *Намалете употребата на сол и консумацията на солени храни.*
10. *Приемайте ежедневно достатъчно вода и течности. Не консумирайте алкохолни напитки.*
11. *Поддържайте здравословно тегло и бъдете физически активни всеки ден.*
12. *Спазвайте хигиенните правила при хранене, приготвяне и съхранение на храните.*
13. *За да бъде храненето здравословно е необходимо да спазвате всички препоръки, а не само някои от тях.*

Важна функция на медицинския специалист в училище като експерт, контролиращ орган и източник на актуална информация за здравословното хранене е да организира съгласуваното и ефективно въздействие на:

- препоръките за здравословно хранене, давани на учениците и персонала;
- възможностите за избор на здравословни храни в училище и около него;
- моделите за поведение и избор от страна на работещите в училище.

ЗАТЛЪСТЯВАНЕТО е метаболитно нарушение, резултат от сложни взаимодействия между ендогенни фактори (генетични особености, хормонален баланс) и фактори на начина на живот, които имат основна тежест. Най-често затлъстяването се дължи на дълготраен положителен енергиен баланс, при който енергийният прием надвишава енергийния разход.

Над 1 милиард души по света са с наднормено тегло, като 400 милиона от тях са със затлъстяване. Затлъстяването е свързано с повишен метаболитен и кардиоваскуларен риск в начало в детско-юношеска възраст и с повишена заболеваемост и смъртност при възрастните, което обуславя неговата здравна и социална значимост.

Свръхтеглото и затлъстяването се превръщат в сериозен проблем и в детска възраст. В света се отчита, че 1 от 6 деца е със свръхтегло. В страните от ЕС 20% от децата са с наднормена телесна маса, като 1/4 от тях са със затлъстяване. Това означава, че 14 милиона деца са със свръхтегло, а 3 милиона – със затлъстяване.

В България, по данни на национални трансверзални епидемиологични проучвания на храненето и хранителния статус в рамките на Мониторинга на хранителния статус на населението в България през 1998, 2004 и 2011 години, през периода от 1998 до 2004 г. се наблюдава тенденция за намаляване на наднорменото тегло. Следващите проучвания, обаче установяват значително увеличаване на затлъстяването при децата в ученическа възраст. През 2011 г. средният процент на учениците с наднормено тегло е 16,5% (съответстващо на ИТМ 25-29,9 на 18 години), а със затлъстяване – 8,0%, с най-висока честота сред децата на възраст 6-9 години (10.8%).

Честотата на наднорменото тегло е по-висока при момчетата, в сравнение с тази при момичетата и е най-голяма при децата в ранна училищна възраст. Така например при момчетата на 7-8 години затлъстяването от 8.8% през 1998 г. достига до 20.8% през 2011 г., а при момичетата от 5.4% до 14.6%.

Социалната значимост на затлъстяването се определя не само от застрашителните размери на разпространението му сред населението в целия свят, а и от здравните рискове, които то крие. Детското затлъстяване е свързано със значителни психосоциални и здравни проблеми и е ранен рисков фактор за болестност и смъртност при възрастните. Децата със затлъстяване с голяма вероятност стават подрастващи, а след това и възрастни със затлъстяване. Вероятността дете със затлъстяване на 15-годишна възраст да страда от затлъстяване в зряла възраст достига 71%.

Възрастните със затлъстяване, започнало в детството, са с по-висок риск от развитие на редица хронични неинфекциозни заболявания, като диабет тип 2, хипертония, атеросклероза, хиперлипидемия, злокачествени, бъбречни, чернодробни заболявания и от свързаната с тях повишена смъртност. В таблицата са посочени най-честите заболявания следствие на затлъстяването и степента на риск от развитието им, който то носи.

Заболявания най-често възникващи вследствие на затлъстяване.

Степен на риска.

(риск > 3 пъти)	(риск > 2 пъти)	(риск > 1 път)
<ul style="list-style-type: none">• Артериална хипертония• Дислипидемия• Инсулинова резистентност• Диабет тип 2• Сънна апнея• Холелитиаза	<ul style="list-style-type: none">• Сърдечно-съдови заболявания• Остеоартрит• Подагра• Астма	<ul style="list-style-type: none">• Рак• Болки в гърба• Малформации

Затлъстяването в детска възраст може да има значителни емоционални последици за децата, за тяхната самооценка и качество на живот. Проучвания установяват, че деветгодишните деца свързват затлъстяването с лоши отношения с връстниците, лош успех в училище, влошено здраве и физическа форма³.

Затлъстяването в детска възраст може да се раздели на три основни типа, като най-често срещано е **простото** затлъстяване, характеризиращо се с подчертана фамиленост (модел на хранене в семейството), което е резултат от продължително поддържане на положителен енергиен баланс вследствие на повишен енергиен прием, от понижен енергоразход или е комбинация от двете.

Диагностика на затлъстяването в детска възраст

Между ръста и теглото съществува пряка връзка и съпоставянето им ни ориентира за физическото развитие и степента на хармоничност в развитието на детето. Въпреки че въпросът за нормалното телесно тегло на децата в различните възрастови групи е широко дискутиран, все още липсват единни критерии за оценка на установеното при децата тегло.

В ежедневната практика за оценка на степента на затлъстяване при възрастни широко се използва индексът на телесната маса (ИТМ). Той представлява съотношение на телесното тегло, изразено в килограми и ръста, изразен в метри и повдигнат на квадрат.

$$\text{ИТМ} = \frac{\text{Телесна маса (кг)}}{\text{Ръст}^2 (\text{м}^2)} = \text{кг/м}^2$$

Международните критерии за оценка на теглото по ИТМ за деца на възраст 7-19 г., според Световната здравна организация, са представени в **Приложение 3**.

³ *Growing through adolescence. Book 1: Evidence and Overview. NHC, Health Scotland, 2005*

Най-добрият подход за **контрол и промяна** на продължителния положителен енергиен баланс, водещ до затлъстяване е този, който повлиява и двете страни на енергийното равновесие – намаляване на вноса и увеличаване на разхода на енергия. Комплексната програма за промяна в начина на живот включва няколко основни елементи:

Диетични режими – рестриктивно-енергийните диетични режими са в основата на повечето програми за лечение на затлъстяването. Показват добър ефект, но резултатът често е краткосрочен. Проблем при тях е поддържането на постигнатото ниско тегло.

Двигателна активност – само с помощта на физически натоварвания е изключително трудно да се постигне отрицателен енергиен баланс. Независимо от това, двигателната активност има изразен благоприятен ефект върху различни физиологични показатели. Тя предотвратява адаптивното понижаване на основната обмяна в отговор на ограничения енергиен прием. Най-важното значение на двигателната активност е да поддържа вече редуцираното телесно тегло.

Промяна в хранителните навици – правилен режим на хранене; избягване на пикантните подправки и солта; достатъчно питейна вода и течности; ниска консумация на мазнини, алкохол и прости захари; маломерни порции. Промяната в хранителното поведение е важно условие за успешната и дългосрочна резултатност в лечението на затлъстяването.

Експерти - диетолози⁴ препоръчват децата със затлъстяване и семействата им да бъдат насочвани към следните промени в хранителното поведение и физическата активност, към формиране на здравословни навици и начин на живот:

- Намаляване приема на сладки напитки;
- Прием на достатъчно количество плодове и зеленчуци;
- Диета, богата на фибри;
- Балансирани макронутриенти в диетата - въглехидрати, белтъчини и мазнини, съобразно възрастта и пола;
- 4-5- кратен режим на хранене с подходящ обем за всяка възраст;
- Ежедневна сутрешна закуска;
- Хранене заедно със семейството с подходящ избор на качествена храна;
- Ограничаване наличието на високоенергийни храни вкъщи, на възнаграждаването и успокояването с храна;
- Избягване на хранене в ресторанти с големи порции високоенергийни храни;
- Ограничен прием на готови храни с висока енергийна плътност;
- Ограничаване времето за телевизия и компютър (да не се поставя телевизор в стаята на детето);
- Практикуване на умерена физическа активност, поне 60 минути на ден, ходене, игра, спорт;

⁴ Sarah E. Barlow. *Expert Committee Recommendations regarding the Prevention Assessment and Treatment of Child and Adolescent Obesity: Summary Report. Pediatrics. Vol. 120 Supp Dec 2009; 164-192.*

Медицинският специалист трябва да бъде в състояние да осигури необходимата информация за здравословно хранене, основните рискови фактори за затлъстяването и ролята на редовните умерени физически натоварвания в разхода на енергия. Той може да препоръча на ученика форми на физическа активност, които няма да го изложат на риск от травми и наранявания, нито да го поставят в неизгодно спрямо връстниците му положение.

1.3. Тютюнопушене

Тютюнопушенето (ТП) е един от основните фактори на риска за здравето, свързан с възникването на тежки хронични неинфекциозни болести. По данни на СЗО общият брой на пушачите в света е около 1.2 милиарда или около 1/3 от цялото население на възраст 15 и повече години.

Особено тревожен проблем за общественото здраве е тютюнопушенето сред децата и юношите, което нараства рязко през последните години, особено във възрастта 13-16 г. Изследване през 2008 г., сред 13-15-годишни ученици, в рамките на Глобалното проучване на тютюнопушенето при младите хора (GYTS), показва, че правилите опити да пушат са 58.8%, като 56.1% са момчета и 61.3% са момичета. Запалилите първата си цигара преди 10-годишна възраст са 21.2% (26.6% момчета и 16.3% момичета). Пушилите цигари през последния месец, са 28.2%, като 24.4% са момчета и 31.6% са момичета. Независимо от намалението на броя на редовните пушачи в сравнение с първия етап на проучването (2002), непушачите, склонни да пропушат са се увеличили и при двата пола с около 5% - от 29.2% през 2002 на 31.2% през 2008 г. (5).

Високо е равнището на тютюнопушене и сред 16-годишните ученици. В Европейския училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици ESPAD, 2011 г., се посочва, че поне веднъж в живота си са пушили цигари 66% от анкетираните български ученици (съответно 62% от момчетата и 71% от момичетата). Пушилите цигари през последния месец са 39%, (33% от момчетата и 46% от момичетата), резултати поставящи България на 4-то място сред страните от ESPAD.

Изключително уязвима група се явяват децата - пасивни пушачи. По изчисления на СЗО, при над 1 милиард възрастни пушачи в света, 700 хиляди са децата - пасивни пушачи (99). У нас изследване през 2008 г. показва, че на пасивно тютюнопушене у дома са изложени 71.9% от 13-15-годишните деца.

Защо децата са по-заstraшени ?

Децата имат:

- по-слаба имунна система;
- по-малки бели дробове;
- по-голяма физическа активност и по-учестено дишане;
- интензивен растеж и обмяна на веществата.

Никотинът се включва в обмяната при децата много бързо: в някои случаи 5 цигари или 4 седмици припалване могат да провокират появяване на симптоми на абстиненция. Едно канадско проучване, проведено сред 1 246 шестокласници

установява, че приблизително 20% от подрастващите съобщават за признаци на зависимост до 1 месец след започване на епизодичното пушене. При възрастните начални признаци на зависимост се появяват след 3 до 18 месеца системно пушене.

Свързаните с израстването умора и ниско или колебливо артериално налягане се наслагват върху спазъма на периферните съдове и отпадналостта следствие на кислородния глад, предизвиквани от никотина и въглеродния оксид. Те могат да доведат до главоболие, пристъпи на световъртеж, гадене и дори кратковременна загуба на съзнание.

Пушачите имат от пет до петнайсет пъти по-голямо количество въглероден оксид в кръвта си и два пъти по-малко кислород – средно 6 пъти повече бензол (карциноген от клас 1) в организма си от непушачите.

Зависимост от никотина

Човек, приемащ вещество, каквото е никотинът, постепенно променя начина на употреба:

- експериментира – пробва от време на време, в съчетание с различни други вещества;
- активно търси – така си организира познанствата, времето, мястото и парите, че да си набави търсеното вещество;
- злоупотребява – съзнателно приема веществото във все по-нарастващи количества, показвайки зависимо поведение – всички действия са насочени към намиране, употреба и запасяване с веществото.

Още при активното търсене човекът е психически зависим – чувства се добре и спокоен само когато разполага с веществото и го консумира.

► Психическа зависимост

Липсата на никотин не предизвиква болестно състояние на организма, а само неприятни *психически преживявания*, които могат да бъдат много силни (като глада и жаждата).

► Физическа зависимост

Тя се проявява най-вече като **абстиненция** при прекратяване на приема на веществото (никотин) и като нарастваща поносимост към приеманите количества.

Абстиненцията (остра липса) представлява психично и физическо неблагоприятно състояние, което се проявява в:

- чувство на напрежение, тревога или страх;
- раздразнителност;
- резки промени в настроението;
- ускорена сърдечна дейност, треперене на ръцете, изпотяване;
- болки в гърба, ставите, цялото тяло;
- главоболие.

Никотинът, както и другите психоактивни вещества, засилва отделянето в мозъка на серотонин – “хормона на удоволствието”. Някои от психоактивните вещества

могат да доведат до **изразходване на 90% от запасите на серотонин** в мозъка за **по-малко от две седмици**. Недостигът на серотонин в тежка форма се преживява като постоянна мрачна тъга, скука и потиснатост, подобни на депресия. Макар и по-слабо изразен, същият механизъм определя и продължителните (до 6 месеца) абстинентни преживявания, от типа на раздразнителност, главоболие и запек, настъпващи при отказването от цигарите.

В *задачите на медицинските специалисти* влизат контролът по прилагане на Закона и мерките за профилактика и ограничаване на тютюнопушенето.

Важна роля при профилактиката на тютюнопушенето е отделена на познанията за човека. В часовете на класа, както и в тези по гражданско и здравно образование, е необходимо да бъдат обсъждани причините за тютюнопушенето и опасните за здравето последици от него.

Цел на тези часове е профилактиката на тютюнопушенето, недопускане на формирането на зависимост и изграждането на нетърпимост по отношение на него. Важно е и учителите и всички, работещи в училище, да изразяват отрицателното си отношение към тютюнопушенето и с поведението си да дават пример на учениците. За ефективен метод се смята заместването на тютюнопушенето с друга дейност, особено по време на междучасие.

Когато се установи случай на тютюнопушене, трябва да се има предвид, че много често то се съпътства от употребата на алкохол и/или наркотици. Затова е необходимо комплексно решаване на проблема с въвличане на учениците, на семействата им, както и на специалисти.

За ограничаване на тютюнопушенето е необходимо да се оказва помощ и подкрепа за отказване от цигарите както на учениците, така и на членове на семействата им, и на учителите (**В Приложение 4** е представен списък на кабинетите за отказване от тютюнопушенето на територията на България).

1.4. Употреба на алкохол и наркотици

Резултатите от ESPAD (2011) показват, че през последните години сред учениците, наред с тютюнопушенето, широко е разпространена и **употребата на алкохол** – 64% от анкетираните са съобщили за употреба през последния месец преди изследването (66% от момчетата и 62% от момичетата), като 10 и повече пъти (т.е всеки 3-ти ден) са пили 11% от тях. За случаи на напиване поне 1 път през последния месец съобщават 20% от респондентите (23% от момчетата и 18% от момичетата).

Данните от ESPAD 2011 г. също така сочат, че в България продължава общото увеличение на броя на учениците употребили **незаконни наркотични вещества**, което влиза в известно противоречие с оформящата се тенденция за лек спад в повечето европейски страни, най-вече в употребата на марихуана. В рамките на последните дванадесет години (от 1999 до 2011 г.) и при общите тенденции, в употребата на различните основни вещества от малко под средното европейско равнище България е достигнала до малко над средното, а при амфетамините – значително над средното европейско ниво.

България заема първо място сред 36 държави по употреба на амфетамини сред 16-17-годишните ученици. При 10% от учениците у нас, употребявали канабис през последния месец, България е в челната десетка на класацията на ESPAD по този показател и попада във втората група по тежест на засегнатите от употреба на канабис страни.

През 2011 г. 26% (около 15-16 000) от 16-годишните ученици в България са употребили поне веднъж в живота си някакъв незаконен наркотик, приблизително еднакъв брой момчета (24%) и момичета (27%).

Около ¼ от учениците (24% или приблизително 14-15 000) поне веднъж са употребявали марихуана или хашиш, 7% (4 000-4 500) – амфетамини, а около 4% (2 000-2 500) – екстази. Според проучването, транквилантите не са сред предпочитаните от българските ученици психоактивни вещества. Ниска е и употребата на инхаланти.

Наблюдава се леко увеличаване на броя на учениците, пробвали наркотици, докато в Европа тенденцията е обратната. По употреба на незаконни наркотични вещества учениците ни са в първата десетка от страните на ЕСПАД.

За 12 години между 1999 и 2011 г. делът на учениците, опитали незаконни наркотици, се е увеличил с 12 процентни пункта или почти двойно. За същия период, въпреки различните моментни отклонения, този показател за всички участващи държави се е върнал на нивото от 1999 г.

Често проблемите с алкохола и наркотиците са свързани с трудности в обучението, с отклоняващо се или насилническо поведение. Употребата на вредни за здравето вещества може да е признак за подобни проблеми при родителите на ученика. Проблемът включва и риск от заболявания, предавани по кръвен път.

Предложение и активно участие в разработването на единна координирана стратегия за здравето и правилната организация на медицинското обслужване в училище определят ефективността на профилактичната работа, своевременното установяване и разрешаването на проблема още на начален етап.

Тази сфера изисква също така разработване на стратегия за определяне съдържанието на профилактичната работа, на начините за установяване и решаване на проблема. В процеса на разработване трябва да бъдат включени както ученици, така и родителите им.

Медицинският специалист в училище има важна роля при предотвратяването и ограничаване на употребата на алкохол и наркотици, като:

- установява състоянието на наркотично опиянение;
- участва в разработването на процедура за действие при установяване на употреба;
- уведомява училищната администрация, общопрактикуващия лекар, родителите;
- пренасочва към специалист;
- информира за възможностите за установяване на употреба чрез изследване.

Най-трудният контингент за медицинските специалисти са учениците, които употребяват едновременно няколко вещества – например, алкохол, лекарства и наркотици.

Всеки работещ в училище, който установи подобен проблем, трябва да съобщи за това на медицинския специалист. Той преценява състоянието на ученика, при необходимост, уведомява родителите му, като им съобщава и за възможността да се обърнат към семейния лекар или към здравно заведение за изследване на урината. При положителен резултат заедно с ученика и родителите му, се съставя план за по-нататъшни действия.

Ако съществуват съмнения, че става дума за търговия с наркотици в училище, трябва незабавно да бъде уведомена администрацията на училището, която на свой ред да информира полицията.

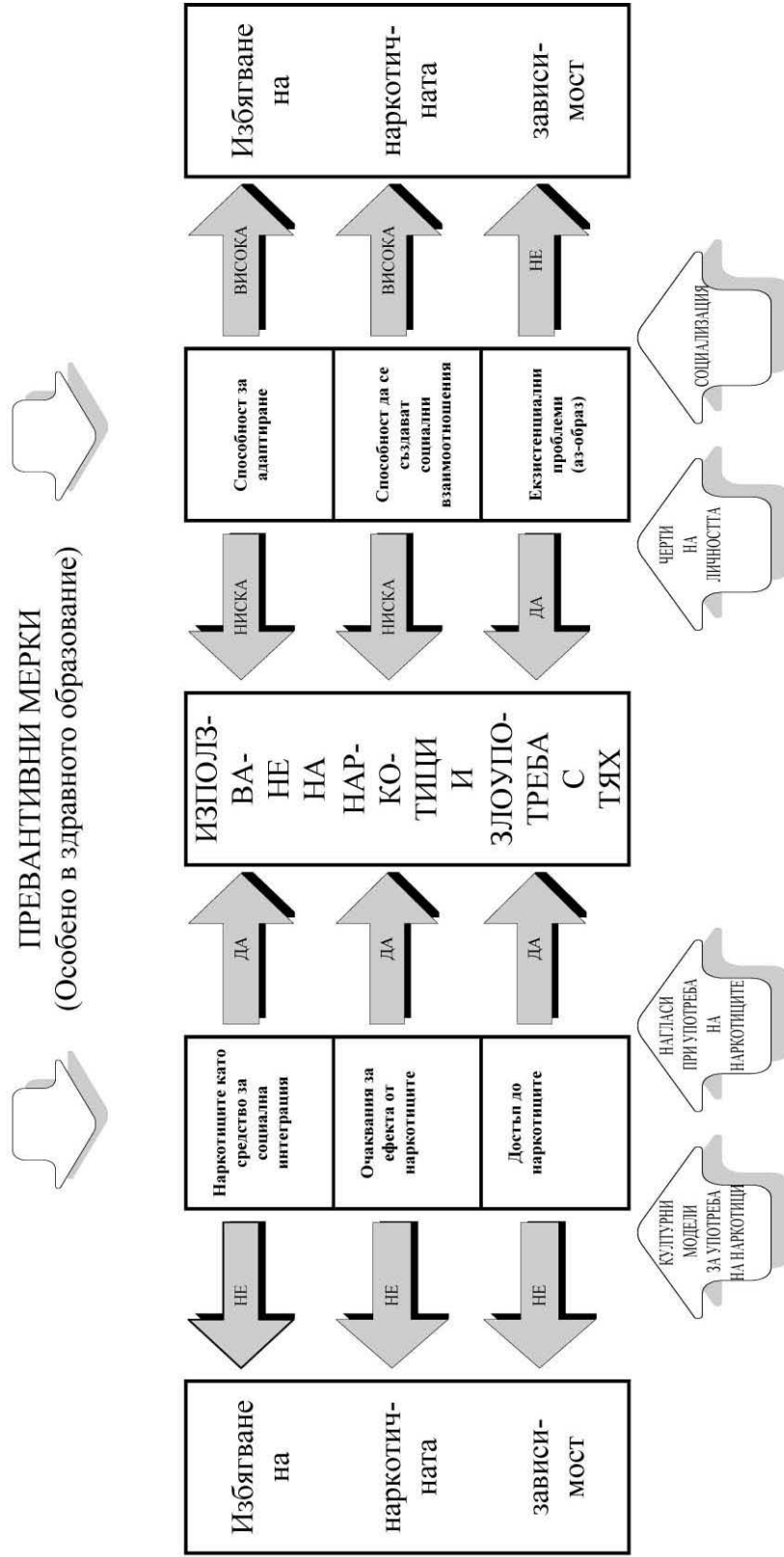
Решаващи за ограничаването на употребата на наркотици в училище са три основни области, в които ролята на медицинския специалист е много важна:

- открито поставяне и обсъждане на проблема в училищната общност;
- разработването и прилагането на премислена процедура при установяване на случай на употреба;
- насочване към квалифицирана помощ.

Когато медицинският специалист работи по проблем, свързан с употребата на алкохол и наркотици:

1. Не бива да забравя, че става дума за много личен проблем, който не подлежи на огласяване. Тази обширна тема е много деликатна, важна и трудна. Ефективната работа по нея зависи не толкова от медицинската или правна компетентност, колкото от способността да се предизвиква доверие, да се изслушва, да се изразяват ясно и открито собствените чувства и ценности, свързани с проблема.
2. Рискът учениците да добият собствен опит в тази област е огромен и единственият начин да бъдат предпазени трайно е “ваксинирането” - запознаване с цялостна и систематизирана информация по проблема, по възможност, поставен от ученика, определяне на собственото отношение към него, обмисляне на начини за справяне с такива проблеми.
3. Информационната ценност на консултацията или обучението се определя от предоставените възможности за търсене на помощ, от запознаването с причините, последствията и начините за преценяване на риска от въвличане в употребата на наркотици и с правните положения по проблема.
4. Една от основните цели на работата по тези проблеми е тези, които са се сблъскали с наркотиците да бъдат подтикнати да споделят това и да излязат от затворения кръг. Последващата работа по проблема е задача на специалисти.
5. Работата по проблемите на наркотиците е възможна само при много точно преценяване на собствените възможности за поемане на отговорност и постоянна готовност за пренасочване на обърналите се към него по конкретен случай към специалисти и специализирани организации.

Фактори, които въздействат на употребата на наркотици и на злоупотребата с тях



2. ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ

2.1. Сърдечно-съдови заболявания

Хроничните неинфекциозни болести (болести на органите на кръвообращението, злокачествени новообразувания, болести на белия дроб, травми и др.) са основната причина за умирация и инвалидност в света. Половината от тях са свързани със сърдечно-съдовата система. У нас те са причина за 64.7% от случаите на смърт, като водещи в структурата им са мозъчно-съдовата и исхемичната болест на сърцето.

Повишеното артериално налягане е главен рисков фактор за: атеросклероза, коронарна болест, мозъчно-съдови, исхемични или хеморагични инциденти и усложнения, периферно-съдова болест и др. Колкото по-високо е артериалното налягане, толкова по-висок е рискът: за коронарен инцидент – 3-4 пъти, за мозъчно-съдов инцидент – 7 пъти. Съчетанието на артериална хипертония с други фактори увеличава риска многократно.

Причините за разпространението на повишеното АН сред населението у нас се коренят във високата честота на три основни, свързани с хипертонията, рискови фактора, които са предотвратими по своя характер:

- 1. Наднормената телесна маса** е съпроводена с дву- до шесткратно повишаване на риска за АХ. Висока корелационна зависимост между затлъстяване и повишено АН (както систолно, така и диастолно) се установява и при двата пола деца и възрастни, в различни етнически групи и географски райони. Доказаните изолирани систолни и/или диастолни хипертензивни състояния в юношеска възраст, съчетани с наднормена телесна маса и по-висок теловен прираст са определящи за риска от високо АН в зряла възраст.
- 2. Намалена двигателна активност:** доказано е, че хиподинамията е едновременно във връзка със затлъстяването и с повишеното АН, независимо от затлъстяването. Подрастващите, водещи заседнал начин на живот, тези, показали ниска физическа годност, а дори и нормотоници имат 20-50% по-висок риск от АХ с напредване на възрастта в сравнение с връстниците си с по-голяма физическа активност. Всички форми на двигателна активност притежават хипотензивен ефект. По-малкото по обем, но ежедневно натоварване е за предпочитане пред провежданото 2-3 пъти седмично интензивното натоварване.
- 3. Хиперенергийното хранене:** (преобладаваща консумация на въглехидрати и мазнини) и повишената употреба на готварска сол са сред факторите на храненето с най-висок хипертензивен риск.

Наши изследвания на взаимодействията на рисковите фактори показват, че високият внос на енергия, мазнини и въглехидрати няма пряк ефект върху АН и води до неговото повишаване само при наличие на фамилна обремененост за ССЗ, при наднормена телесна маса и хиподинамия⁵.

⁵ Манолова А, Събева С, Дойчинова А. Изследване на рисковите фактори за повишено артериално налягане в юношеска възраст – Модели на влияние. В сборник: “Ученическо здравеопазване в новите условия”. Изд СБУ, “Професионална библиотека”. 2001, 5: 44-55.

Вероятността да се развие артериалната хипертония в зряла възраст се залага в детството и юношеството. Това определя необходимостта от мероприятия за профилактика на заболяването още в тази възраст.

Дейността на *медицинските специалисти в училище* трябва да бъде фокусирана върху:

- Системна оценка на артериалното налягане на учениците със случайно измерено повишено АН, със затлъстяване или с положителна фамилна анамнеза за ССЗ, след установяване на учениците, попадащи в рисковата група (*Стандартната методика за измерване на артериално налягане и пулсова честота и таблицата със стойности на АН съобразно възрастта на детето виж в Приложение 5*).
- Провеждане на специална подготовка на медицинския специалист, училищния психолог и учителите за работа в екип по основните рискови фактори за артериална хипертония и проблемите на профилактиката ѝ в училищна възраст.
- Включване в темите по здравно образование на информация за факторите на риска за артериална хипертония и сърдечно-съдови заболявания.
- Информирание и обучение на подрастващите за здравословен начин на живот, подпомагане в изграждането на ценности, модели, нагласи, умения и поведенчески компетенции с оглед превенция на артериалната хипертония:
 - обучение по отношение на здравословно хранително поведение;
 - изграждане на навици за системна двигателна активност като неделима част от свободното време на учащите се;
 - информирание на учениците за влиянието на рисковото поведение (алкохолна консумация, тютюнопушене, дрога) върху здравето им сега и в бъдеще, подпомагане вземането на мотивирано решение за ограничаване и прекратяване употребата на психоактивни вещества.
- Тясно сътрудничество между ОПЛ, училището и семейството по отношение на дейностите, насочени към промоция на здраве сред подрастващите и поощряване създаването на групи за взаимопомощ сред децата със здравен риск.
- Разработване на специални програми за работа с родителите, особено на тези, чиито деца са с висок здравен риск, с оглед многостранната роля на семейството в изграждане на здравословния начин на живот на подрастващите.

2.2. Гръбначни изкривявания

Данните от профилактичните прегледи през 2011 г. сочат, че при 6.1% от учениците са диагностицирани гръбначни изкривявания.

Внимателното разглеждане на детето в профил и анфас може да покаже на медицинския специалист, дали при дадено дете има неправилна стойка или изкривяване на гръбначния стълб. Според посоката на изкривяване те биват: *в предно-задна посока и в странична посока*. Увеличаването или намаляването на една или няколко от физиологичните кривини на гръбначния стълб дават различните видове гръбначни изкривявания в предно-задна посока – кифоза, кръгъл гръб, лордоза и т.н. Признаци на гръбначно изкривяване са различната височина на раменете, изпъкване на едната или двете лопатки, силно увеличена гръдна извивка на гръбначния стълб (гърбица), изместен таз, увиснал корем.

Сколиозата представлява странично изкривяване на гръбначния стълб. Среща се почти седем пъти по-често у момичетата, в сравнение с момчетата. Тя се развива най-често до 13-тата година, когато още не е завършен костният растеж. Най-напред гръбначният стълб се отклонява съвсем леко встрани от вертикалната ос. При прогресиращо развитие изкривяването постепенно се засилва. Едното рамо стои по-ниско от другото, а линията на гръбначния стълб е S - образна. Понякога децата се оплакват от болка в гърба. При по-силно изразена сколиоза настъпва деформация на гръдния кош, който става асиметричен.

Причините за неправилна стойка и гръбначни деформации могат да бъдат различни:

- Неправилно стоене на чина или масата с ниско наведена глава, превит гръб, неравно положение на раменете и лактите, висящи във въздуха и сгънати под стола крака.
- Неправилна походка с отпусната глава и прегърбени рамене. Носене на ученическата чанта в една и съща ръка.
- При бързото израстване и развитие през пубертета високите юноши започват да ходят приведени, притеснявайки се от това, че се извисяват над другите. Девойките пък се изгърбват, опитвайки се да прикрият оформящия се бюст.
- Често боледуващите деца също са предразположени към изкривявания, поради общото отслабване на организма.

Неправилната стойка може да бъде коригирана сравнително лесно, ако гръбначното изкривяване бъде открито още в начален стадий. Така може да се предотврати по-късната деформация на тялото. Профилактиката на гръбначните изкривявания включва профилактика на предразполагащите фактори чрез пълноценно хранене, закаляване, редовна физическа активност.

Медицинският специалист в училище:

1. Извършва редовни проверки и обучава педагозите да обръщат внимание на:

- подреждането на учениците в класните стаи да бъде на подходящи за възрастта и ръста им чинове;
- децата с отклонение в стойката и тези с гръбначни изкривявания да се поставят на средната редица;
- периодично по време на учебните занятия учениците от I-ва и III-та редица да си разменят местата;
- да контролират правилното телодържане и правилната работна поза по време на часа;

2. Консултира деца и родители относно ползата от активен спорт. Изборът на спорт трябва да бъде съобразен с възрастта, физическото развитие и здравословното състояние на ученика – най-подходящите спортове за профилактика и лечение на гръбначните изкривявания са плуването, което развива всички мускули и допринася за правилната стойка, летните и зимни кънки, фигурното пързаляне, баскетболът и волейболът, ски-спортът и туризмът.

2.3. Остеопороза

Здравето и качеството на живот на индивида се определя, до голяма степен, от костното му здраве, поради функциите на скелета: *механична* – представлява основен елемент на опорно-двигателната система; *защитна* – предпазва вътрешните органи, играе роля в хемопоезата и имунната защита; *метаболитна* – поддържа минералната хомеостаза в организма (депо на 99% от калция, 87% от фосфора и 46% от натрия).

Остеопорозата (ОП) е системно скелетно заболяване, характеризиращо се с ниска костна маса и нарушения в костната архитектура, което води до повишена костна чупливост и повишен риск от фрактури.

През последното десетилетие на миналия век са натрупани неоспорими доказателства, че при равни други повлияващи фактори (генетични, биологични и поведенчески), по-голямото количество пикова костна маса (ПКМ) осигурява по-големи резерви в по-късна възраст. При оценката дали един индивид ще развие остеопороза или не, пиковата костна маса е от по-голямо значение, отколкото темпото на костна загуба. Съществува консенсус за това, че оптималната минерализация на костите през детството и юношеството допринася за адекватна костна структура през целия живот.

Именно през детството и юношеството, които са критични възрастови периоди за костната система, редица фактори могат да променят хода и особеностите на скелетното развитие, давайки отражение върху костната система в по-късните етапи на човешкия живот.

От тях най-добре контролирани могат да бъдат поведенческите фактори (хранене, двигателна активност, тютюнопушене и др.), които определят около 30% от вариативността на костната маса и структура. Даже относително малки промени в костната маса могат значително да подобрят костното здраве.

ДЕТСТВОТО И ЮНОШЕСТВОТО – КРИТИЧНИ ПЕРИОДИ ЗА КОСТНОТО ЗДРАВЕ

- I. Увеличаването на пиковата костна маса с 10% намалява риска от остеопорозни фрактури при възрастните хора с около 50%.**
- II. В годините на детството и юношеството скелетът реагира най-добре на водещите превантивни фактори:**
 - **увеличен прием на калций**
 - **висока степен на антигравитационна двигателна активност**
- III. През този период се изграждат и утвърждават моделите на поведение и зависимости, които обуславят високия остеопорозен риск в по-късна възраст – двигателни стереотипи, хранителни навици, тютюнопушене, алкохолна консумация.**

В тази връзка и с цел постигане на максимална ефективност и устойчивост на работата по превенция на остеопорозата и промоция на костното здраве сред подрастващите, *медицинският специалист в училище* трябва да работи за изпълнение на следните основни препоръки:

ОСНОВНИ ПРЕПОРЪКИ ЗА ОПТИМИЗИРАНЕ НА ПКМ

1. Да се осигури достатъчен прием на калций като част от балансирана диета, съобразена със възрастово-специфичните препоръки за хранене в този период от живота (*Приложение 6*);
2. Да се поддържа необходимият внос на витамин D чрез достатъчно излагане на слънце или приемане на витамин с храната (*Приложение 6*);
3. Да се избягва недохранването и белтъчния недоимък;
4. Да се осигурява ежедневно най-малко 60-минутна умерена до интензивна двигателна активност, като се знае, че годините на детството са от изключително значение за изграждането и затвърдяването на активен двигателен стереотип в по-късна възраст (принципите за разработване на програми за физическа активност в детска възраст са представени в *Приложение 6*).
5. Да се избягва тютюнопушенето, като максимално се отложи т.нар. “инициална” употреба на тютюн и се осигури помощ и подкрепа на пушачи, желаещи да се откажат.
6. Да се избягва приемът на алкохол и алкохолната злоупотреба.

2.4. Инфекциозни болести

Основна характеристика на инфекциозните болести е социалната им значимост. Това произтича от тяхната заразност с потенциал да обхващат в кратки срокове значителни групи от населението. Те засягат предимно детската възраст. Инфекциозни са болестите, предизвикани от причинители като бактерии, вируси, рикетсии, фунги и др. По механизъм на предаване могат да се разграничат четири групи инфекции: *въздушно-капкови, чревни, трансмисивни, инфекции на външните покривки (кожа и лигавици)*.

Във всички детски колективи, въпреки най-стриктните предпазни мерки, възможността за разпространение на инфекциозните болести е по-голяма поради контакта на болни със здрави деца. Навременното изолиране на болните деца допринася много за предотвратяване разпространението на заразата. Изискванията по време на карантина в детското заведение са: засилена дезинфекция и по-често проветряване на помещенията. Контактните деца се наблюдават внимателно за симптоми на инфекциозното заболяване.

Профилактиката на инфекциозните болести се осъществява чрез имунизации. За повечето инфекциозни заболявания има създадени ваксини. Ваксинациите се извършват от личния лекар по Имунизационен календар (*Приложение 7*), задължителния съгласно Преходни и Заключителни разпоредби, § 13 на Наредба №15 от 12 май 2005 г. за имунизациите в Република България.

Медицинският специалист в училище:

- Следи и регистрира имунизационния статус на децата в здравно профилактичните им карти.
- Организира и контролира извършването на противоепидемични дейности, целящи предотвратяване и ограничаване разпространението на заразни и паразитни заболявания, като:
 - следи за спазването на карантинните срокове и провежда регламентирани в нормативни актове профилактични дейности спрямо контактните;
 - контролира провеждането на текуща дезинфекция и дезинсекция;
 - провежда наблюдение на преболедували от инфекциозни болести поддържа списък на лицата с прекарали инфекциозни заболявания.
- Участва в здравно-просветна и здравно-възпитателна работа с персонала на училището, родители и самите деца, като използва подходящи средства.
- Запознава учениците с начините за предпазване от най-разпространените инфекциозни заболявания:
 - да се предпазват от контакт с болни в дома и извън него;
 - да имат правилни хигиенни навици и да спазват добра хигиена в училище и у дома.

2.5. Кариес

Над 80% от децата над 6-годишна възраст у нас са засегнати от кариес. При децата над 12 години – 80% имат средно между 4,3-7 кариозни зъба. Близко 50% от временните зъби са засегнати от кариес, а при постоянните този процент е 30%. Процентът на деца без кариес е изключително нисък спрямо този показател в другите европейски страни.

Всеки четвърти 18-годишен е с поне един изваден постоянен зъб. В тази възраст се установяват и нехарактерните за нея болести на венците.

Оралната хигиена на децата от всички възрасти в България е силно занемарена. Не се провежда локална флуорна профилактика, не се провежда профилактично покритие на фисурите на постоянните молари. Липсва обучение и контрол на приема на въглехидрати. Въглехидрати между храненията консумират 83% от децата, като не ги свързват с появата на кариес.

Безспорен научен факт е, че дисбалансираното хранене, в частност – високата консумация на захар и захарни изделия, е основен рисков фактор за възникване и развитие на оралните заболявания. Количеството, видът, честотата и начинът на прием на въглехидрати са предпоставка за формиране на комплексния етиологичен фактор за оралните заболявания – зъбната плака. Затова обучението и мотивирането на учениците да практикуват здравословно хранене са водещи във всяка съвременна превантивна програма за борба с оралните заболявания.

Кариесът при постоянни зъби започва при първите постоянни молари, които пробиват на 6 години. Те пробиват с дъвкателна повърхност, покрита с множество

фисури и бразди, които представляват място за задържане на зъбна плака – основен комплексен фактор за развитие на кариес. Минерализацията на емайла в тази възраст не е завършена. Кариозният процес се развива изключително бързо и само за няколко години, ако не се вземат мерки, тези зъби силно се разрушават, а нерядко биват загубени.

Запечатването на дълбоките фисури и ямки на първите постоянни интактни молари е най-ефикасно средство за предпазване от зъбен кариес, защото именно в тези зони се задържа плаката, а отстраняването ѝ е трудно или невъзможно. Затова запечатването със силанти (силанти, гласйномерни цименти), които отделят и флуорни йони, трябва да се осъществява до две години след пробива на постоянните молари, период, през който емайлт „узрява” и достига най-висока степен на минерализация.

Поради сериозността на проблема, през 2009 г. стартира Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца 0-18 г. в България 2009-2014 г., сред чиито цели са:

- До 70% от децата до 12-годишна възраст да имат *знания* за опазване на оралното си здраве.
- До 60% от децата до 12-годишна възраст да имат *адекватно поведение и умения* за опазване на оралното си здраве.

Правилната устна хигиена с използване на зъбни четки, зъбни пасти и зъбни конци е в основата на профилактика на кариеса. Доказана е висока статистическа достоверност на връзката между занемарената устна хигиена и зъбния кариес. Колкото по-ниска е устната хигиена, толкова повече кариеси и възпалени венци се откриват (Пенева М, «Пътят за преминаване от оперативно към неоперативно превантивно лечение на зъбния кариес», докт. дис, 2008).

Придобиването на адекватни знания и умения, включването на устната хигиена в ценностна система на децата може да бъде подпомогнато от *медицинския специалист в училище*.

В тази връзка сред неговите задачи са:

- Запознаване на учениците с правилата на устната хигиена.
- Консултиране на учениците и родителите по проблемите на здравословното хранене.
- Здравно обучение и консултиране на деца и ученици за придобиване на здравни знания и навици, формиране на здравословно поведение с оглед профилактика на оралните заболявания.
- Включване в семинари по профилактика на оралните заболявания за медицински специалисти от детските градини и училищата, учители, възпитатели и др.

От особено значение е придобиването на здравни знания и навици в началния курс. За да бъде ефективна и да даде трайни резултати, работата с децата в тази възраст изисква спазването на някои основни принципи и използването на определени похвати. Ако здравето на зъбите и на устната кухина стане тема за обучение на ученици от 7 до 9

години, е необходимо:

- ✓ Материалите и информацията да бъдат вградени в процеса на обучение и в съдържанието на часовете на класния ръководител по такъв начин, че децата да го възприемат, като част от това да бъдеш и да останеш здрав, а не като единично занятие за зъбите.
- ✓ Редовно завръщане към темата през този важен за развитието период, без тя да бъде изчерпана еднократно. Темите и информацията трябва да съответстват на нивото на децата в момента. Така всеки път, когато се връщат към темата, информацията ще е все по-специализирана, езикът – по-близък до научния, а задачите – по-трудни. По този начин ще бъдат избегнати коментари от типа на: “Пак ли тия зъби!”.
- ✓ Възрастта 7 - 9 години е важен етап в развитието на децата. Нараства способността им да обобщават и да виждат връзките между различните страни на здравето, които те не са забелязвали преди. Възможно е да им бъде съобщено, че с израстването си те поемат все по-голяма отговорност за това да бъдат и да останат здрави.
- ✓ Да бъдат зачитани чувствата на тези деца, които нямат възможности и подкрепа да се грижат за зъбите си.
- ✓ Да се започва от нивото на децата в момента. Възможно е да се направи изследване в клас преди да се предостави информация по темата. Така се установяват обясненията и представите на децата за здрави зъби в здрава уста, езика, който те използват, картинките, които рисуват, за да опишат какво знаят или смятат, че знаят. Това позволява да бъде планирано развитието на съществуващите знания и умения, усвояването на новото и преодоляването на погрешни представи и предразсъдъци.
- ✓ Включване на децата в наблюдение и оценяване на собствения им напредък при работата по проблема. Те могат да записват, да споделят и да празнуват промените в знанията и успехите си в поддържането на здрави зъби в здрава уста.
- ✓ Използване по всички възможни начини на специалистите и материалите от отделите по здравна промоция и общинските зъболекарски кабинети. Обсъждане и планиране на съвместни действия с техни служители.
- ✓ Включване на децата. Най-добре работят за здравето си самите деца. Поставете им задача и вижте с каква охота я изпълняват.
- ✓ Събиране на материали за здравето на зъбите и устната кухина.
- ✓ Изработване, заедно с децата, сбирка от снимки, например, на хора от всички възрасти, които показват зъби, намиращи се на различни етапи от развитието и на образци от животински зъби.
- ✓ Използване на всички възможни средства за информиране на родителите за направеното от децата. Включете и децата в това, поощрявайте ги да взимат у дома работните листове и да ги обсъждат със семействата си.

3. ПРЕДОТВРАТЯВАНЕ И ОГРАНИЧАВАНЕ НА ТОРМОЗА И НАСИЛИЕТО В УЧИЛИЩЕ

За създаване на безопасна училищна среда е важно да бъдат предотвратявани и премахнати тормозът и насилието в училище.

Насилието в училище се проявява в много форми и включва множество различни начини на поведение, като например:

- физическо нападение и насилие;
- словесни атаки: подигравки, ругатни, унижителни и оскърбителни прякори, заплахи;
- поставяне в унижителни ситуации;
- отнемане или крадене на пари и лични вещи;
- изолиране от групата на връстниците.

Расово или етнически насочени словесни атаки и свързани с пола унижения и оскърбления също присъстват в ситуации на насилие в училище.

Проблемът с тормоза и насилието в училище е много сериозен и пренебрегването му може да доведе до тежки последствия. Тормозът може да стане причина за трайни психични и физически разстройства у жертвата. Повод за тормоза може да бъде хронично заболяване, някакъв недостатък, индивидуална особеност (наднормено тегло, криви зъби).

В повечето случаи жертвите на тормоз не споделят проблема си, тъй като се страхуват от влошаване на положението. За да разкаже за тормоза, детето трябва да бъде подкрепено и насърчено. Ситуацията трябва да бъде напълно изяснена – какъв тип тормоз, кого тормозят и кой го прави. В това отношение медицинският специалист в училище може много да допринесе, като засегне темата за тормоза при посещение на ученик или като проведе сред учениците анкета.

Своя роля медицинският специалист има и в това, да помогне на учениците да си създадат ясна представа за връзката между утвърждаването на здраве и здравословен начин на живот и противодействието срещу насилието в каквато и да било форма.

В доверителен контакт медицинският специалист може да стане този възрастен, който ще помогне на учениците да развият готовност за търсене, получаване и предлагане на помощ при попадане в ситуация на тормоз и насилие. Той може да запознае учениците с последствията от тормоза и насилието за здравето на жертвата, с някои особености на извършителите, с основните признаци, позволяващи да се предположи, че връстникът е жертва на насилие.

Признаци, които могат да сочат, че ученикът е пренебрегван от отговарящите за него възрастни и има голяма вероятност да е обект на тормоз и насилие в училище:

Признаци за negliжиране на детето:

- не расте, не достига адекватното за възрастта тегло или губи тегло;
- няма подходящи дрехи, джобни пари или закуска, прекарва твърде много време навън;

- не е ваксинирано, лошо състояние на зъбите, мръсна кожа, въшки, признаци за дистрофия;
- пропуска часове или прекарва в училище целия ден, идвайки много рано и тръгвайки си много късно;
- уморено, апатично, с отклонения в поведението.

Косвени признаци за психическо насилие над детето:

- забавяне на умственото и физическо развитие;
- нервни тикове;
- напикаване;
- тъжен израз;
- различни соматични прояви и заболявания (рязка загуба на тегло, затлъстяване, гастрит, язва, кожни прояви и заболявания, алергична патология).

Поведенчески признаци за насилие:

- затваряне в себе си, дистанциране от възрастни и деца;
- прояви на негативизъм при засягане на темата за тормоза и насилието в училище;
- агресивни реакции спрямо възрастни и деца.

Емоционални признаци за насилие:

- внезапна загуба на интерес към училище;
- напрежение и страх при приближаване на връстници;
- обидчивост и раздразнителност;
- тъга, мъка, неустойчиво настроение.

Една от типичните реакции при жертвите на тормоз и насилие в училище е **депресията**. Симптоми на депресия при децата, които могат да бъдат по-лесно забелязани от медицинския специалист:

- промени в апетита и теглото;
- загуба на енергия;
- промени в психомоторната активност;
- нетипична за ученика агресивност;
- соматични оплаквания.

При наличие на **физически признаци за насилие**, детето трябва да бъде насочено към лекар. Ако насилието се извършва в семейството, трябва да бъде сезирана Държаваната агенция за закрила на детето.

Признаци за физическо насилие над детето:

- Множествени специфични наранявания (отпечатьци от пръсти, колан, точковидни изгаряния от цигари) в различна фаза на заздравяване (пресни и заздравяващи).
- Забавяне на физическото развитие (изоставане на ръст и тегло).
- Занемарена хигиена, лош външен вид, обриви.
- Основни видове травми:
 - *по тялото* - синини, драскотини, рани, изгаряния от предмети, течности и цигари, от удари с колан, травматични увреждания на вътрешните органи и кости;
 - *по главата* - кръвоизливи в очната ябълка, петна без коса, разклатени или липсващи зъби, разкъсвания или порязвания в устата, по устните.

Признаци, изискващи незабавно уведомяване на правоохранителните органи:

- **Белези от побой, изтезания, други физически въздействия.**
- **Следи от сексуално насилие.**
- **Крайна физическа занемареност (въшки, дистрофия и др.).**

Една от задачите при създаване на подкрепяща среда за ограничаване на тормоза и насилието в училище, която изисква участието на медицински специалист, е подготовката на ден за общоучилищно обсъждане на проблема, като целта на срещата е да постигне осведоменост по проблема и общо споразумение между всички участници в нея за намаляване на насилието в училище.

Приложение 8 съдържа контактна информация за институции и организации, отговорни за закрилата на детето, и предлагащи консултативни и други услуги.

VI. ПЪРВА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Медицинското обслужване в училище предполага и оказване на долекарска помощ на ученици със заболявания, рязко обостряне на заболяване или при нещастен случай. Това трябва да могат да правят всички учители и учениците, преминали курс за оказване на първа помощ. Разработването на план за действие при спешност, осъществявано от здравния специалист съвместно с персонала на училището, позволява по-ефективно предотвратяване на травми и остри състояния.

Медицинският специалист оказва първа медицинска помощ:

- при травми и наранявания, като прилага ефективни мерки за реанимация;
- при остри състояния или изостряне на хронични заболявания.

Той осигурява задължителното годишно обучение на персонала по оказване на долекарска помощ, като сам преминава опреснителни курсове всяка година.

Четири тясно взаимосвързани области на медицинското обслужване в училище:

- *осигуряване на здравословна и подкрепяща среда;*
- *контрол на физическото развитие и здравословното състояние;*
- *промоция на здравето и профилактика на болестите;*
- *оказване на първа помощ,*

изискват вътрешна координираност на планирането, действията и представяните примери и модели за поведение за учениците.

Най-добре това се постига с инициране и участие в разработването на цялостна стратегия за утвърждаване на здраве в училище, обхващаща всички членове на училищната общност и всички дейности, извършвани в училище.

ПРИЛОЖЕНИЯ

№	Област	Дейности	Периодичност	Нормативна уредба	Материали
2.	<i>Организация на учебния процес</i>	изисквания, както и според особеностите на учениците, определени от възрастта и здравословното им състояние. <ul style="list-style-type: none"> •Участие в комисията за съставяне на седмичното разписание. •Анализ и предложения за промяна на училищната среда с оглед здравето на учениците се внасят за разглеждане от администрацията. 	съвет	ползване (обн., ДВ, бр.15 16.02.от 2007 г.), НАРЕДБА № 9 за здравно-хигиенните изисквания при използването на персонални компютри в обучението и извънучебните дейности на учениците (обн., ДВ, бр.46 от 1994 г.),	
ОЦЕНКА И КОНТРОЛ НА ФИЗИЧЕСКОТО РАЗВИТИЕ И ЗДРАВΟΣЛОВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА УЧЕНИЦИТЕ					
1.	<i>Оценка на здравословното състояние на учениците</i>	<ul style="list-style-type: none"> •Регистриране на здравното и имунизационно състояние на децата и учениците в здравно-профилактична карта (прил. № 4 на Наредба №3). •Оценка на физическата дееспособност. •Анализ на: - здравното състояние, физическото развитие и дееспособност; - на проведените имунизации. •Запознаване на ръководството на учебното заведение и родителите с анализа на здравословното състояние на учениците, и препоръчителните профилактични мерки. •Информирание на родителите за необходимостта от преминаването на профилактични прегледи. •Работа за подобряване на координацията с преподавателите по физическо възпитание. 	По време на профилактичните прегледи -до 30 март -до 30 юни	Закон за здравето (В сила от 01.01.2005 г. изм. доп. ДВ. бр.60 от 7 Август 2012 г.) НАРЕДБА № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията (обн., ДВ, бр.106 от 2004 г. посл.изм. ДВ. бр.33 от 2013 г.), НАРЕДБА № 3 , 27.04.2000 за здравните кабинети в детските заведения и училищата (обн., ДВ, бр.38 от 2000 г., изм. ДВ. бр.83 от 2000 г.), Лична здравно-профилактична карта	

№	Област	Дейности	Периодичност	Нормативна уредба	Материали
		<ul style="list-style-type: none"> • Водене и съхраняване на документацията на здравния кабинет. • Поддържа списък на лицата с хронични заболявания. • Провеждане на допитвания до учениците по проблеми, свързани със здравето. 			
2.	Оценка и контрол на здравето на учениците от рисковите групи	<ul style="list-style-type: none"> • Наблюдение. • Изработване на индивидуален план. • Оказване на помощ и оценка на оказаната помощ. • Информирание и консултиране. • Обучение. • Уведомяване (при необходимост) на ОПЛ, учители, родители насочване при специалист. 	<p>Не по-рядко от веднъж годишно (средно 45 мин на ученик)</p> <p>Постоянно, в зависимост от потребностите на ученика</p>	<p>Закон за здравето (В сила от 01.01.2005 г. изм. доп. ДВ. бр.60 от 7 Август 2012 г.)</p> <p>НАРЕДБА № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията (обн., ДВ, бр.106 от 2004 г. посл.изм. ДВ. бр.33 от 2013г),</p> <p>НАРЕДБА № 3, 27.04.2000 за здравните кабинети в детските заведения и училищата (обн., ДВ, бр.38 от 2000г., изм. ДВ. бр.83 от 2000г.),</p> <p>НАРЕДБА № 1 от 23.01.2009 г. за обучението на деца и ученици със специални образователни потребности и/или с хронични заболявания.</p>	
ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕ					
1.	Здравно образование	<ul style="list-style-type: none"> • Промоция на здравето и профилактика на болестите при децата. • Участие в международни, национални, регионални и локални програми, свързани с профилактиката и промоцията. • Организиране и провеждане на програма 	<p>1 път през учебната година</p> <p>Постоянно, според програмата</p>	<p>Държавни образователни изисквания за учебно съдържание.</p> <p>Културно-образователна област: Природни науки и екология. Учебни предмети: биология и здравно образование.</p> <p>Приложение № 5 към чл. 4, т. 5 чл. 4, т. 5 от НАРЕДБА № 2 от 18.05.2000 г. за учебното</p>	<p>Програма по биология и здравно образование за 7-12 клас МОМН, 2010</p> <p>Георгиева, Л., Дж. Чембърс и др. Моето здраве, моето училище. С., ИК Алекс Софт, 1997.</p>

№	Област	Дейности	Периодичност	Нормативна уредба	Материали
		<p>за здравно образование:</p> <ul style="list-style-type: none"> - специални програми за правилно хранене и програми за превенция на отклоненията в хранителното поведение; - програми за предпазване от употреба на наркотични вещества и психотропни субстанции; - програми за предпазване от употреба на тютюневи изделия и алкохолни напитки; - програми за изграждане на сексуална култура. <ul style="list-style-type: none"> • Информирание, консултиране (индивидуално и групово). • Беседи (индивидуални и групови) да осигуряват актуална и проверена информация по проблемите. • Насочване към специалист. • Помощ за учителите при подготовка на часовете по здравно образование. 	<p>Постоянно</p> <p>Според потребности</p> <p>Според програмата за здравно образование</p>	<p>съдържание. (Обн., ДВ бр. 48 от 13.06.2000 г., изм. и доп., бр. 58 от 18.07.2006 г.)</p> <p>НАРЕДБА № 6 от 28 май 2001 г. за разпределение на учебното време за достигане на общообразователния минимум по класове, етапи и степени на образование (обн., ДВ, бр.54 от 15.06.2001 г.; изм. бр.80 от 14 септември 2004 г., изм. бр. 30, 1.04.2006 г)</p> <p>Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в република България 2008 – 2015 г. (компонент 7)</p>	<p>Венева, Р., Маринова, А. Здравно образование. С, 1995.</p> <p>Вълова, В. Здраве и сила. Книга за ученика. С., Център "Отворено образование", 1995.</p> <p>Образователен подход „Умения за живот“ Програма за обучение УНИЦЕФ София, 2002.</p> <p>К.Флеърти -Зонис СПИН-Фондация Сорос, 1992.</p> <p>Тетрадка ХИВ/СПИН Програма „превенция и контрол на ХИВ/СПИН“ С, 2008.</p> <p>Профилактика на ХИВ/СПИН и промоция на здраве (в две части) СЗО, 1995.</p> <p>Разговор за СПИН Ръководство за обучаващи БМЧК, 2002.</p> <p>Семейно планиране и сексуално здраве</p> <p>Ръководство за обучители Ред. д-р Д. Георгиева БАСП, 1998.</p> <p>Г. Свенсън и кол. Ръководство за обучение на връстници от връстници в сферата на СПИН ЕС, UNFPA, 1998.</p>

№	Област	Дейности	Периодичност	Нормативна уредба	Материали
					Връстници обучават връстници Обучение на обучители Y-PEER, UNFPA, 2002.
ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ					
1. ПРОФИЛАКТИКА НА ОСНОВНИТЕ ФАКТОРИ НА РИСКА ЗА ЗДРАВЕТО					
1.1	Ниска двигателна активност	<ul style="list-style-type: none"> • Участва в контрола на здравно-хигиенното състояние на всички спортни обекти в училище. • Определя и контролира групите за участие във часовете по физическо възпитание. • Контролира спазването на разпределението на учениците в медицински групи за физическо възпитание и дали натоварването отговаря на здравословното им състояние. • Информира за ролята на двигателната активност като важен компонент на здравословния начин на живот. • Участва в подбора, подготовката, провеждането и контрола на различните форми на спорт, туризъм и отдих за учениците. • Осъществява практическа дейност за ограничаване на спортния травматизъм. • Оказва адекватна долекарска помощ в случай на инциденти. 		НАРЕДБА № 2 от 24.04.1997 г. за организиране и провеждане на детски и ученически отдих и туризъм МОМН, (обн., ДВ, бр. 43 от 30.05.1997 г., изм. и доп., бр. 24 от 21.03.2006 г.)	РЪКОВОДСТВО за добра практика на общопрактикуващите лекари в областта на профилактиката на болестите, под ред. на Н. Василевски, Б. Тулевски, НЦОЗ.
1.2	Нездравословно хранене	<ul style="list-style-type: none"> • Контрол на изпълнението на нормативните 	Постоянно	Закон за здравето (В сила от 01.01.2005 г. изм. доп. ДВ. бр. 60 от	ПРЕПОРЪКИ ЗА ЗДРАВΟΣЛОВНО ХРАНЕНЕ за

№	Област	Дейности	Периодичност	Нормативна уредба	Материали
		<p>документи във връзка със столовото хранене на учениците и съобразяването му със</p> <p>Сборника с рецепти за ученическите столове и бюфети</p> <ul style="list-style-type: none"> Внасяне за разглеждане от администрацията на аргументирани предложения до директора на училището за включване в Европейската схема «Училищен плод» и Програмата за децата и учениците “Училищно мляко”, а при включване в програмите се контролира тяхното изпълнение. Изготвяне на седмичното меню, съвместно с директора и домакина. Предоставяне на актуална информация за здравословното хранене. Препоръки за адекватна физическа активност при деца със затлъстяване. 	<p>В началото на учебната година</p> <p>Оценка на менюто</p> <p>2 пъти за срок</p> <p>Постоянно</p>	<p>7 Август 2012 г.)</p> <p>Закон за храните (обн., ДВ, бр. 90 от 1999 г.; изм. ДВ. бр.34 от 2006 г., последно изм. изм. ДВ. бр.68 от 2 Август 2013 г.)</p> <p>Закон за народната просвета, (изм. ДВ. бр.68 от 2 Август 2013 г.)</p> <p>чл.36, ал.1, т.5, - изискванията към храненето в училище</p> <p>ПМС № 88, 23.05.2000 г. - организация и субсидиране на столовото хранене в училище</p> <p>(изм. ДВ. бр. 62 от 12 Юли 2013 г.)</p> <p>НАРЕДБА № 5 от 25.05.2006г. за хигиена на храните. (ДВ бр.55 от 07.07.2006 г.)</p> <p>НАРЕДБА № 23 за физиологичните норми за хранене на населението (обн., ДВ, бр.63 от 2005г.),</p> <p>НАРЕДБА № 37 от 21.07.2009 г. за здравословно хранене на учениците, (обн. ДВ. бр.63 от 07.08. 2009 г.)</p> <p>Европейска схема „Училищен плод” и НАРЕДБА за условията и реда за прилагане на схема за предоставяне на плодове и зеленчуци в учебните заведения - схема "Училищен плод"</p> <p>Приета с ПМС № 91 от 12.05.2010 г., (обн., ДВ, бр. 37 от 18.05.2010 г., в сила от 18.05.2010 г. изм. ДВ. бр.62 от 12.07.2013 г.)</p>	<p>ученици на 7-19 години в България. МЗ, НЦООЗ, София. “Дунав Прес” АД. 2008</p> <p>Сборник рецепти за ученическите столове и бюфети. 2002, 311.</p> <p>Примерни седмични менюта за подкрепителна закуска към Програмата за децата и учениците “Училищно мляко”, за учебната година 2010/2011.</p> <p>РЪКОВОДСТВО за добра практика на общопрактикуващите лекари в областта на профилактиката на болестите, под ред. Н. Василевски, Б. Тулевски, НЦОЗ.</p>
1.3	<i>Тютюнопушене</i>	<ul style="list-style-type: none"> Контрол по прилагане на Закона и мерките за профилактика и ограничаване на 	Постоянно	Закон за здравето (В сила от 01.01.2005 г. изм. доп. ДВ. бр.60 от 7 Август 2012 г.)	Манолова А, Димитров Пл. Ръководство за добра практика за медицинските

№	Област	Дейности	Периодичност	Нормативна уредба	Материали
		<p>тютюнопушенето.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Контрол по спазването на тоталната забрана за тютюнопушене в сградата и на територията на училището. • Информирание, консултиране. • Беседи • Обучение • Информационни дни 	<p>Според потребностите</p> <p>Според програмата за здравно образование</p>	<p>НАРЕДБА за условията и реда, при които се допуска по изключение тютюнопушене в обособени зони на закритите обществени места и на закритите работни помещения (ПМС № 329 на МС от 8.12.2004 г., обн., ДВ, бр. 110 от 17.12.2004 г., в сила от 1.01.2005 г.)</p> <p>Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето в Република България 2011 – 2015 г.</p>	<p>специалисти относно оценка и контрол на риска при пушачи.</p> <p>ПРОЕКТ BG05IPO001-5.3.01-0001-C0001.</p> <p>„Информирани и здрави”.</p> <p>МЗ, 2013, сс:60</p> <p>„Медицински сестри, помогнете на вашите пациенти да престанат да пушат!” НЦЗЗ. С, 2000.</p>
1.4	Употреба на алкохол и наркотици	<ul style="list-style-type: none"> • Установява състояние на наркотично опиянение. • Уведомява училищната администрация, общопрактикуващия лекар, родителите. • Пренасочва към специалист. • Информира за възможности за установяване на употреба чрез изследване. • Участва в разработването на процедура за действие при установяването на употреба. 	<p>Постоянно</p> <p>Според потребностите</p> <p>Според програмата за здравно образование</p>	<p>Закон за здравето (В сила от 01.01.2005 г. изм. доп. ДВ. бр.60 от 7 Август 2012г.)</p> <p>Национална стратегия за борба с наркотиците 2009 – 2013 г. и План за действие към нея, приети с Решение на НСНВ от трето редовно заседание, състояло се на 22 октомври, 2008 г.</p> <p>Разработва се нова Стратегия, 2014 – 2018 г.</p>	<p>К.Флърти -Зонис Алкохолът и другите наркотици. Фондация Сорос, 1992.</p> <p>Младите хора и наркотиците: помагало.</p> <p>Създаване, използване и оценка на образователни материали и дейности СЗО, UNDP/UNAIDS, 1998.</p> <p>Иванова, Н., В. Андреева. Антидрога. Комплект учебни помагала и методическо ръководство Мултипринт ЕООД. С, 1999.</p> <p>Дянкова, И., Г. Котаров. Ръководство за профилактика на злоупотребата с алкохол в условията на първичната</p>

№	Област	Дейности	Периодичност	Нормативна уредба	Материали
					медицинска практика НЦООЗ, 2006.
2. ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ					
2.1	Сърдечно-съдови заболявания	<ul style="list-style-type: none"> • Установяване на учениците, попадащи в рисковата група. • Системна оценка на артериалното налягане на учениците със случайно измерено повишено АН, със затлъстяване или положителна фамилна анамнеза за ССЗ. • Провеждане на специална подготовка за работа в екип на медицинския специалист, училищния психолог и учителите по основните детерминанти на риска за артериална хипертония и проблемите на профилактиката ѝ в училищна възраст. • Включване в образователните програми на информация за факторите на риска за артериална хипертония и сърдечно-съдови заболявания. • Информирание и обучение на подрастващите за здравословен начин на живот. • Установяване на сътрудничество между ОПЛ, училището и семейството. • Създаване на групи за взаимопомощ между децата със здравен риск. • Обучение за здравословно хранително поведение. • Създаване навици за системна двигателна 	Не по-рядко от веднъж годишно (средно 45 мин на ученик)		РЪКОВОДСТВО за добра практика на общопрактикуващите лекари в областта на профилактиката на болестите., под ред. Н. Василевски, Б. Тулевски, НЦОЗ.

№	Област	Дейности	Периодичност	Нормативна уредба	Материали
		<p>активност, като необходима част свободното им време.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Информирание на учениците за рисковите поведения (алкохолна консумация, тютюнопушене, дрога. • Разработване на специални програми за работа с родителите, чиито деца са с висок здравен риск. 			
2.2	Гръбначни изкривявания	<ul style="list-style-type: none"> • Установяване на учениците, попадащи в рисковата група. • Оценяване на околната среда и внасяне на съответните предложения. • Извършване на редовни проверки и обучение на педагозите да обръщат внимание на: <ul style="list-style-type: none"> - подреждането на учениците в класните стаи да бъде на чинове, подходящи за възрастта и ръста; - децата с отклонение в стойката и тези с гръбначни изкривявания да седят на средната редица; - периодично да се разменят учениците от I-ва и III-та редица по време на учебните занятия; - правилното телодържане и на правилната работна поза по време на часа. • Уведомяване на учителя по физкултура за деца с проблеми на стойката и заболявания на опорно-двигателния апарат. • Включване на децата с повишен риск в групи за изправителна 	Не по-рядко от веднъж годишно (средно 45 мин на ученик)		<p>Упражнения за профилактика на гръбначни изкривявания:</p> <ul style="list-style-type: none"> • упражнения за изпълнение в домашни условия http://ncphp.government.bg/files/GI_MN_GrIzkr_Doma_Final.pdf • упражнения, подходящи за изпълнение в класна стая http://ncphp.government.bg/files/GI_MN_GrIzkr_Klas_Final.pdf

№	Област	Дейности	Периодичност	Нормативна уредба	Материали
2.3	Остеопороза	<p>гимнастика</p> <ul style="list-style-type: none"> • Информирание родителите на учениците с отклонения на гръбначния стълб и обучение на деца и родители за упражнения за профилактика на гръбначни изкривявания • Консултиране на деца и родители за ползата от активен спорт и за избора му. • Надграждащо обучение (чрез интерактивни методи) на децата и юношите (за оптимизиране на ПКМ). • Организация и осигуряване на възможности за здравословен избор в училище, извънучилищни дейности, установяване на връзки и взаимодействие със семействата. 		Национална програма за ограничаване на остеопорозата в Република България 2011–2015 г.	
2.4	Инфекциозни болести	<ul style="list-style-type: none"> • Следи и регистрира имунизационния статус на децата в здравно-профилактичните им карти. • Организира и контролира извършването на противоепидемични дейности, целящи предотвратяване и ограничаване разпространението на заразни и паразитни заболявания, като: <ul style="list-style-type: none"> - следи за спазването на карантинните срокове; - провежда регламентирани в нормативни актове 	Според потребностите	НАРЕДБА за изменение и допълнение на НАРЕДБА № 15 за имунизациите в Република България (ДВ. бр. 45/2005г, обн. в ДВ бр.57 от 24.07.2009г. посл.изм. ДВ. бр.47 от 2013г.)	

№	Област	Дейности	Периодичност	Нормативна уредба	Материали
		<p>профилактични дейности спрямо контактните;</p> <p>контролира провеждането на текуща дезинфекция и дезинсекция;</p> <p>провежда наблюдение на преболедували от инфекциозни болести поддържа списък на лицата с прекарани инфекциозни заболявания.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Насочва към лекар-специалист. • При съмнение за заразно заболяване изолира детето, информира директора, като дава своето становище. • При установено заразно заболяване, карантинира групата и ежедневно наблюдава контактните. • Запознава учениците с начините за предпазване от най-разпространените инфекциозни заболявания. • Участва в здравно информационна и здравно-възпитателна работа с персонала, родители и самите деца, като използва подходящи средства. 			
2.5	<i>Кариес</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Запознаване на учениците с правилата на устната хигиена • Консултиране на учениците и родителите по проблемите на здравословното хранене • Включване в семинари по профилактика на 	Постоянно	Националната програма за профилактика на оралните заболявания при деца 0-18 г. 2009 – 2014 г.	

№	Област	Дейности	Периодичност	Нормативна уредба	Материали
		оралните заболявания. • Насочване към ортодонт или зъболекар.			
3. ПРЕДОТВРЯВАНЕ И ОГРАНИЧАВАНЕ НА ТОРМОЗА И НАСИЛИЕТО В УЧИЛИЩЕ					
		<ul style="list-style-type: none"> Разпознаване на белезите на насилие. Уведомяване на администрацията, родителите, учителите или ОЗД при оплакване от тормоз и насилие. Консултиране като се засяга темата за тормоза при посещение на ученик. Провеждане на анкета сред учениците. Информирание на учениците (запознаване с последствията от тормоза и насилието за здравето на жертвата, с някои особености на извършителите, с основните признаци, позволяващи да се предположи, че връстникът е жертва на насилие). Информационни дни. 	<p>Постоянно</p> <p>Според потребностите</p> <p>Според програмата за здравно образование</p>	<p>Закон за закрила на детето Обн. ДВ. бр.48 от 13.06.2000г., посл. изм. ДВ. бр.68 от 02.08.2013г .</p> <p>Закон за защита от дискриминация (изм. ДВ. бр.68 от 02.08. 2013 г.)</p> <p>Закон за защита от домашното насилие (изм. ДВ. бр.99 от 17.12. 2010г.)</p> <p>Наказателен кодекс, Закон за борба срещу противообществените прояви на малолетните и непълнолетните (изм. ДВ. бр.68 от 2 Август 2013г.)</p> <p>Закон за народната просвета, (изм. ДВ. бр.68 от 2 Август 2013г.)</p>	<p>ДАЗД. Помагало по превенция на насилието за училищната мрежа. Военно издателство ЕООД, 2006.</p>
ПЪРВА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ					
	Първа помощ при травми, наранявания и заболявания	<ul style="list-style-type: none"> Медицинско обслужване за оказване на първа медицинска помощ на децата и учениците. Извикване на бърза помощ и медицинско обслужване до пристигането на специализиран екип на спешна медицинска помощ. Документирание на случая. Обучаване на работа в 	<p>При необходимост</p>	<p>Закон за здравето (В сила от 01.01.2005 г. изм. доп. ДВ. бр.60 от 7 Август 2012г.)</p> <p>ИНСТРУКЦИЯ № 2 от 5 юли 2004 г. за подготовката и обучението на децата, педагогическия, административния и помощен персонал в детските градини за безопасно поведение при бедствия, аварии, катастрофи и пожари (Обн., ДВ. бр. 70 от</p>	<p>Учебно помагало: "Травми и злополуки при деца. Първа помощ и превенция". БЧК. http://www.redcross.bg/cgi-bin/e-cms/vis/vis.pl?s=001&p=0029&n=00002&g</p> <p>Наръчник за първа помощ. Онлайн на: http://www.zdrave.</p>

№	Област	Дейности	Периодичност	Нормативна уредба	Материали
		училище за оказване на първа мед.помощ.		<p>10.08.2004 г.)</p> <p>Заповед № рд 09-184/01.02.2007г. относно: изискванията за безопасни условия на възпитание, обучение и труд в системата на народната просвета и във връзка с необходимостта от своевременно уведомяване за възникнали инциденти с ученици и учители, пътнотранспортни произшествия, аварии и злополуки</p> <p>НАРЕДБА № РД-07-2 от 16.12.2009 г. за условията и реда за провеждането на периодично обучение и инструктаж на работниците и служителите по правилата за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд МТСП</p> <p>(В сила от 01.01.2010 г. Обн. ДВ. бр.102 от 22 Декември, 2009. изм.ДВ.бр.25от30.03.2010г)</p>	net/document/institute/e-library/Miscellaneous/Narach_Parva_Pom.htm

Методика за изследване на физическата дееспособност

- 1. Мускулна сила на лява и дясна ръка** (динамометрия, чрез която се определя силата на флексорите на пръстите на ръцете). Изследва се при деца над 3-годишна възраст. Измерва се с ръчен динамометър с точност до 1 кг. Изследването се извършва последователно на двете ръце, като се правят няколко опита и се отчитат най-високите стойности (табл. 1).
- 2. Гладко бягане** (тест за бързина). При деца от 1-3-годишна възраст – на разстояние 20 м. При деца в предучилищна възраст – на разстояние 40 м. При ученици – на разстояние 60 м. Провежда се на равна асфалтова площадка. Децата предварително се инструктират да бягат, колкото се може по-бързо до определената цел, намираща се на 5-6 м зад финалната линия. Разстоянието се пробягва еднократно. Времето от стартовия сигнал до финалната линия се измерва с хронометър с точност до 0,1 сек (табл. 2).
- 3. Скок на дължина от място с два крака** (тест за мускулите на краката). Провежда се на равна площадка с нехлъзгава настилка (земя, зебран, килим). Начертава се линия на отскачане. Детето застава зад начертаната линия така, че пръстите на краката опират до линията, без да я докосват. Разрешава се предварително изпълнение на махове с ръце и пружиниране от тазобедрените стави. Подскок не се разрешава. Измерването се извършва перпендикулярно от най-близкия белег, оставен от приземяването, от която и да е част на тялото до линията на отскока с точност до 1 см. Изпълняват се 3 отскока, отчита се най-добрият (табл. 3).
- 4. Хвърляне на малка плътна топка (80 г) със засилване** (тест за силата на мускулите на ръцете, раменния пояс и гърба). Извършва се от предварително начертана стартова линия на равен терен. Отчита се линейното разстояние между нея и точката на приземяване на топката с точност до 1 см. Правят се 2-3 опита с лявата ръка и дясната ръка, като се вписва най-добрият резултат (табл. 4).
- 5. Максимален брой клякания за 20 сек** (тест за издръжливост, прилага се при деца над 3-годишна възраст). От основен стоеж се извършват максимален брой клякания за 20 сек. Клякането трябва да бъде пълно (дълбоко), като за бройка се отчита цикъл от едно клякане и изправяне (табл. 5 и 6). За деца от 10 до 18 години вместо максимален брой клякания се включва гладко бягане на 600 м за мъже и 300 м за жени (тест за издръжливост). Тестът се провежда на лекоатлетическа писта или друго равно и гладко място. Времето се измерва с хронометър с точност до 0,1 сек.
- 6. Оценка на физическата дееспособност.** При индивидуалната оценка на показателите на физическата дееспособност на деца и ученици се отчитат само тези, които са под $x - 1 s$.

Таблица 1										Таблица 2				
Сила на дясната и лявата ръка (кг)										Гладко бягане (м/сек)				
Възраст	Дясна ръка				Лява ръка					Бягане 60 м (40 м под 7 г.)				
	мъже		жени		мъже		жени			Възраст	мъже		жени	
	х +/- s	х +/- s	х +/- s	х +/- s	х +/- s	х +/- s	х +/- s	х +/- s	х +/- s		х +/- s			
7 г.	12,7	3,6	10,9	3,0	11,7	3,2	10,2	3,0		7 г.	13,0	2,0	13,5	1,7
8 г.	14,5	3,6	13,0	3,2	13,5	3,6	12,2	3,1		8 г.	12,0	1,5	12,9	1,5
9 г.	16,7	3,9	14,4	3,6	15,3	3,9	13,4	3,5		9 г.	11,6	1,1	12,3	1,4
10 г.	19,4	4,7	16,2	4,3	17,4	4,3	15,1	4,1		10 г.	11,2	1,2	12,2	1,7
11 г.	21,6	4,7	19,3	4,8	20,0	4,3	17,8	4,5		11 г.	10,9	1,2	11,2	1,4
12 г.	25,2	6,1	22,5	5,1	23,1	6,1	24,0	4,7		12 г.	10,8	1,5	11,1	1,3
13 г.	34,0	7,9	24,9	5,2	27,7	7,7	22,5	5,5		13 г.	10,2	1,1	10,9	1,4
14 г.	37,0	8,9	26,9	5,4	34,1	8,4	24,4	5,5		14 г.	9,8	1,4	11,3	1,7
15 г.	42,5	9,6	27,9	6,3	39,1	9,3	25,7	6,1		15 г.	9,4	1,4	11,2	1,9
16 г.	45,7	9,9	29,0	6,4	42,0	8,9	26,5	5,8		16 г.	9,2	1,3	10,9	1,4
17 г.	48,3	8,4	28,8	6,1	44,6	8,6	26,1	5,9		17 г.	9,1	1,2	11,1	1,6
18 г.	52,9	10,8	27,2	9,7	47,4	9,9	24,7	9,1		18 г.	9,4	1,3	12,2	2,2

Таблица 3				
Скок на дължина от място с два крака (см)				
Възраст	Мъже		Жени	
	x +/- s		x +/- s	
7 г.	116,4	22,5	108,8	19,4
8 г.	130,6	22,7	119,7	20,6
9 г.	139,5	21,6	130,2	20,8
10 г.	144,8	22,5	135,8	21,3
11 г.	154,0	22,2	145,7	25,6
12 г.	163,8	25,8	150,1	24,6
13 г.	173,3	27,4	157,1	28,3
14 г.	185,9	32,6	152,2	29,3
15 г.	195,0	30,8	152,7	28,0
16 г.	198,9	33,2	154,4	31,1
17 г.	200,1	34,6	152,7	29,6
18 г.	192,5	30,2	136,7	31,4

Таблица 4									
Хвърляне плътна топка 80 г със засилване (м)									
Възраст	Дясна ръка				Лява ръка				
	мъже		жени		мъже		жени		
	x +/- s		x +/- s		x +/- s		x +/- s		
7 г.	14,3	6,1	9,1	4,2	8,0	3,2	6,3	2,5	
8 г.	18,1	6,9	11,1	4,5	9,7	4,2	7,2	2,4	
9 г.	21,6	7,8	13,5	5,4	10,9	4,9	8,4	3,0	
10 г.	25,3	7,9	15,3	5,8	12,8	5,6	9,7	3,4	
11 г.	28,9	7,7	19,0	6,9	14,1	6,4	11,4	3,9	
12 г.	31,9	8,7	19,7	7,4	15,7	6,9	12,3	5,0	
13 г.	35,6	9,3	22,1	7,6	16,8	7,1	13,1	4,7	
14 г.	38,8	9,7	22,4	7,1	18,7	8,1	13,1	5,0	
15 г.	40,9	11,1	22,4	8,9	19,4	8,7	12,9	5,8	
16 г.	45,2	13,8	23,7	8,8	21,5	10,4	13,7	5,4	
17 г.	48,5	11,6	24,9	9,4	22,8	9,8	14,5	6,4	
18 г.	53,2	11,1	24,9	8,4	27,4	11,0	13,4	5,9	

Таблица 5**Физическа дееспособност до
10-годишна възраст****Максимален брой клякания
за 20 сек (брой)**

Възраст	Мъже		Жени	
	x +/- s		x +/- s	
7 г.	18,5	4,1	18,0	4,2
8 г.	19,1	3,9	18,4	3,6
9 г.	19,5	3,9	18,8	3,6
10 г.	19,2	3,5	18,3	3,3

Таблица 6**Физическа дееспособност след 10-годишна възраст****Бягане 600 м за мъже, 300 м за жени (м/сек)**

Възраст	600 м - мъже		300 м - жени	
	x +/- s		x +/- s	
10 г.	164,4	32,3	93,5	23,8
11 г.	158,9	28,6	85,8	24,8
12 г.	153,9	27,9	81,0	20,5
13 г.	147,4	24,8	79,9	19,1
14 г.	143,6	24,2	82,3	20,6
15 г.	138,9	24,4	81,7	23,2
16 г.	136,3	22,8	83,8	24,0
17 г.	137,6	23,6	84,0	20,7
18 г.	135,8	19,4	90,3	24,6

Международни критерии на СЗО за оценка на тегло
при деца на 7-19 г. по Индекс на телесна маса за възраст и пол

Възраст (години, месеци)	ИТМ за съответната възраст тегло (кг)/ръст (м ²)				ИТМ за съответната възраст тегло (кг)/ръст (м ²)			
	Поднормено тегло (под стой- ността)	Нормално тегло	Свърхтегло	Затлъстяване (над стой- ността)	Поднормено тегло (под стой- ността)	Нормално тегло	Свърхтегло	Затлъстяване (над стой- ността)
	<i>Момчета</i>				<i>Момичета</i>			
7 год. 0 мес.	13,10	13,10-17,00	17,01-19,00	19,00	12,70	12,70-17,30	17,31-19,80	19,80
7 год. 6 мес.	13,20	13,20-17,20	17,21-19,30	19,30	12,80	12,80-17,50	17,51-20,10	20,10
8 год. 0 мес.	13,30	13,30-17,40	17,41-19,70	19,70	12,90	12,90-17,70	17,71-20,60	20,60
8 год. 6 мес.	13,40	13,40-17,70	17,71-20,10	20,10	13,00	13,00-18,00	18,01-21,00	21,00
9 год. 0 мес.	13,50	13,50-17,90	17,91-20,50	20,50	13,10	13,10-18,30	18,31-21,50	21,50
9 год. 6 мес.	13,60	13,60-18,20	18,21-20,90	20,90	13,30	13,30-18,70	18,71-22,00	22,00
10 год. 0 мес.	13,70	13,70-18,50	18,51-21,40	21,40	13,50	13,50-19,00	19,01-22,60	22,60
10 год. 6 мес.	13,90	13,90-18,80	18,81-21,90	21,90	13,70	13,70-19,40	19,41-23,10	23,10
11 год. 0 мес.	14,10	14,10-19,20	19,21-22,50	22,50	13,90	13,90-19,90	19,91-23,70	23,70
11 год. 6 мес.	14,20	14,20-19,50	19,51-23,00	23,00	14,10	14,10-20,30	20,31-24,30	24,30
12 год. 0 мес.	14,50	14,50-19,90	19,91-23,60	23,60	14,40	14,40-20,80	20,81-25,00	25,00
12 год. 6 мес.	14,70	14,70-20,40	20,41-24,20	24,20	14,70	14,70-21,30	21,31-25,60	25,60
13 год. 0 мес.	14,90	14,90-20,80	20,81-24,80	24,80	14,90	14,90-21,80	21,81-26,20	26,20
13 год. 6 мес.	15,20	15,20-21,30	21,31-25,30	25,30	15,20	15,20-22,30	22,31-26,80	26,80
14 год. 0 мес.	15,50	15,50-21,80	21,81-25,90	25,90	15,40	15,40-22,70	22,71-27,30	27,30
14 год. 6 мес.	15,70	15,70-22,20	22,21-26,50	26,50	15,70	15,70-23,10	23,11-27,80	27,80
15 год. 0 мес.	16,00	16,00-22,70	22,71-27,00	27,00	15,90	15,90-23,50	23,51-28,20	28,20
15 год. 6 мес.	16,30	16,30-23,10	23,11-27,40	27,40	16,00	16,00-23,80	23,81-28,60	28,60
16 год. 0 мес.	16,50	16,50-23,50	23,51-27,90	27,90	16,20	16,20-24,10	24,11-28,90	28,90
16 год. 6 мес.	16,70	16,70-23,90	23,91-28,30	28,30	16,30	16,30-24,30	24,31-29,10	29,10
17 год. 0 мес.	16,90	16,90-24,30	24,31-28,60	28,60	16,40	16,40-24,50	24,51-29,30	29,30
17 год. 6 мес.	17,10	17,10-24,60	24,61-29,00	29,00	16,40	16,40-24,60	24,61-29,40	29,40
18 год. 0 мес.	17,30	17,30-24,90	24,91-29,20	29,20	16,40	16,40-24,80	24,81-29,50	29,50
18 год. 6 мес.	17,40	17,40-25,20	25,21-29,50	29,50	16,50	16,50-24,90	24,91-29,60	29,60
19 год. 0 мес.	17,60	17,60-25,40	25,41-29,70	29,70	16,50	16,50-25,00	25,01-29,70	29,70

Консултативни кабинети за отказване от тютюнопушене в Република България

1. Консултативни кабинети в РЗИ:

Област	Пощ. код	Адрес	Консултанти	Приемно време		Телефони	e-mail
				Ден	Час		
Благоевград	2700	ул. „Братя Миладинови” №2	д-р Румен Новоселски	Сряда	10.00-12.00	073/888 -701	dnzb@rzibl.org
Бургас	8000	ул. „Успенска” № 1	д-р Румяна Тодорова	Вторник Четвъртък	14.00-17.00	879310091 056/81-62-62	rzi@rzi-burgas.com
Варна	9000	ул. „Брегалница” 3	д-р Юлия Витлянова - гл.инспектор Бисерка Алексиева – ст.експерт	Вторник Сряда	10.00-12.00 14.00-16.00	052/634-019 ф. 052/634-648 052/634-019	office@rzi-varna.com
Велико Търново	5000	ул. „Никола Габровски” № 23	д-р Ваня Горчева	От понеделник до петък	8.30-12.30 13.00-17.00	062/622-258 062/623-715	rzivt@mbox.digsys.bg
Видин	3700	ул. „Цар Симеон Велики” № 76	Д-р Марияна Чавдарова	Вторник Четвъртък	10.00-12.00 14.00-16.00	094/601-695 094/601-700 094/601-695	director@riokoz-vidin.net
Враца	3000	ул. „Черни Дрин” №2	Д-р Ивайло Иванов Мария Цветанова	Четвъртък Вторник	10.00-12.00 14.00-16.00	092/62-63-77 092/66-50-61	rzi@rzi-vratsa.com
Габрово	5300	ул. „Брянска” № 1	Д-р Богомил Лазаров	Вторник	14.00-17.00	066/80-69-50	gabrovo@rzi-gbr.org
Добрич	9300	ул. „Кирил и Методи” № 57	Дона Георгиева мл. експерт	Сряда	10.00-12.00 14.00-17.00	058/600-614	rzi-dobrich@linkbg.com
Кърджали	6600	бул. "Ген. Владимир Стойчев" № 2	Д-р Иван Чавдаров Златка Лапанова - психолог	Понеделник Четвъртък	15.00-18.00 16.00-19.00	0888/273-707 0361/602-78 0361/60-290 0361/60-297	rzi.kardjali@gmail.com
Кюстендил	2500	кв. Румена Войвода, ул. „Тинтява”	Гюлка Джабирова	Вторник Четвъртък	14.00-16.00	078/55-24-53 078/55-24-51	rzi_kn@abv.bg
Ловеч	5500	ул. „Съйко Съев” № 25	Д-р Полинка Соколарска- ст. инспектор Мая Димитрова ст. експерт, психолог	Вторник Четвъртък	9.00-16.00	068/601-518 068/603-801	rzi@rzi-lovech.com

Монтана	3400	ул. „Жеравица“ 3	Митко Иванов, мл. инспектор	Сряда	15.00-17.00	096/30-05-40 096/391-711	rzi-montana@net-surf.net
Пазарджик	4400	ул. „Болнична“ № 17	Д-р Надя Палийска, Анелия Куртакова - мл. експерт	Сряда Четвъртък Петък	13.00-17.00	034/44-53-65	rzi_pz@telecable.net.com
Перник	2300	ул. „Миньор“ № 15	Д-р Славея Гарова	От понеделник до петък	8.30-12.00 12.30-17.00	076/60-70-80 076/60-18-81 0882/93-91-91	rzi_pk@b-trust.org
Плевен	5800	ул. „Княз Александър Батенберг I“ № 7	Д-р Цветан Димитров Ирена Пенкова-психолог	Вторник Четвъртък	14.00-16.00 10.00-12.00	064/823-304 064/846-098 064/824-882	rzi@rzi-pleven.com
Пловдив	4000	ул. „Перушица“ № 1	д-р Мариана Наумова Вили Начева	Понеделник	10.00-12.00	032/649-000	rzipd@plov.net
Разград	7200	ул. „Кирил и Методий“ №8	Емилия Петрова, психолог	Понеделник Четвъртък	14.00-17.00 10.00-12.00	084/611-162 084/611-166 сек.084/611-165	rzi_razgrad@mbox.contact.bg
Русе	7002	бул. „Придунавски“ 68	Диана Иванова психолог	Вторник	14.00-17.00	082/82-56-23 082/82-89-64	rzi@rzi-ruse.com
Силистра	7500	ул. „Петър Мутафчиев“ № 82	Д-р Виолета Славова	Вторник Четвъртък	10.00-12.00 15.00-17.00	086/816-119 086/816-119	info@rzi-silistra.com
Сливен	8800	ул. „П. Яворов“ № 1	Д-р Петко Петков, Силвия Стоянова, Веса Илиева-ст. експерти	Вторник	14.00-16.00	044/616-201 044/616-205	RZI-Sliven@mbox.contact.bg
Смолян	4700	бул. „България“ 26	Деница Иванова	Четвъртък	10.00-18.00	0301/6-31-06 0301/6 32 93 0301/6-30-43	rcz_sm@infotel.bg
София	1504	ул. „Враня“ № 20	Д-р Емилия Димитрова Вана Терзиева	Понеделник Сряда Четвъртък	15.30-17.00	0889-229-633 02/813-05-01 02/831-21-31	director@srzi.bg
Софийска област	1000	ул. „Неофит Рилски“ № 64	Д-р Симеонка Андреева, мл. експерт	Понеделник Петък	9.00-16.00	02/981-41-73 02/981-42-08	director_rzi@rzi-sfo.com rzi_so@rzi-sfo.com
Стара Загора	6000	ул. „Стефан Караджа“ № 10	Галина Господинова – ст. експерт, психолог	От понеделник до петък	8.30-12.30 13.00-17.00	042/631-009	rziszt@rziszt.org
Търговище	7700	бул. „Трайко Китанчев“ № 37	Д-р Райна Жейнова-Колева, н-к отдел	Вторник Четвъртък	10.00-12.00 15.00-17.00	0601/6-75-59	rcztshte@mbox.contact.bg
Хасково	6300	ул. „Патриарх Евтимий“ № 2	Д-р Иванка Дравска	Четвъртък	14.00-16.00	0878/944 630 038/665-489 038/603-230	rzi@haskovo.net

Шумен	9700	пл. "Освобождение" 1	Д-р Елена Лазарова, н-к отдел; Д-р Йорданка Маринова- ст. инспектор; Нора Станева, ст. експерт, психолог	Вторник Четвъртък	14.00-16.00	054/800-722	office@rzi-shumen.com
Ямбол	8600	ул. "Димитър Благоев" 71	Д-р Йовко Паспалджиев- ст. експерт,	От понеделник до петък	8.30-10.00	046/663-170	rzi-yambol@mbox.contact.bg

Методика за измерване на артериално налягане и пулсова честота

Артериалното налягане (АН) се измерва в сутрешните часове, в затоплена стая, след 10-15 минути физически и психически покой. При деца в предучилищна и училищна възраст АН се измерва по аускултаторния метод на Коротков, с живачен или anerоиден сфигмоманометър с подходящи за възрастта размери на маншетата. Тя се поставя на дясната ръка, на 1 см над кубиталната гънка. Изследваното дете е седнало, като ръката му е на нивото на сърцето. Артериалното налягане се измерва трикратно последователно. Систолното АН се отчита при появата на I тон (I фаза на Коротков), диастолното АН – при пълното изчезване на тоновете (V фаза на Коротков). Отчитането се извършва с точност до 2 мм Hg. Ако най-ниската стойност на систолното и/или диастолното налягане от 3-те измервания превишава възрастовата норма (табл. 12), се налага измерването му при най-малко още 2 различни прегледа (в рамките на 1-2 месеца), както и измерване на пулса и АН на четирите крайника. Децата, показали повишено артериално налягане при трите различни прегледа, се насочват към съответния специалист за диагноза и диспансеризация.

Пулсовата честота се измерва палпаторно на a. radialis на дясната ръка за 60 сек. Времето се засича с хронометър.

Стойности на АН (мм Hg), съобразно възрастта на детето						
Възраст	Физиологични стойности на АН		Нормални, но високи за възрастта стойности на АН		Повишени стойности (патологични) на АН	
	систолично налягане	диастолно налягане	систолично налягане	диастолно налягане	систолично налягане	диастолно налягане
7 г.	80-109	40-69	110-117	69-74	118	75
8 г.	85-109	50-69	110-117	69-74	118	75
9 г.	85-109	50-69	110-119	70-74	120	75
10 г.	90-114	50-69	115-119	70-79	120	80
11 г.	90-114	50-69	115-119	70-79	120	80
12 г.	90-119	50-69	130-124	70-79	125	80
13 г.	90-120	52-74	122-129	75-79	130	80
14 г.	90-125	55-75	130-139	76-79	140	80
15 г.	95-125	60-79	130-139	80-84	140	85

Сърдечна честота (удара/мин) ⁶			
Възраст	Будно	Покой	Натоварване
	в спокойно състояние	по време на сън	фебрилитет, неспокойствие, плач
2-10 г.	70-110	60-90	до 200
Над 10 г.	55-90	50-90	до 200

⁶ Сърдечната честота при здравите деца се характеризира с голяма вариабилност. Посочените стойности на сърдечната честота в таблицата отразяват възможните ѝ отклонения при здрави деца. Посочените стойности на сърдечната честота в таблицата отразяват възможните ѝ отклонения при здрави деца. При сърдечна честота, фиксирана постоянно в долната или горната граница за дадена възраст или близки до тези стойности, може да се подозира патология. В такива случаи е необходима кардиологична консултация.

Профилактика на остеопорозата

Адекватните нива на Са прием са от голямо значение за повишаване остеогенния ефект на двигателната активност през периода на детството и юношество. Резултатите от епидемиологични проучвания сочат, че съвместното влияние на двигателната активност и калция в диетата обяснява до 40% от ефекта на двигателната активност върху костната плътност.

Препоръчителен^a и адекватен* хранителен прием на минерали и витамини, свързани с костното здраве⁷

Групи (Възраст/Пол)	Калций (mg)	Фосфор (mg)	Магнезий (mg)	Витамин D (mcg)**	Витамин С (mg)	Витамин В ₆ (mg)
Деца и юноши						
1-3 год.	500*	500	80	5	30	0.5
3-7 год.	800*	550	120	5	30	0.6
7-10 год.	1000*	700	160	5	35	1.0
• момчета						
10-14 год.	1300*	1250	250	5	45	1.3
14-19 год.	1300*	1250	370	5	75***	1.3
• момичета						
10-14 год.	1300*	1250	250	5	45	1.2
14-19 год.	1300*	1250	320	5	65***	1.2

^a *Препоръчителен хранителен прием* – средnodневно ниво на хранителен прием, което осигурява потребността от определено хранително вещество за почти всички (97,5%) здрави индивиди в отделните групи, разделени по възраст, пол и физиологично състояние (бременност и кърмене).

* *Адекватен хранителен прием* – препоръчителното средnodневно ниво на хранителен прием, определено на база научни изследвания при групи здрави индивиди, което е оценено като адекватно за всички индивиди от групата. Използва се, когато не може да бъде определен препоръчителен хранителен прием.

** *Витамин D* – представен като холекалциферол (1 мкг холекалциферол = 40 IU Вит. D).

*** *Препоръчителният прием на витамин С* при пушачи е по-висок с 35 мг/ден.

⁷ Наредба № 23 от 19 юли 2005 г. за физиологичните норми за хранене на населението. Обн. ДВ. бр.63 от 2 Август 2005г.

Няколко **ОСНОВНИ ПРИНЦИПА** позволяват да бъдат съставени програми за **двигателна активност** за превенция на субоптимална ПКМ и промоция на костното здраве, които са съобразени по честота, интензивност и тип на упражненията с възрастта, състоянието и тренираността на всеки индивид.

- Двигателната активност и упражненията са от изключително значение през целия човешки живот, тъй като постоянното, непрекъснато движение и натоварване са доказани положителни стимули за костната и мускулна системи, както и за здравето в други негови аспекти.
- Натоварването върху дадена скелетна област има локален остеогенен ефект. С други думи, определен тип упражнения нямат цялостно въздействие върху всички кости. Въпреки това, който и да е тип активност се отразява по-добре на костната система от обездвижването.
- Само динамичното натоварване има анаболен ефект върху костната тъкан. Натоварвания с по-малка сила, но с по-голяма цикличност, т.е. прилагани по-дълго време, имат същия ефект, като големи натоварвания, прилагани за кратко време.
- Костните клетки най-силно реагират на отклонения от нормалното натоварване, на което са подложени. Рядко повтарящите се натоварвания, изпитвани по време на необичайни дейности, е по-вероятно да стимулират остеогенезата, отколкото обичайните натоварвания при нормална активност. Колкото по-необичайно е разпределението на натоварването в определен костен участък, толкова по-голям е неговия потенциал за увеличаване костната плътност на това място. Колкото и да са продължителни, статичните натоварвания (напр. стоенето прав), не допринасят за увеличаване на костната маса.
- Абсолютната липса на движение предизвиква костна загуба. В случаите, когато е невъзможно да се избегне имобилизацията (поради болест), даже краткотрайни антигравитационни раздвижвания помагат да се намали или забави костната загуба.
- Антигравитационните упражнения с по-висока интензивност (скокове или скачане на въже) водят до натрупване на по-голямо количество костна маса от тези със средна или ниска интензивност, или от упражненията за издръжливост (напр. бързо ходене, вдигане на тежести). Последните, обаче, имат своята роля за подобряване на костното здраве, като увеличават мускулната маса и сила, подобряват равновесието и координацията на движенията. Те са идеалната профилактика срещу паданията при възрастни хора. От друга страна упражненията за издръжливост са от голямо значение за профилактиката на затлъстяването, диабета и ССЗ.
- Не е необходимо антигравитационните упражнения с по-висока интензивност (подскачане, скачане на въже) да бъдат с голяма продължителност – 5-10 минути дневно са достатъчни. Ако се правят упражнения за вдигане на тежести или ходене/джогинг, за да се постигне същият положителен ефект върху скелета се изисква по-голяма продължителност – съответно 10-15 и 30-40 минути дневно.

Основно правило е такава продължителност да се достига прогресивно, т.е в началото се изпълняват по-леки упражнения (по-малки тежести, ходене) с по-малко времетраене, като след това времето и интензитетът на натоварването се увеличават с не повече от 10% на седмица.

- Двигателни програми, включващи упражнения с разнообразни натоварвания (аеробика), имат по-изразен остеогенен ефект от такива с еднообразни или регулярни натоварвания (бягане).
- Прекратяването на определен двигателен режим има за резултат намаляване на костната маса и плътност до нивото от преди неговото начало. Често, поради липса на мотивация или интерес, хората спират да прилагат програми от еднообразни упражнения. За да може една програма да се спазва по-дълго, са необходими разнообразие и редуване на различни типове упражнения.

Децата и юношите трябва да бъдат ангажирани, за предпочитане ежедневно, най-малко с 60-минутна умерена до интензивна двигателна активност (табл. 3).

“АНТИГРАВИТАЦИОННА” ДВИГАТЕЛНА АКТИВНОСТ ЗА ДЕЦА И ЮНОШИ

• Бягане
• Гимнастика (спортна и художествена)
• Скокове и скачане на въже
• Танци (особено български народни танци)
• Аеробика
• Ракетни спортове (тенис, федербал)
• Летни и зимни кънки
• Волейбол, баскетбол, хокей, бейзбол
• Туризм

Интервенционните програми в училищна възраст трябва да бъдат насочени към разнообразни упражнения, натоварващи всички големи мускулни групи. Растящите кости трябва да бъдат стимулирани с богата гама необичайни движения, натоварващи скелета с достатъчна интензивност. Антигравитационното натоварване при гимнастиката, скоковете, скачането на въже, е по-ефективно от програмите по плуване, ходене или джогинг.

ИМУНИЗАЦИОНЕН КАЛЕНДАР НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

(Наредба № 15 от 12 май 2005 г. за имунизациите в Република България. Издадена от Министерството на здравеопазването. Обн. ДВ. бр. 45 от 31.05.2005 г., изм. ДВ. бр. 82 от 10.10.2006 г., изм. ДВ. бр. 5 от 18.01.2007 г., изм. ДВ. бр.106 от 14.12.2007 г., изм. ДВ. бр.57 от 24.07.2009 г., изм. и доп. ДВ. бр. 77 от 09.10.2012 г., изм. и доп. ДВ. бр. 47 от 28.05.2013 г.)

Навършена възраст	Имунизация против	Ваксина	Начин на приложение
През първите 24 часа след раждането	Имунизация против хепатит тип В (I прием)	Рекомбинантна хепатит В ваксина	мускулно, 0,5 мл
От 48-ия час след раждането	Имунизация против туберкулоза	БЦЖ ваксина	вътрекожно, 0,1 мл
Първи месец	Имунизация против хепатит тип В (II прием)	Рекомбинантна хепатит В ваксина	мускулно, 0,5 мл
Втори месец *	Имунизация против полиомиелит, дифтерия, тетанус, коклюш, хемофилус инфлуенце тип В (I прием)	Комбинирана петкомпонентна ваксина срещу дифтерия, тетанус, коклюш с ацелуларна компонента, инактивирана полиомиелитна ваксина, конюгирана ваксина срещу хемофилус инфлуенце тип В	мускулно, 0,5 мл
	Имунизация против пневмококи (I прием)	Конюгирана пневмококова ваксина	мускулно, 0,5 мл
Трети месец *	Имунизация против полиомиелит, дифтерия, тетанус, коклюш, хемофилус инфлуенце тип В (II прием)	Комбинирана петкомпонентна ваксина срещу дифтерия, тетанус, коклюш с ацелуларна компонента, инактивирана полиомиелитна ваксина, конюгирана ваксина срещу хемофилус инфлуенце тип В	мускулно, 0,5 мл
	Имунизация против пневмококи (II прием)	Конюгирана пневмококова ваксина	мускулно, 0,5 мл
Четвърти месец *	Имунизация против полиомиелит, дифтерия, тетанус, коклюш, хемофилус инфлуенце тип В (III прием)	Комбинирана петкомпонентна ваксина срещу дифтерия, тетанус, коклюш с ацелуларна компонента, инактивирана полиомиелитна ваксина, конюгирана ваксина срещу хемофилус инфлуенце тип В	мускулно, 0,5 мл
	Имунизация против пневмококи (III прием)	Конюгирана пневмококова ваксина	мускулно, 0,5 мл

Шести месец	Имунизация против хепатит тип В (III прием)	Рекомбинантна хепатит В ваксина	мускулно, 0,5 мл
Седми месец	Проверка за белег след БЦЖ имунизацията. На децата без белег се прави проба Манту (5 МЕ ППД) и отрицателните се имунизират	БЦЖ ваксина	вътрекожно, 0,1 мл
Дванадесет месеца *	Реимунизация против пневмококи, не по-рано от 6 месеца след третия прием (IV прием)	Конюгирана пневмококова ваксина	мускулно, 0,5 мл
Тринадесет месеца	Имунизация против морбили, паротит и рубеола	Триваксина морбили-паротит-рубеола	подкожно или мускулно, 0,5 мл
Шестнадесет месеца (не по-рано от една година след III прием) *	Реимунизация против полиомиелит, дифтерия, тетанус, коклюш, хемофилус инфлуенце тип В (IV прием)	Комбинирана петкомпонентна ваксина срещу дифтерия, тетанус, коклюш с ацелуларна компонента, инактивирана полиомиелитна ваксина, конюгирана ваксина срещу хемофилус инфлуенце тип В	мускулно, 0,5 мл
Шест години	Реимунизация против полиомиелит, дифтерия, тетанус и коклюш (V прием)	Комбинирана четрикомпонентна ваксина срещу дифтерия, тетанус, коклюш с ацелуларна компонента и инактивирана полиомиелитна ваксина	мускулно, 0,5 мл
Седем години	Реимунизация против туберкулоза (след отрицателна проба Манту)	БЦЖ ваксина	вътрекожно, 0,1 мл
Единадесет години	Реимунизация против туберкулоза (след отрицателна проба Манту)	БЦЖ ваксина	вътрекожно, 0,1 мл
Дванадесет години	Реимунизация против морбили, паротит и рубеола	Триваксина морбили-паротит-рубеола	подкожно или мускулно, 0,5 мл
	Реимунизация против тетанус и дифтерия	ТД ваксина	мускулно, 0,5 мл
Седемнадесет години	Реимунизация против тетанус и дифтерия	ТД ваксина	мускулно, 0,5 мл
	Реимунизация против туберкулоза (след отрицателна проба Манту)	БЦЖ ваксина	вътрекожно, 0,1 мл

От 25-ата година през 10 години	Реимунизация против тетанус и дифтерия	ТД ваксина	мускулно, 0,5 мл
------------------------------------	---	------------	---------------------

* В сила от 01.04.2010 г. (Преходни и Заключителни разпоредби, § 13 на Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 15 за имунизациите в Република България (ДВ. бр. 45/2005 г.), обн. в ДВ. бр. 57 от 24.07.2009 г.)

* До 01.04.2010 г. задължителните имунизации и реимунизации против полиомиелит, дифтерия, тетанус, коклюш ще се извършват с ДТК ваксина с целоклетъчна компонента и с тривалентна инактивирана полиомиелитна ваксина (Преходни и Заключителни разпоредби, § 14 на Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 15 за имунизациите в Република България (ДВ. бр. 45/2005 г.), обн. в ДВ. бр. 57 от 24.07.2009 г.)

ОРГАНИ ЗА ЗАКРИЛА НА ДЕТЕТО

Държавна агенция за закрила на детето

1. Отдели за закрила на детето към Дирекции “подпомагане”

Отдели за закрила на детето (ОЗД) към дирекциите “Социално подпомагане” (ДСП) в градовете		Отдели за закрила на детето към дирекциите “Социално подпомагане” на територията на София град	
Благоевград	073/ 85-443	Сердика	02/ 936-05-47
Бургас	056/ 84-52-97	Връбница	02/ 36-21-92
Варна	052/ 30-64-64	Лозенец	02/ 65-11-79
Велико Търново	062/ 60-00-19	Възраждане	02/ 929-26-53
Видин	094/ 60-16-41	Красно село	02/ 952-06-18
Враца	092/ 65-243	Оборище	02/ 945-53-14
Габрово	066/ 25-595	Слатина	02/ 973-35-96
Добрич	058/ 27-739	Младост	02/ 974-41-78
Кърджали	0361/ 62-608	Люлин	02/ 927-27-69
Кюстендил	078/ 52-039		
Ловеч	068/ 24-498		
Монтана	096/ 45-179		
Пазарджик	034/ 44-59-29		
Перник	076/ 60-38-65		
Плевен	064/ 80-01-12		
Пловдив	032/ 64-39-64		
Разград	084/ 26-948		
Русе	082/ 82-02-52		
Силистра	086/ 22-739		
Сливен	044/ 25-318		
Смолян	0301/ 28-956		
Стара Загора	042/ 60-54-82		
Търговище	0601/ 62-634		
Хасково	038/ 66-47-42		
Шумен	054/ 61-354		
Ямбол	046/ 62-721		

Горещи линии за помощ и подкрепа на деца и юноши

София град – община Триадица (02) 958-50-00

Благоевград (073) 177

Денонощна гореща телефонна линия за жени, юноши и деца, преживели насилие

(02) 981-76-86

Български червен кръст, телефони на доверието:

София
(02) 963-24-44

Пловдив
(032) 61-51

Русе
(082) 23-60-00

Ямбол
(046) 32-904

**Неправителствени организации, работещи с деца,
пострадали от насилие**

Име на организацията	Седалище	Проект	Цели	Целева група
1. Фонд “Спасете децата”	София ул. Иван Вазов 38 тел. 02/ 986 52 52 e-mail: scfsofia@sf.icn.bg	Гореща телефонна линия за деца и юноши	Устойчива, професионална, 24 часова гореща линия и организиране на съпътстващи дейности с целевата група.	Деца - жертви на насилие или застрашени от посегателство
2. Фондация “Български джендър изследвания”	София 1142 ул. Любен Каравелов 12, ет.4 тел./факс: 02/ 980 88 01 02/ 989 73 08 e-mail: bgrf_jiv@inet.bg	Култивиране на осъзнато ненасилствено поведение сред момчетата и мъжете, чрез обучение в средното училище и създаване на консултативен център за мъже с насилствено поведение	Борба срещу насилственото поведение сред момчетата и мъжете.	Момчета и мъже
3. Фондация “Асоциация Анимус”	София 1000 ул. Славянска 30, ет.4 тел/факс: 02/ 981 67 40 02/ 987 31 98 02/ 981 05 70 e-mail: animus@ttm.bg animus@animusassociation.org www.animusassociation.org	Програма за кризисна интервенция и кризисно настаняване	Програми за жени и юноши, преживели насилие	Жени, оцелели от трафик с цел насилствена проституция и преживели насилствен инцидент
		Център за възстановяване на жени, юноши и деца преживели насилие Срок: постоянен	- 24 часова гореща телефонна линия; - кризисно звено, програма за жени, преживели домашно или сексуално насилие; - за жени и девойки оцелели от трафик; - социална програма; - програма за юноши и девойки и техните семейства, свидетели и преживели насилие; - програма за детските градини; - терапевтична програма за двойки с проблем насилие	Девойки и жени, преживели насилие

4. “Център Надя” - за жени преживели насилие	София 1000 ул. Георги Бенковски 12 А тел. 02/ 981 93 00 факс: 02/ 989 41 74 e-mail: nadja@cablebg.net	Създаване на Център за деца, жертви на домашно насилие	Превенция на насилието над дете в семеен контекст	Учители, социални работници, юристи, педагогически съветници
			Предотвратяване насилието над децата под формата на експлоатация, злоупотреба и пренебрегване	
		Програма от грижи за деца пострадали от насилие	Предоставяне на алтернативна подкрепа за деца и юноши, пострадали от насилие в отношенията си	Деца и юноши пострадали от насилие
5. Българска асоциация на социалните работници (БАСР)	София ул. Добруджански край 1 тел. 02/ 952 05 88	Голям брат/ голяма сестра	Предоставяне на деца в риск алтернатива за приятелство и подкрепа в трудни моменти – метод на социална рехабилитация	9-15 годишни деца в риск и 18-годишни доброволци, консултанти
6. Сдружение “Пренебрегнати деца”	София 1000 бул.”Княз Ал.Дондуков” 5, вх.3, ет.8, ап.27 тел./факс: 02/ 980 37 85 e-mail: neglchildren@yahoo.com	Грижи за деца и юноши, пострадали от насилие или живеещи в семейства с домашно насилие “Превенция на насилието, наркоманиите и престъпността в ранна ученическа възраст	Създаване на емоционален и социален стабилитет на детето – свидетел; развиване на личностните качества и компетенции на доброволците. Развиване на способността на детето да се справя само в критични ситуации. Лекции по проблема насилие с цел предпазване на децата от наркоманна зависимост и престъпни деяния.	Уязвими деца/ деца с един родител, от семейства в криза или насилени от свои връстници Ученици от 1 до 5 клас
7. Сдружение “Гаврош”	Варна 9002 ул. Войнишка 3 А тел/факс: 052/ 300 229 e-mail: gavroche@vega.bg	Летни лагери за деца, претърпели насилие Дългосрочна програма	Подпомагане на децата да преодолеят негативния ефект от преживяна травма. Обучение в значими теми за деца, преживели насилие – лични граници, безопасно докосване и др.	Деца, преживели насилие от домовете

<p>8. Сдружение “Икар”</p>	<p>Хасково 6300 ул. Отец Паисий 23 тел. 038/ 3 61 70 048 85 70 88 e-mail: ikar@haskovo.spnet.net</p>	<p>Програма за превенция на домашното насилие над деца</p>	<p>Разкрита гореща телефонна линия, за консултации на деца, пострадали от домашно насилие. Обучение на ученици, социални работници, педагогически съветници, медицински лица и доброволци за това как да помагат и разпознават дете, жертва на домашно насилие.</p>	
<p>9. Фондация “Мисия без границы”</p>	<p>София 1000 ул. Уилям Гладстон 20-22, ап. 6 тел. 02/ 988 83 32 факс: 02/ 981 04 82 e-mail: tessie@mail.prosoft.bg</p>			
<p>10. Фондация “Социален консултативен център”</p>	<p>Самоков 2000 пл. Захари Зограф, ет.2, ст.8 тел/факс: 0722/ 6 60 85 e-mail: sacf@infotel.bg</p>			

**Списък на юридическите лица с нестопанска цел,
работещи по закрила на детето**

НПО	Адрес E-mail	Телефон/ факс	Лица за контакт
1. Всяко Дете /Every Child/	София 1000, ул. Юрий Венелин 22 everychild@evrotur.net	02/ 980 70 58, 02/ 981 41 18	Иванка Ганозова – Изп. директор Програма в България
2. Фонд “Спасете децата”	София, ул. Иван Вазов № 38 scfsofia@tusk.ick.bg www.scukbulgaria.org	02/ 986 52 52, 02/ 981 49 58 факс: 02/ 988 14 76	Робърт Мангъм Програмен директор Таня Ковачева – Зам. прогр. директор
3. Български национален комитет за УНИЦЕФ	София 1606, ул. Пенчо Славейков № 18 Б unicefbg@techno-link.bg	тел./факс: 02/ 951 54 04 02/ 953 24 94, 02/ 951 69 61	Доц. д-р Здравко Попов Председател Жечка Караславова Изпълнителен директор
4. Сдружение “Гаврош”	Варна 9002, ул. Войнишка 3А, gavroche@vega.bg	052/ 300 229	Мария Прохаска – Николова Председател на УС
5. Фондация ”Асоциация Анимус”	София 1000, ул. Славянска 30 animus@ttm.bg; animus@animusassociation.org www.animusassociation.org	тел./факс: 02/ 981 67 40 02/ 987 31 98; 02/ 981 16 07	Надежда Стойчева Съпредседател
6. Фондация “Развитие на детето и семейството”	София 1000, ул. Гр. Игнатиев 15 def@bulinfo.net	тел./факс: 02/ 980 48 17 088 53 19 08	Хариета Емануилова Председател
7. Фондация “Социален Консултативен Център”	Самоков 2000, пл. Захари Зограф, ет. 2, ст. 8 sacf@infotel.bg	тел./ факс: 0722/ 6 60 85	Снежана Георгиева Изпълнителен директор
8. Българска асоциация на социалните работници – БАСР /Копсис/	София, ул. Мургаш 1 /временен/ azhecheva@abv.bg	02/ 943 57 05 087 98 33 94, 02/ 989 07 13	Анета Жечева Председател
9. Сдружение ”Защита на децата”	София 1000, ул. Гр. Игнатиев 10 А	02/ 980 20 38	Проф. М. Моллова – Председател Д. Михайлова – Секретар
10. Фондация “Кеър Интернешънъл - България”	София, бул. Витоша 53 Б carebg@techno-link.com	тел./факс: 02/ 980 77 23; 02/ 980 87 25	Огнян Друмев

11. Фондация “Психологическа подкрепа“	София, офис-център “Триадица”, ул. Триадица 6, ст. 511 kubratovag@yahoo.com www.psf.orbitel.bg	02/ 974 60 25	Галина Кубратова Председател
12. Асоциация “Детство за децата“	Бургас 8000, ул. Пробуда 1, ет. 3	тел./факс: 056/8 10 07	Росица Райчева И.д. Председател
13. Тинърс клуб – средище за работа с подрастващите	София, бул. Джеймс Баучер 99-101 mtb@sigma-bg.com	02/ 962 21 94; факс: 02/ 955 98 65	Мариела Баева
14. Сдружение ”Пренебрегнати деца”	София 1000, бул. Княз Ал. Дондуков 5 neglchildren@yahoo.com	тел./факс: 02/ 980 37 85 089/ 47 20 69	Лидия Загорова Председател
15. Асоциация “Наши деца“	София 1113, ул. ”Александър фон Хумболт” 24, вх. А, ап. 10	02/ 725 837	Ирина Георгиева Председател
16. Фондация “Център за Надежда“	София 1000, ул. Гр. Игнатиев 6, ет.3 gavrilov@bgnet.bg; zoja@bgnet.bg	02/ 946 41 80 факс: 02/ 989 92 85	Силви Гаврилов, Зоя Трифонова Председатели
17. Български Младежки Червен Кръст	София 1417, ул. Джеймс Баучер 76 youth@redcross.bg	тел./факс: 02/ 65 61 39	Христо Паунов – Председател Йордан Танковски – Н-к Управление БМЧК
18. Сдружение “Шанс-1” гр. Тетевен	Тетевен 5700, ул. Иван Вазов 65 chance@mail.bg	0678/ 58 45; 55 26; 57 28	Бригита Златарова – Координатор проекти
19. Сдружение “Икар”	Хасково 6300, ул. Отец Паисий 23 ikar@haskovo.spnet.net	038/ 3 61 70 048 85 70 88	Димо Стоянов – Председател А. Станчева – Изп. директор
20. Сдружение “За доброто на децата”	Стара Загора 6000, кв. Три чучура, бл. 27, вх.А, ап. 40, п.к. 1100	042/ 5 83 08 088/ 23 93 19	Николай Николаев Радост Димитров
21. Сдружение за педагогическа и социална помощ за деца ФИЦЕ – България	София 1404, ул. Хайдушка гора 147, вх. 1, ет. 6, ап. 26 ficebg@prolink.bg	02/ 950 17 10, 36 97 90/102 тел./факс: 02/ 950 17 11	Дашенка Ташкова – Председател
22. Сдружение “Първи юни”	Бяла Слатина, обл. Враца, ул. Марица 14 sdjuf@dbv.bg	089 884445	Наталия Костадинова – Председател
23. Сдружение “Децата и юноши”	София 1220, жк. Надежда 2, ул. Свободна 30 children_youth@abv.bg	тел./факс: 02/ 936 05 35	Мариана Писарска Изп. директор

24. Национален институт по комуникативни и личностни проблеми в развитието	София 1700, Студентски град, бл. 7А, ап. 43 nicpdp@abv.bg popzlatevatz@abv.bg	02/ 962 40 36 032/ 27 40 53	Доц. Д-р Цанка Попзлатева – Председател
25. “Международна социална служба – България”	Велико Търново, бул. България 24 mss_iss@iss-bg.org; www.issg.org	062/ 600 038 факс: 062/ 601 102	Таня Дървенова – Грънчарова Изпълнителен директор
26. НКФ “Каритас България”	София 1504, ул. Оборище 9 caritas.bulgaria@caritas-bg.org	факс: 02/ 946 11 33 тел.: 02/ 944 18 58; 02/ 944 18 73	Емануил Паташев Генерален секретар Велика Колева – Изп. директор

ЛИТЕРАТУРА

1. Глигоров Вл., Й. Първанова, Я. Иванова. *Работни листи. Проект «Обществена програма за превенция на употребата на наркотици и утвърждаване на здравословен начин на живот сред младите хора»*. Тримбос институт, 2006.
2. *Годишен доклад на Министъра на здравеопазването за състоянието на здравето на гражданите и изпълнението на Националната здравна стратегия през 2011 г.* РБ, МЗ, С. 2012, сс 193. Достъпен на: <http://ncpha.government.bg/files/Doklad%20Zdrave%20na%20naciata%202009.pdf>
3. Дойчинова А., А. Манолова. *Фамилната обремененост като фактор за повишено артериално налягане при ученици със затлъстяване и нормална телесна маса*. Педиатрия, XXXVIII, 3, 1998.
4. *Доклад за здравето на нацията в началото на 21 век. Анализ на провежданата реформа в здравеопазването*. Република България, МЗ, 2004.
5. *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе*, Копенхаген, 2002.
6. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире*, Женева, 2002.
7. Дянкова И., Г. Котаров. *Ръководство за профилактика на злоупотребата с алкохол в условията на първичната медицинска практика*. МЗ, СИНДИ, 2006.
8. Иванова Л., К. Ангелова, Н. Василевски. *Хранене и хронични неинфекциозни болести. Общи принципи за добра профилактична практика по проблемите на храненето в зоните на програма СИНДИ*. С., НЦООЗ, 2004.
9. *Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями*. ВОЗ, Европейское региональное бюро, Копенхаген, 2006.
10. Манолова А, Димитров Пл. *Ръководство за добра практика за медицинските специалисти относно оценка и контрол на риска при пушачи*. ПРОЕКТ BG051PO001-5.3.01-0001-C0001. „Информирани и здрави”. МЗ, 2013, сс:60
11. Манолова А, Цолова Г, Димитров П. *Детерминанти на тютюнопушенето при българските ученици*. Българско списание за обществено здраве 2010, 2, 2: 40-49
12. Манолова А. и кол. *Изследване на рисковите фактори за повишено артериално налягане в юношеска възраст – Модели на влияние*. В сборник: “Ученическо здравеопазване в новите условия”. Изд. СБУ, “Професионална библиотека”, 5, 2001.
13. Манолова А. *Разпространение на тютюнопушенето в училищна възраст – сравнителен анализ на Резултатите от “Глобално проучване на тютюнопушенето при младите хора”, България 2002 и 2008 г.* Българско списание за обществено здраве 2009, 1, 2: 70-77
14. *Моето здраве, моето училище. Ръководство за утвърждаване на здраве в училище*. Под ред. на Лидия Георгиева и Джейн Чембърс. PHARE Partnership and Institution Building Programme European Commission, 1997.

15. *Национален план за действие „Храни и хранене” 2005-2010. МЗ, 2005*
16. *Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца 0-18 г. в България, 2009-2014 г. www.strategy.bg/FileHandler.ashx?fileId=786*
17. *Петрова С, Дулева В, Рангелова Л, Димитров Пл, Байкова Д, Константинова М. Мониторинг на хранителния статус на населението в България. Разпространение и тенденции на затлъстяването и поднорменото тегло. Наука диететика.2012, 2:18-29*
18. *Ръководство за добра практика на общопрактикуващите лекари в областта на профилактиката на болестите. Под ред. на Н. Василевски и Б. Тулевски, програма СИНДИ, 2002.*
19. *Цолова Г, Василевски Н, Манолова А. Двигателна активност и наднормена телесна маса в училищна възраст. Сб. доклади от Международната научна конференция «Актуални проблеми на физическата култура» София, 14-15.12.2006. Спорт и наука. 2007, Извънреден брой 1: 494-499*
20. *Цолова, Г., Н. Василевски, П. Димитров, А. Манолова. Изследване на факторите на риска за хронични неинфекциозни болести сред ученици на 14-18 г. в зоните на програма СИНДИ, 2008. Българско списание за обществено здраве, том 2, кн. 3(2), 2010, 35-59.*
21. *Чилева А. Европейски училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици (ESPAD) 2011. Достъпен на http://ncpha.government.bg/files/ESPAD_2012.pdf*
22. *Шипковенска Е. Сърдечносъдов риск. Проблем с много неизвестни.С., 2004.*
23. *Шпангенберг Ст. Здравни изисквания към обучението. Модел на Съвременното училище. 2005, С. изд. Авангард. 273 с.*
24. *About the National Fruit & Vegetable Program and Web site. National Fruit & Vegetable Program Web site. <http://www.fruitsandveggiesmatter.gov/qa/index.html#1>. Accessed February 2, 2009.*
25. *American Heart Association, 2002. Heart and Stroke Statistical Update. 2002.*
26. *Barlow SE, Bobra SR, Elliott MB, Brownson RC, Haire-Joshu D. Recognition of childhood overweight during health supervision visits: does BMI help pediatricians? Obesity Res 2007;15:225-32.*
27. *Benzian H. Revitalizing school health programs worldwide. Compend Contin Educ Dent. 2010 Oct;31(8):580-2.*
28. *Blood Pressure in Children and Adolescents. The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Pediatrics 2004;114:555-576*
29. *Bone Health and Osteoporosis: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2004. Available at: <http://www.surgeongeneral.gov/library/bonehealth/content.html>.*

30. Borzecki A, Lukawski K, Robak L, Borzecka H, Sieklucka-Dziuba M: *Causes and circumstances of injuries in children. Ann Univ. Mariae Curie Skłodowska Med* 2002, 57(1):421-425.
31. Candeias V, Armstrong TP, Xuereb GC. *Diet and physical activity in schools: perspectives from the implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health. Can J Public Health.* 2010;101 Suppl 2:S28-30. English, French.
32. Chabot G, Godin G, Gagnon MP. *Determinants of the intention of elementary school nurses to adopt a redefined role in health promotion at school. Implement Sci.* 2010 Nov 26;5(1):93.
33. Christina McWilliams, Sarah C. Ball, Sara E. Benjamin, Derek Hales, Amber Vaughn. *Best-Practice Guidelines for Physical Activity at Child Care. Pediatrics* 2009;124;1650-1659;
34. Currie C. et al. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001-2002 survey. Copenhagen, WHO regional Office for Europe, 2004.*
35. Dana E. King, Arch G. Mainous III, Mark Carnemolla, Charles J. Everett. *Adherence to Healthy Lifestyle Habits in US Adults, 1988-2006. The American Journal of Medicine* (2009) 122, 528-534
36. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, O'Loughlin J, Pbert L, Ockene JK, McNeill AD, Jennifer Hazelton J, Friedman K, Dussault G, Wood C, Wellman RJ. *Symptoms of Tobacco Dependence After Brief Intermittent Use. The Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth-2 Study. Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161(7):704-710
37. Eaton, D.K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W.A. *Youth risk behavior surveillance - United States, 2009. Surveillance summaries : MMWR.* 2010. CDC 59 (5): 1-142
38. Edwards SP, Green J, Lachowycz K, Grundy C, Roberts I: *Serious injuries in children: variation by area deprivation and settlement type. Arch Dis Child* 2008, 93:485-489.
39. *European Network of Health Promoting Schools. Copenhagen, WHO regional Office for Europe, 2004.*
40. Fleming LC, Jacobsen KH. *Bullying among middle-school students in low and middle income countries. Health Promot Int.* 2010 Mar;25(1):73-84.
41. Flower KB, Perrin EM, Viadro CI, Ammerman AS. *Using body mass index to identify overweight children: barriers and facilitators in primary care. Ambul Pediatr* 2007;7:38-44.
42. Glew GM, Fan MY, Katon W, Rivara FP. *Bullying and school safety. J Pediatr.* 2008 Jan;152(1):123-8, 128.e1. Epub 2007 Oct 22.
43. HEALTHY Study Group, Foster GD, Linder B, Baranowski T, Cooper DM, Goldberg L, Harrell JS, Kaufman F, Marcus MD, Treviño RP, Hirst K. *A school-based intervention for diabetes risk reduction. N Engl J Med.* 2010, 29;363(5):443-53.

44. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, et al. *The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Available at: www.espad.org
45. Johnson JL, Eaton DK, Pederson LL, Lowry R. Associations of trying to lose weight, weight control behaviors, and current cigarette use among US high school students. *J Sch Health*. 2009 Aug;79(8):355-60.
46. Kaleta D, Jegier A. Occupational energy expenditure and leisure physical activity. *Int J Occup Med Environ Health* 2005;18:351–6.
47. Koning IM, Engels RCME, Verdurmen JEE ET AL. Alcohol-specific socialization practices and alcohol use in Dutch early adolescents *Journal of Adolescence* 33 (2010) 93–100
48. Konstantinova M., S. Petrova, L. Rangelova, et al. Association between Body Mass Index and waist circumference in Bulgarian children and adolescents aged 6 – 18 years. *Obesity facts* 2012; Vol.5 (1): 246
49. Laaksonen M, McAlister AL, Laatikainen T, Drygas W, Morava E, Nu"ssel E, et al. Do health behaviour and psychosocial risk factors explain the European East–West gap in health status? *Eur J Public Health* 2001;11:65–73.
50. Lee IM, Paffenbarger Jr RS. Associations of light, moderate and vigorous intensity physical activity and longevity. *The Harvard Alumni Health Study*. *Am J Epidemiol* 2000;151:293–9.
51. Malta DC, Souza ER, Silva MM, Silva Cdos S, Andreazzi MA, Crespo C, Mascarenhas MD, Porto DL, Figueroa AL, Morais Neto OL, Penna Gde O. Violence exposures by school children in Brazil: results from the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE). *Cien Saude Colet*. 2010;15 Suppl 2:3053-63.
52. Manolova A, Tsoleva G, Kotarov G. Smoking patterns in Bulgarian schools. Results from the Global School Personnel Survey. *Archives of the Balkan Medical Union*. 2007, 42, 1: 34-39
53. Martin SB, Ede A, Morrow JR Jr, Jackson AW. Statewide physical fitness testing: perspectives from the gym. *Res Q Exerc Sport*. 2010;81(3 Suppl):S31-41.
54. Melissa A. Napolitano, George D. Papandonatos, Beth A. Lewis, Jessica A. Whiteley, et al. Mediators of physical activity behavior change: A multivariate approach. *Health Psychol*. 2008 July ; 27(4): 409–418. doi:10.1037/0278-6133.27.4.409.
55. Monge et al. Obesity in the developing world. To be published in: Coballero B. and Popkin B. *Nutrition Transition: Diet-Related Diseases in the Modern World*, 2000.
56. Morrison CT. "What would you do, what if it's you?" Strategies to deal with a bully. *J Sch Health*. 2009 Apr;79(4):201-4. No abstract available.
57. Morrison JA, Friedman LA, Wang P, Glueck CJ. metabolic syndrome in childhood predicts adult metabolic syndrome and type 2 diabetes mellitus 25 to 30 years later. *J Pediatr* 2008;152:201-6.
58. Petrova S, Rangelova L, M. Konstantinova, et al. Prevalence of overweight and obesity in Bulgarian schoolchildren: comparison of Cole standards with WHO Reference for

- Body Mass Index. Obesity facts 2012; Vol.5 (1): 236*
59. Petrova S., V. Duleva, L. Rangelova, et al.. *Relationship between Body Mass Index and waist circumference with dietary intake and physical activity in Bulgarian school-children aged 6-18 years. Obesity facts 2013; Vol.6 (1): 225*
 60. Perrin, E.M., Boone-Heinonen, J., Field, A.E., Coyne-Beasley, T., Gordon-Larsen, P. *Perception of overweight and self-esteem during adolescence. International Journal of Eating Disorders. 2010 43 (5), pp. 447-454 0*
 61. *Prevention in primary care. Recommendation for promoting good practice, WHO. Regional office for Europe, Copenhagen, 1995.*
 62. Rivers I, Noret N. *Participant roles in bullying behavior and their association with thoughts of ending one's life. Crisis. 2010;31(3):143-8*
 63. Ross SW, Horner RH. *Bully prevention in positive behavior support. J Appl Behav Anal. 2009;42(4):747-59.*
 64. Shannon M. Suldo, Stephanie Mihalasa, Heather Powella, Rachel Frencha. *Ecological Predictors of Substance Use in Middle School Students. School Psychology Quarterly. Volume 23, Issue 3, September 2008, Pages 373-388*
 65. Spady DW, Saunders DL, Schopflocher DP, Svenson LW: *Patterns of injury in children: a population based approach. Pediatrics. 2004, 113:522-529.*
 66. Spector ND, Kelly SF. *Pediatrician's role in screening and treatment: bullying, prediabetes, oral health. Curr Opin Pediatr. 2006 Dec;18(6):661-70. Review.*
 67. Steinberger J., S. Daniels. *Obesity, insuline resistance, diabetes and cardiovascular risk in children. Circulation 2003.*
 68. Sun SS, Liang R, Huang TTK, et al. *Childhood obesity predicts adult metabolic syndrome: the Fels Longitudinal Study. J Pediatr 2008;152: 191-200.*
 69. *The ESPAD Report 2011. Alcohol and other drug use among students in 35 European Countries. The Swedish Council for information on alcohol and other drugs, Stockholm, 2011.*
 70. *The European Health Report 2002. Public health action for healthier children and populations.. WHO, 2002.*
 71. *The European Health Report 2005. Public health action for healthier children and populations. WHO, 2005.*
 72. *US Preventive Services Task Force. Screening and Interventions for Overweight in Children and Adolescents: Recommendation Statement. Pediatrics 2005;116;205-209*
 73. Wanda Zenzen, Suha Kridli. *Integrative Review of School-based Childhood Obesity Prevention Programs. Journal of Pediatric Health Care 2009, 23 (4): 242-258*
 74. Whitehead D. *The health-promoting school: what role for nursing? J Clin Nurs. 2006 Mar;15(3):264-71.*

