

ПЛАН ЗА ЗАСИЛВАНЕ НА РОЛЯТА НА ЗДРАВНО ОБРАЗОВАНИЕ В БЪЛГАРСКОТО УЧИЛИЩЕ

1. ЗАЩО Е НЕОБХОДИМО ЗДРАВНО ОБРАЗОВАНИЕ?

Здравето на човек е резултат не само от неговите физически дадености, семейна среда, норми и традиции, но от конкретното му поведение, което се изгражда под въздействие на натрупаните знания, изградените умения и нагласи, и позициите на значимите хора. Здравето, разбирано като пълно физическо, психическо и социално благополучие на човека, а не само отсъствие на болест или увреждане (съгласно определението на Световната здравна организация.) е задача както на семейството, така и на училището и обществото.

Целта на системата на училищното образование е да осигури равен достъп до качествено образование с оглед развитие в максимална степен на потенциала на всяко дете и ученик, постигане на ключовите компетентности и подготовка за пълноценна личностна и социална реализация. Заедно с това, както и във връзка с осигуряване на най-благоприятни възможности и условия за учене, е необходимо училището да си постави за цел постигане на цялостно физическо, психическо и социално благополучие на всяко дете и ученик.

Училището е отговорно не само за опазване на здравето на децата и младите хора, но и за изграждане на система от знания, умения и позитивни нагласи за здравословно поведение у всеки ученик. Ето защо психическото и физическото благополучие трябва да станат една от задачите на общообразователната подготовка.

Системата на училищното образование, наред с възможностите за възпитание в демократично гражданство, патриотизъм, зачитане на законите на страната и уважение към правата и свободите на другите, трябва да подпомага децата и младите хора в избора им на здравословен начин на живот, базиран на система от жизненоважни умения, свързани с физическото, психичното и емоционално здраве и социалното благополучие.

Световната здравна организация определя жизненоважните умения като серия от психосоциални компетентности и междуличностни умения, които помагат на хората да вземат информирани решения, да решават проблеми, да мислят критично и креативно, да общуват ефективно, да изграждат здравословни отношения, да са съпричастни с другите, да се справят с трудностите и да управляват живота си по здравословен и продуктивен начин. Макар, че здравното образование към момента е основна част от ключовите компетентности, които следва да предоставя българското училище, съществуват редица предизвикателства в отговор на потребностите на младите хора от изграждане на жизненоважни умения и което е по-съществено – по посока на подготовката на българските учители за осъществяване на образователен процес, фокусиран върху личностното и социално развитие на учениците.

2. ИСТОРИЧЕСКО РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВНОТО ОБРАЗОВАНИЕ В БЪЛГАРИЯ

До средата на 80-те години в България се развива и осъществява здравна просвета със средище Националният център по здравна просвета (НЦЗП). Основно дейността е насочена към осигуряване на здравна информация чрез отпечатване на огромен брой информационни материали – листовки, брошури и плакати, както и чрез лекции от специалисти. Изследванията показват, че този екстензивен подход е не особено ефективен.

В периода 1987 - 1991 г., екип от млади специалисти - лекари, сексолози и психолози, започва да развива иновативен и значително по-ефективен подход чрез разработване, въвеждане и оценяване на първите две национални здравно образователни програми, насочени към развитие на знания, нагласи и умения за сексуално и репродуктивно здраве, създадени в рамките на Националната програма по СПИН към Медицинска академия и Министерство на здравеопазването (МЗ): „СПИН зависи от теб и от мен“ и „В света на интимното“.

Програмите се базират на нови, интерактивни методи и партиципативно обучение, и след разработването им се осъществява тренинг на значителен брой учители по биология и училищни психолози. Прави се оценка на ефективността, а програмите са преведени и издадени и на руски език. Междувременно в началото на 90-те години Националният център по здравна просвета се преименува на Национален център по здравна профилактика (НЦЗП).

Следващата стъпка към въвеждане на ефективно здравно образование и системна политика за промоция на здраве в българското училище е проектът „Европейска мрежа от училища, утвърждаващи здраве“ В края на 80-те години е иницирано създаването на Европейска мрежа от училища, утвърждаващи здраве – съвместна инициатива на ЕС, СЕ и Европейското бюро на СЗО, като през 1992 г. у нас е подписано Споразумение между Министерството на образованието и науката (МОН) и МЗ за реализация на проекта, а НЦЗП е определен за координираща институция. 1993 поставя началото на реализацията на проекта в България и създаването на Национална мрежа от училища, утвърждаващи здраве (НМУУЗ), 20 от които се включват директно в „Европейска мрежа от училища, утвърждаващи здраве“ (ЕМУУЗ). Започва процес на подготовка на български специалисти във водещи страни и от водещи европейски специалисти. Над 400 учители са обучени за работа по системно здравно и сексуално образование и превенция на злоупотребата с психоактивни вещества в училище.

В същия период в неправителствения сектор в рамките на проекти на фондация „Отворено общество“, по-късно Център „Отворено образование“ са преведени 5 модула на Сюзън Шапиро в сферата на здравното образование, които през 1992 г. са издадени в хиляден тираж. Подготвени са български обучители и в периода 1992 -1997 над 8 200 учители са преминали през 24 - 40 часови обучителни курсове. Разработени са обучителни пакети „Здраве и сила“ (1995) и „Здравно образование“ (1995). Център „Отворено образование“, съвместно с Бургаски свободен университет предлагат едногодишна 5 модулна специализация за учители по здравно образование и екология.

Българската асоциация по семейно планиране и сексуално здраве (БАСПСЗ), създадена 1992 г. е другата неправителствена организация (НПО), която съществено допринася за

развитието и популяризирането на сексуалното здравно образование в българското училище. Екипът на БАСПСЗ организира обучения на учители и училищни психолози в областта на сексуалното здравно образование, както и обучения на ученици, обучители на връстници и млади хора със специални образователни потребности, издава редица информационни материали, включително и учебник по сексуално здравно образование за незрящи.

През 1995 г. се създава асоциация на училищата, утвърждаващи здраве – Българска асоциация „Училище и здраве“ (БАУЗ), а през 1996 г. се подписва второ споразумение между МОН и МЗ за управление на проекта. Здравното образование става един от приоритетите на МОН в периода 1995 -1996 г. През 1996 г. е създадена Програма за здравно образование от Централен институт за усъвършенстване на учители (ЦИУУ) и Българска асоциация „Училище и здраве“ (БАУЗ), която е приложена в училищата, утвърждаващи здраве, но не е направено оценяване на ефективността на програмата.

Българска асоциация „Училище и здраве“ чрез училищата, утвърждаващи здраве, които са колективни членове на БАУЗ, също съществено допринася за развитието на политиката за промоция на здраве и системното здравно образование в училище. Разработени са следните програми за здравно образование:

Преводни

- Дисциплина чрез сътрудничество, Линда Албер
- Превенция на ХИВ/СПИН, СЗО
- Здраве на зъбите

Собствени

- „За и против“
 - „Здравей, здраве“
-
- Обучени са над 200 млади хора и над 220 учители
 - Подписани са споразумения с трите департамента за квалификация на учители
 - Проведени са няколко годишни обучения на обучители на връстници
 - Организиран са няколко Национални форуми за здравно образование: 1991 – Първа национална конференция за сексуално образование и превенция на наркотици в училище, с участието на представители на ЮНЕСКО и СЗО – Споразумение между Министерството на здравеопазването, Министерството на образованието и науката и Медицинска академия, и 1997 – Национална конференция „Здравното образование в България – настояще и бъдеще“.

През 1999 г. – 2000 г. започва образователна реформа в българското училище. Определени са следните културно-образователни области и предмети, свързани със здравното образование:

- „Природни науки и екология“ – „Околен свят“, „Човекът и природата“, „Биология и здравно образование“, „Физика и астрономия“, „Химия и опазване на околната среда“.

- „Обществени науки, гражданско образование и религия“ – „Роден край“, „Човекът и обществото“, „История и цивилизация“, „География и икономика“, Предметен цикъл „Философия“ (психология и логика, етика и право, философия), „Свят и личност“, религия.

Едновременно с това през 1999 г. се търси решение за реализиране на мисията на СЗО, UNFPA и UNICEF в България „Младите хора – здраве, развитие и закрила“. Към Програмата за развитие на ООН в България се създава Отдел за социално развитие за координиране на усилията на институциите на ООН – UNAIDS, UNFPA и UNICEF, за здравето, развитието и закрилата на младите хора в България.

В периода 2000 –2004 Фондът на ООН за население, UNFPA, финансира проект Бул/00/P1 „Разгръщане на Националната програма по репродуктивно здраве“. Проектът се изпълнява от МЗ с подкрепата на UNFPA, като Компонент „Здравно образование във и извън училище“ се координира от НЦЗП, вече Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА). Със заповед на министъра на здравеопазването е създадена работна група за управлението на Компонента, в която участват експерти от НЦОЗА, МЗ, МОН, Министерството на младежта и спорта (ММС), БАУЗ и Българско асоциация за семейно планиране и сексуално здраве (БАСП). Компонентът се реализира в 18 пилотни общини, 6 от които фокусират всички здравнообразователни интервенции:

- Здравното образование като част от образователната програма:

- подготовка и обучение на национален екип;

- подготовка на учители;

- подготовка на образователен пакет за сексуално и репродуктивно здравно образование „Азбука за теб и за мен“ , включващ: Ръководство за учители, тетрадки за ученици и книжка за родители;

- пилотиране на пакета;

- Въвеждане на подхода „Обучение на връстници от връстници“ – Подготовка на обучители на връстници и развитие на Национална мрежа на обучителите на връстници:

- превод на румънското ръководство „Наръчник по семейно възпитание“;

- подготовка на консултанти на обучителите на връстници;

- разработване и отпечатване на здравнообразователни материали за обучителите на връстници;

- финансиране на малки проекти в пилотните училища по проекта.

- Училищна политика за превенция на рисковото поведение – Обучение на представители на пилотните училища:

- оценка на ситуацията и разработване на профил в училищата, заявили се да развият училищна политика за превенция на рисковото поведение;

– финансиране на малки проекти.

Друг проект, финансиран през същия период от UNICEF, е проекта „Образователен подход „Умения за живот“. В рамките на проекта се осъществяват:

- Развитие на информационни материали за образователния подход „Умения за живот“
- Допълване и реструктуриране на Образователния пакет „Азбука за теб и за мен“, с оглед създаване на цялостна програма за здравно образование за V – VIII клас
- Подготовка на учители и пилотиране на новите модули
- Разширяване на Националната мрежа от обучители на връстници в пет нови пилотни общини
- Финансиране на малки проекти

Политическата воля за здравно образование в училище в този период се декларира през редица национални програми и стратегии:

- Национална стратегия и национална програма „Профилактика и контрол на СПИН и полово предавани болести“, 2001-2007 г.;
- Национална стратегия за борба с наркотиците 2020-2024 г.;
- Национална програма за профилактика, лечение и рехабилитация на наркоманиите на Р България, 2001-2007 г.;
- Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето в Република България 2007 - 2010 г.;
- Национална програма за предотвратяване и намаляване на загубата на храни 2021 – 2026 г.

В рамките на сътрудничеството между правителствения и неправителствения сектор са предприети редица политически стъпки за здравно образование в българското училище, като инициатори на процеса са НЦОЗА, БАСП, БАУЗ и програмите на ООН. В периода 2000–2002 г. са организирани серия от работни срещи на представители на заинтересованите институции и организации.

Следващата значима стъпка към създаване на условия за въвеждане на здравното образование в българското училище е спечелването на финансиране от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария през 2003 г. на Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН в България“ и Компонент 7 на Програмата „Ограничаване на рисковото сексуално поведение сред подрастващи и млади хора“. В рамките на Компонент 7 се продължава и разширява постигнатото до този момент. Управлението на Компонент 7 се осъществява от НЦОЗА и се основава на сътрудничество между правителствения и неправителствения сектор. През 2004 г. стартира и нов проект финансиран от UNFPA, Фонд на ООН за население, а в

периода 2006 – 2009 г. МЗ и НЦОЗА реализират Национален план за защита правата на детето.

Министерството на здравеопазването и Националният център по обществено здраве, съвместно с Фонда на ООН за населението, Програмата на ООН за ХИВ/СПИН - UNAIDS и УНИЦЕФ, в периода 2005 - 2014 година правят още поредица от значими стъпки към осигуряване на достъп на българските ученици до системно здравно образование:

- ✓ Подготвени са учители по здравно образование от още над 200 пилотни училища в почти всички общини в нашата страна;
- ✓ Създадена и стандартизирана е 80 часова програма за двумодулно обучение по сексуално здравно образование за учители и педагогически съветници/училищни психолози;
- ✓ Обучени са над 700 учители, над 160 социални работници и педагогически съветници/училищни психолози;
- ✓ Обучени са над 2000 обучители на връстници;
- ✓ Преведени и издадени са редица образователни ръководства и материали.

И най-важното – през 2012 г. в резултат на съвместните застъпнически усилия на правителствения и неправителствения сектор и на редица национални експерти здравното образование е включено в Държавния образователен стандарт по гражданско, интеркултурно и здравно образование в Закона за предучилищното и училищното образование, който през 2015 г. беше одобрен от Народното събрание, а през 2016 г. в Държавен вестник беше обнародвана Наредба № 13 от 2016 г. за гражданското, здравното, екологичното и интеркултурното образование.

3. ЗДРАВНО ОБРАЗОВАНИЕ В БЪЛГАРСКОТО УЧИЛИЩЕ

Законът за предучилищното и училищното образование дефинира първата цел на предучилищното и училищното образование като: интелектуално, емоционално, социално, духовно-нравствено и физическо развитие и подкрепа на всяко дете и на всеки ученик в съответствие с възрастта, потребностите, способностите и интересите му.

Училището е среда, в която децата и младите хора прекарват половината от съзнателното си време в продължение на 10-12 години. За да се превърнат в автономни и инициативни личности, те първо трябва да са здрави. И това не може да бъде задача само на семейството. Наред с насърчаването и подкрепата на личностното развитие на детето и ученика е необходимо училището да си постави за цел постигане на цялостно физическо, психическо и социално благополучие на всяко дете и ученик. Ето защо здравето на детето и ученика разбираемо като пълно психично, физическо и социално благополучие трябва да стане една от задачите на училищното образование. Още повече, че в момента тенденциите по

отношение на здравето на децата и младите хора у нас будят сериозна тревога и изискват незабавно действие.

Затова наред с изграждане на ключови компетентности и ценности училището трябва да бъде отговорно и за изграждане на система от знания, умения и позитивни нагласи за здравословно поведение у всеки ученик, защото именно те са основата за успешното учене и за доброто представяне в училището. Здравното образование не е просто обучение за предпазване от заболявания, както обикновено и ограничено се разбира. Здравното образование е съвместно учене за това, как всеки човек и всяка общност поема отговорност за собственото си поведение. За изграждане на позитивен образ за себе си, за създаване на положителни и конструктивни взаимоотношения с другите, за правене на житейски избори, които развиват у хората усещането за удовлетвореност и за щастие. Ето защо училищното образование трябва да подпомага децата и младите хора в избора им на здравословен начин на живот, както това е показано в редица национални и международни нормативни документи. Този процес изисква психологическа подкрепа и интерактивно обучение, насочено към изграждане на социални и жизненоважни умения, осъществявано от специално подготвени за целта учители и/или педагогически съветници.

Обединяването на здравното с гражданското, екологичното и интеркултурното образование, не е случайно – те са в основата на личностното развитие и на социалните компетентности, разглеждани в единство. Водещият световен опит дава категорични емпирични доказателства за приоритетната роля на социалната и емоционалната компетентност не само по отношение на здравното поведение и избягването на различните рискове в живота на младия човек. Тези ключови компетентности доказано повишават успеха по учебните предмети от общообразователната подготовка, повишават социалната активност на учениците и шансовете им за успешна реализация в професионалния и личния им живот след напускане на училището.

Необходимо е да се разпишат минимум часове, предвидени за обучение по утвърдени от МОН ? здравно-образователни програми и програми, насочени към личностното развитие и изграждането на комуникативни умения и социална компетентност.

Необходимо е да се създаде система за подготовка на учителите, която:

- да се базира на съвременните подходи в сферата на базовата и продължаващата квалификация;
- да отчита специфичните подходи, свързани с обученията на учители за работа с новите потребности на децата;
- да съчетава необходимите форми, методи и организация, насочени и към личностно развитие на учителите, като основа за подобряване на качеството на целия обучителен процес.

Ролята на учителите в промяната на ежедневната училищна практика е изключително важна. Именно учителите са тези, които всъщност създават качеството на образователния процес – във всеки час, с всяко взаимодействие с ученика поотделно и с учениците като групи. Затова вярваме, че те следва да бъдат подкрепени в усилията им да отговорят на

предизвикателствата в развитието на днешните деца и за постигане на високите обществени очаквания към училището. Тази подкрепа изисква коренна промяна на начина на предоставяне на квалификацията за учителите в момента – от базовата до всички форми, методи и съдържания на продължаващата квалификация.

4. АНАЛИЗ НА ЗДРАВНОТО ОБРАЗОВАНИЕ В ПРЕДУЧИЛИЩНОТО И УЧИЛИЩНОТО ОБРАЗОВАНИЕ

Настоящият преглед е осъществен във връзка с изискванията на заложената в Плана за възстановяване и устойчивост Реформа 6 Съвременно здравно образование в българското училище за преглед на учебното съдържание по предмети във всички видове подготовка, регламентиращи осъществяване на здравно образование.

Целта на прегледа е да се изследва и посочи мястото, обемът и начинът, по който нормативно е уредено придобиването на компетентности, свързани със здравословния и екологичен начин на живот и преодоляване на негативните последици от глобалните заплахи за живота и здравето, както в личностен, така и в обществен план.

Като най-съществени елементи на концепцията за осъществяване на здравно образование в България могат да се открият:

Широка обхватност – обучението по здравно образование обхваща не само училищното образование (от 1 до 12 клас), но и предучилищното образование във всички възрастови групи (от 1 до 4 възрастова група).

Последователност – обучението по здравно образование се осъществява с надграждане и разширяване по учебни предмети, по класове и видове подготовка.

Интеграция – очаквани резултати от обучението, ориентирани към здравното образование, са заложи в различните класове в учебните програми по определени учебни предмети, но компетентностите се придобиват и чрез междупредметни дейности и по учебни предмети, в учебните програми на които няма експлицитно заложи очаквани резултати, пряко свързани със здравето.

Автономност – всяко училище, всяка паралелка и всеки ученик в зависимост от интересите, потребностите и възможностите си може да надгражда и развива компетентностите си в областта на здравното образование чрез конкретни теми в часа на класа, в извънкласни дейности, в т.ч. клубове, лаборатории, състезания, олимпиади, в занимания по интереси, в рамките на нуждата от обща и допълнителна подкрепа.

Свързаност – от една страна, здравното образование обхваща различни области – физическо и психическо здраве, сексуално образование и др., а от друга, се осъществява неделимо с гражданското, екологичното, интеркултурното образование.

Обстоятелството, че в България съществува отделен държавен образователен стандарт - Наредба № 13 от 2016 г. за гражданското, здравното, екологичното и интеркултурното

образование, част от който е ориентиран към здравното образование, откроява това образование сред приоритетните.

Не е случаен и фактът, че един от основните общообразователни предмети в наименованието си носи „здравно образование“ – биология и здравно образование. Наред с това този предмет далеч не е единственият, през който се придобиват знания и умения за здравословен начин на живот, насърчаване на физическата активност и опазване на общественото здраве.

Обобщен израз на компетентностите в областта на здравното образование, които се очаква да придобият децата и учениците в края на отделните етапи и степени, е заложената като Приложение № 2 към чл. 14, ал. 2, т. 2 от Наредба № 13 от 2016 г. таблица, в която като ключови области са открити Психичното здраве и личностно развитие, Физическото развитие и дееспособност, Превенцията на употребата на психоактивни вещества, Безопасност и първа помощ, Сексуално здраве и сексуално преносими инфекции, Лична хигиена, Хранене. Рамковите изисквания са разработени от работни групи с участието на учители, специалисти по методика на обучението и специалисти по здравно образование, предложени от Министерството на здравеопазването с амбицията да отразят всички съвременни изисквания за ефективно здравно образование. Предвид големия обем и факта, че тези рамкови изисквания като част от нормативен акт могат да бъдат намерени от всеки заинтересован, не са приложени към настоящия преглед, но те са задължителни за всички деца и ученици в България.

Доколкото в детската градина не съществува понятие учебна програма, отделни примери за обучение за придобиване на здравословни навици в тази възраст може да се дадат с образователно направление „Околен свят“, където е заложено дете в първа възрастова група да разпознава образа си и да назовава пола си, във втора възрастова група да определяполоваторлевата принадлежност на членовете на семейството и на рода си, в трета възрастова група да познава правила за собствена защита на здравето и за здравословно хранене, в четвърта възрастова група да сравнява състояние на здраве и болест, да обяснява природозащитната дейност на човека и грижите за чиста природна среда.

Реализацията на рамковите изисквания за здравно образование в училищното образование се осъществява пряко чрез утвърдените учебни програми за общообразователна подготовка по различни учебни предмети. В рамките на ключова компетентност Умения за подкрепа на устойчивото развитие и за здравословен начин на живот и спорт се осъществяват интегрирано дейности, свързани с междупредметни връзки и насочени към адекватното поведение на човека в природата, на улицата, у дома и на обществени места за опазване на човешкото здраве, за оценяване значението на природосъобразния начин на живот, за проучване и решаване на актуални проблеми - замърсяване на околната среда, раждаемост, затлъстяване и др.

В съответствие с образователната структура в последните две години - XI и XII клас, учениците се обучават за придобиване на профилирана или на професионална подготовка. И в

този образователен етап продължават усилията за надграждане и допълване на здравното образование в професионалните паралелки – чрез задължителното изучаване на отделен учебен предмет безопасни и здравословни условия на труд, а в профилирани паралелки това се осъществява през учебни предмети като философия, биология и здравно образование, химия и опазване на околната среда, физика и астрономия, предприемачество, информатика и информационни технологии.

Съществен принос за осъществяване здравно образование в училищното образование има и часът на класа, в който, наред със заложените задължителни брой учебни часове за защита на населението при бедствия, аварии и катастрофи; оказване на първа помощ, превенция на насилието, справяне с гнева и с агресията; мирно решаване на конфликти, безопасност на движението по пътищата – теми, пряко свързани с физическото, психическото и социалното благополучие на човека, се предвиждат задължителни часове за здравно образование, като темите се определят на училищно равнище в зависимост от спецификата на класа, възрастта на учениците и конкретния контекст и в часовете се канят здравни специалисти за изнасяне на беседи и за дискусии по актуални теми.

Спецификата на учебния план в България, която позволява на училищно равнище да се разпределят избираемите учебни часове, както и факултативни такива, дава възможност за прилагане на училищни политики, свързани с обучение по здравно образование за придобиване на разширена и допълнителна подготовка по теми и дейности, значими за конкретната възраст и конкретния контекст.

И не на последно място – здравното образование е във фокуса на отделни училища и през задължението им да разработват свои програми за здравословен начин на живот, сексуално поведение и здраве, ХИВ/СПИН, психотропни вещества, в осъществяването на които се привличат здравни специалисти и психолози. Съществен акцент в работата на педагогическите специалисти и психолозите в училищата, както и на класните ръководители е постоянната работа по превенция на агресията и насилието, като съществен елемент за постигане на физическото, психическото и социалното благополучие на детето.

5. НОРМАТИВНА РАМКА

Анализ на текущата нормативна рамка и образователните стандарти

Както вече беше посочено, Наредба 13 от 2016 г. за гражданското, здравното, екологичното и интеркултурното образование представя Държавния образователен стандарт за гражданско, здравно, екологично и интеркултурно образование, който регламентира:

1. същността и целите на гражданското, здравното, екологичното и интеркултурното образование;
2. начините и формите за осъществяване на гражданското, здравното, екологичното и интеркултурното образование;
3. рамковите изисквания за резултатите от обучението по гражданско, здравно, екологично и интеркултурно образование;

4. институционалните политики за подкрепа на гражданското, здравното, екологичното и интеркултурното образование.

Съгласно чл. 3 на Наредба 13 от 2016 г. : гражданското, здравното, екологичното и интеркултурното образование са взаимосвързани и формират интердисциплинарен комплекс, насочен към придобиване на социални, граждански и интеркултурни компетентности и на компетентности, свързани със здравето и поддържането на устойчива околна среда.

Според чл. 6 от посочената Наредба гражданското, здравното, екологичното и интеркултурното образование се осъществяват в процеса на придобиването на всички видове училищна подготовка, както и в часа на класа, включително и чрез ученическото самоуправление; в заниманията по интереси в рамките на целодневна организация на учебния ден и в рамките на дейностите по обща подкрепа за личностно развитие по реда и при условията на държавния образователен стандарт за приобщаващото образование, а според чл. 7 гражданското, здравното, екологичното и интеркултурното образование в процеса на придобиване на общообразователната подготовка се осъществяват интегрирано, а гражданско образование и чрез самостоятелен учебен предмет в XI и XII клас.

Подготовката на българските деца и млади хора в училище като здрави, активни, отговорни и самостоятелни личности изисква психологическа подкрепа и интерактивно обучение, насочено към изграждане на социални и жизненоважни умения, осъществявано от подготвени за целта учители и/или училищни психолози/педагогически съветници. Учителите, училищните психолози и педагогическите съветници трябва да са преминали специално обучение, което ще им позволи да изградят необходимата компетентност не само по отношение на необходимото научно съдържание в отделните области на компетентност в здравното образование, но и да усвоят интерактивните методи на ученето чрез опит и преживяване, което поставя учителя в ролята на обучител и фасилитатор, който подпомага изграждането на знания, умения и отношения за здраве и личностно развитие, и формирането на групови норми за здравословни поведенчески избори.

Важно е здравното образование да започва още в детската градина и да надгражда в различните свои области знания, нагласи и умения у децата и учениците – от изграждането на хигиенни навици до придобиването на умения за партньорство и родителство в гимназиален етап, като се основава на цикъла на Дейвид Колб за ученето чрез опит и преживяване.

И не на последно място, както показват редица изследвания, образованието и здравето са повече от взаимосвързани. Изследванията показват, че хранителният статус на детето влияе върху способностите му за възприемане и резултатите от положените тестове. Тежки инфекциозните заболявания, които могат да бъдат избегнати с повече информация за тях, често водят до отсъствия от училище, което пък води до изоставане и дори отпадане от училище. Освен на индивидуалните фактори, не по-малко важно е да се обърне внимание на подобряването на условията на средата за учене. Децата не могат да ходят на училище и да се концентрират, ако са разстроени или се страхуват от насилие. От друга страна, децата, които са учили повече години в училище (по данни на Световна банка, Евростат, УНИЦЕФ,

ЮНЕСКО и СЗО) се радват на по-добро здраве и възможности. Затова съвременният образователен подход започва да акцентира все повече върху развиването на умения и насочване към всички аспекти на здравето, включително физическото, социалното, емоционалното и умственото здраве.

6. АНАЛИЗ НА ЗДРАВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА ПОДРАСТВАЩИТЕ

Статистическа информация за злоупотреба с никотинови изделия, алкохол и други психоактивни вещества

Тютюнопушенето е основен поведенчески фактор на здравния риск и една от водещите предотвратими причини за възникване на хронични незаразни болести, смърт и инвалидност. По данни на СЗО от заболявания, свързани с тютюнопушенето, ежегодно умират повече от 8 милиона души. Над 7 милиона от смъртните случаи са при настоящите и бивши пушачи, а над 1,2 милиона – при непушачи, изложени на пасивно тютюнопушене.

Данните от проведеното през 2020 г. Национално проучване на факторите на риска за здравето сред населението в Р България показват, че 26,3% от подрастващите са правили опити да пушат цигари, с незначителен превес на момчетата. Почти всяко пето дете е настоящ пушач, като относителният дял на момчетата е малко по-висок от този на момчетата (17,3% срещу 16,4%). Показателна за социалните корени на пропушването е разликата в разпространението на тютюнопушенето сред 15-19-годишните (31,4%) и сред тези на 10-14 години (4,0%). Сред пушачите и в двете възрастови групи преобладават момчетата, макар и незначително.

На 14-15 години са запалили първата си цигара 11,2% от децата, като разликата между двата пола е съществена – 13,3% от момчетата срещу 8,6% от момчетата. На 12-13 години са пропушили 8,8% от учениците, над 16 години – 5,7% от тях, като при момчетата този дял е почти два пъти по-висок отколкото при момчетата. Под 10-годишна възраст са експериментирали с цигара по-малко от 2,0% от децата.

През последните 30 дни преди анкетирането 10-14-годишните пушачи са се ограничавали с 2 до 5 цигари дневно (50,0%), при 15-19-годишните този дял е два пъти по-малък (24,3%). Употребата на до 5 цигари дневно е характерна по-скоро за момчетата (31,3%). Интензивни пушачи са 57,5% от пушещите ученици (55,6% от момчетата и 60,0% от момчетата). Сред тях от 6 до 10 цигари дневно изпусват 22,9% от момчетата и 26,7% от момчетата, от 11 до 20 цигари – съответно 25,7% и 15,6% от тях, над 20 цигари – 11,4% и 13,3%.

Почти всеки четвърти анкетиран посочва, че през изминалата седмица всеки ден е бил изложен на пасивно тютюнопушене в дома си (22,0%), като делът на момчетата е по-висок от този на момчетата (26,9% срещу 16,9%). Делът на ежедневно вдишващите вторичен тютюнев дим при 15-19-годишните е почти двойно по-голям от този при 10-14-годишните (29,8% срещу 15,1%).

Независимо от положителните тенденции по отношение на тютюнопушенето на тийнейджърите, установени от Международния сравнителен изследователски проект ESPAD 2019 за периода 1999-2019 г., България е на второ място след Словакия по ранно започване на ежедневната употреба на цигари и на първо място сред 16-годишните по употреба през живота (съответно 54% от момичетата и 45% от момчетата).

Поне веднъж през последните 30 дни са пушили 32% от учениците (36% от момичетата и 27% от момчетата). Ежедневните пушачи (поне по 1 цигара на ден) у нас са два пъти повече от средния дял за страните, участвали в изследването (22% български ученици срещу 10% ученици средно за всички европейски страни).

Делът на анкетираните, които са започнали ежедневно пушене в ранна възраст (под 13 г.) е намалял през тези 20 години от 10% на 3% средно за Европа, като в нашата страна е намалял от 9% на 5,8%. Ежедневното пушене, включително ранното начало на тази практика, продължава да бъде по-разпространено сред момчетата, но разликата между половете като цяло е намаляла през 25-годишния период. България е сред малкото страни, в които момичетата пушат повече от момчетата.

Въпреки строгите правила, свързани с тютюневите изделия в повечето страни в Европа, около 60% от подрастващите продължават да посочват сравнително лесен достъп до тях.

Данните от ESPAD 2019 показват широко разпространение на пушенето на електронни цигари – 40% за употреба през целия живот и 14% за употребата през последния месец, като тези, които никога не са пушили, отчитат по-високи нива на това поведение от „случайните пушачи“ и „редовните пушачи“. У нас електронните цигари също са добили популярност и българските ученици са на шесто място по ранно начало на употребата им. Въпреки че проучването не изследва съдържанието на електронните цигари, вероятно е голяма част от тези устройства да включват никотин и общата употреба на никотин в юношеска възраст да се увеличава отново. Този въпрос изисква по-нататъшно изследване предвид потенциалните последици по отношение на общественото здраве.

Проблемът с тютюнопушенето сред подрастващите се потвърждава и от Международното сравнително изследване „Поведение и здраве при деца в училищна възраст – HBSC“, което установява, че българските ученици на 11 и 15 години се подреждат на първо, а 13-годишните – на второ място по тютюнопушене през последните 30 дни сред младежите от участващите 45 държави. Пушилите през последните 30 дни юноши на 11 г. са 9%, а делът им достига до 26% при 15-годишните момчета и 38% при 15-годишните момичета.

През последните години са налице редица благоприятни законодателни промени, но получените данни са неоспоримо доказателство за това, че детското пушене продължава да бъде сериозен и приоритетен проблем на общественото здравеопазване. Продължава да бъде актуален въпросът за разработване и внедряване на качествено нови подходи в профилактиката на детското пушене, насочени към предотвратяване на началната, т.нар. „инициална“ употреба на цигари или максимално отлагане на пропушването, както и осигуряване на помощ и подкрепа за пушачи, които желаят да се откажат. Необходимо е

разработване и внедряване на профилактични програми още в началната училищна възраст и адаптиране на интервенционните програми във възрастово-полов план.

Употребата на алкохол е актуален проблем на общественото здраве и основен рисков фактор за хроничните незаразни болести, нараняванията и преждевременната смъртност. В световен план, алкохолът причинява над 3 милиона смъртни случая годишно (или 5,3% от всички смъртни случаи) и е отговорен за 5,1% от глобалното бреме на болестите. Значителна част от смъртните случаи, които се дължат на консумацията на алкохол, са свързани с хроничните незаразни болести – 78,5%.

Проведеното Национално проучване на факторите на риска за здравето сред населението в Р България, 2020 показва, че половината от учениците на възраст 10-19 години (49,2%) са опитвали алкохол (бира, вино, концентрат и др.), като дялът на 15-19-годишните е значително по-висок (79,2%). Средната възраст на децата, на която за първи път са опитали алкохолни напитки, е 14 години. Към момента на изследването, ежедневна употреба е регистрирана при 0,9% от анкетираните, понякога са посочили, че го консумират 27,1%, предимно във възрастта 15-19 г., а 72% не консумират алкохол.

Повече от 10 пъти през годината са се напивали 8,3% от учениците във възрастта 15-19 години, без различия по пол. Между 4-10 пъти са злоупотребили с алкохола 5,3% от анкетираните лица.

Данните от проекта ESPAD посочват, че през 2019 г. някакъв вид алкохол поне веднъж в живота са опитвали 82% от шестнадесетгодишните български ученици, независимо от пола. В европейските страни тенденциите от 1995 г. насам показват известно положително развитие. Употребата на алкохол поне веднъж в живота е намаляла от 89% на 79% между 1995 г. и 2019 г., както и употребата на алкохол поне веднъж през последните 30 дни (от 60% до 47%), съответно 57% срещу 53% за България.

През последните 30 дни поне веднъж са консумирали алкохол 57% от момчетата и 50% от момичетата, като всеки от тях е пил поне по едно питие средно 6,4 пъти през последния месец, при 5,6 пъти за Европа. Разпространението на „тежкото епизодично пиене“ достига най-ниското си ниво в проучването през 2019 г. (34% за страните от ESPAD, 42% за България) след пик през 2007 г. (43% за ESPAD и 47% за България). Данните показват, че разликата между половете в разпространението на този модел на употреба на алкохол се е стеснила с времето – момчета 36% за ESPAD, 44% България; момичета 34% за ESPAD, 39% за България). Предполага се, че промените в регулациите за употребата на алкохол в отделните европейски страни са допринесли за намаляването ѝ сред младите хора.

Важно е да се подчертае, че България не е сред страните с най-голямо средно количество чист алкохол, изпит в последния ден на употреба. При средна консумация 4,6 сантимиляра чист алкохол за всички страни, участвали в изследването, българските младежи са пили средно по 4 сантимиляра, като разликата между момчетата и момичетата все още е значима (4,6 сантимиляра за момчетата и 3,5 сантимиляра за момичетата, но постепенно

намалява във времето). Над три четвърти от анкетираните (78%) съобщават за сравнително лесен достъп до алкохол. Това е и мнението на 86% от българските ученици.

Данните от международното сравнително изследване „Поведение и здраве при деца в училищна възраст – HBSC показват, че по употреба на алкохол през последните 30 дни българските юноши на 11 и 13 години са на първо място, а 15-годишните – на шесто място сред тези от 45-те страни. Употребата варира от 13% при 11-годишните до 53% при 15-годишните. Редовно, всеки ден или веднъж в седмицата консумират алкохол 28,9% от учениците, което е съществено увеличение спрямо 2014 г., когато този процент е 16,4%. Също така, българските юноши на 11 и 13 години са на първо място, а 15-годишните – на второ място по напиване през последните 30 дни. Злоупотребили са с алкохол 9% от 11-годишните, 13% от 13-годишните и 28% от 15-годишните. Увеличение на напиванията спрямо 2014 г. има при 11-годишните и при момичетата.

Употребата на алкохол е социален феномен, засягащ всеки индивид, независимо от неговата възраст, пол, раса или социален статут, но при подрастващото поколение той е силно значим фактор. Алкохолът е един от водещите рискови фактори за възникване на редица заболявания, а консумацията му в ранна и по-късна юношеска възраст е причина за физически, психически и поведенчески проблеми.

Посочените данни илюстрират необходимостта от специално внимание в тази насока чрез колаборативна ангажираност и политически действия, целящи промени в поведението на подрастващите. Дейностите, заложи в националните програми и стратегии, са ефективен механизъм в тази насока, водещ до цялостно въздействие върху здравословния начин на живот на младото население.

По данни на Национално представително проучване „Нагласи и употреба на психоактивни вещества сред общото население 15-64 г. в България“ през последните години се наблюдава намаление на употребата на наркотици поне веднъж, някога в живота от учениците в гимназиален етап на обучение. Това се дължи най-вече на намалението на употребата на марихуана (с повече от 9% в сравнение с предишното национално проучване сред учениците, проведено през 2017 г.), която все пак си остава най-употребяваното наркотично вещество от младите хора. Втората най-употребявана група наркотични вещества е тази на стимулантите, като при амфетамини, кокаин и екстази има леко увеличение на употребата им.

Причина за намалението на употребата на канабис може да бъде все по-нарастващото предлагане на други продукти за пушене, като електронни цигари, устройства за нагриване на тютюн, наргилета. През последните две години особено популярна в местата за забавление е употребата на райски газ, главно в балони, включително и от непълнолетни.

Ако преди 5 години началната средна възраст на употреба на наркотици сред учениците в страната е 13-14 години, то през последната година тя е 14-16 години, както и преди повече от 10-15 години. Най-ранна средна възраст на първа употреба се наблюдава по отношение на употреба на опиоиди и инхаланти (14 г.) и канабис, синтетични канабиноиди и

халюциногени (15 г.). Първата употреба на стимуланти (кокаин, амфетамини, метамфетамини и екстази) започва средно на 16 години. Ако преди се отчиташе, че момчетата употребяват наркотици много повече от момичетата, то през последните години почти не съществува разлика по пол, особено, когато се отнася за експериментална употреба.

Като причини за първа употреба на наркотично вещество, учениците най-често посочват „от любопитство, да опитат нещо непознато“ (63,7% от употребилите), „за да бъдат приети от другите (групата, компанията)“ (41,4%), „за удоволствие, за да изпитат временен приятен ефект“ (38,2%), „за да се почувстват като един от различните“ (25,8%).

Някога в живота са употребили канабис в комбинация с алкохол 6,0% от учениците, а 1,3% – през последните 30 дни. Само 1,1% са инжектирали някога в живота си наркотици. Според 11,2% от учениците в България редовното пушене на канабис не представлява риск за здравето. Смятат, че няма риск за здравето когато пушат редовно наргиле 16,9% от тях. Определят редовната употреба на кокаин като нерискова 3,4% от анкетираните, одобряват пушенето на канабис 25,2%, като при 4,7% това се отнася независимо от количеството.

През 2019 г., по данни на ESPAD, средно 17% от учениците в Европа съобщават, че са използвали наркотици поне веднъж в живота си, като нивата варират значително в различните страни, участващи в проекта (диапазонът е от 4,2% до 29%). Следвайки общата тенденция на нарастване разпространението на употребата на наркотици в повечето страни в периода между 1995 и 2003 г., употребата до голяма степен остава стабилна от 2003 г. насам. Въпреки това, употребата на наркотици остава на високи нива, като 13 страни отчитат нива по-високи от 20%. Важно е да се отбележи, че България не е сред тези държави. Употребата на наркотици поне веднъж в живота сред българските ученици е 19%, като процентът е еднакъв за момичета и момчета.

Канабисът е най-разпространеният наркотик във всички страни, участващи в ESPAD. Средно, 16% от учениците в Европа съобщават за употреба на канабис поне веднъж в живота си (диапазон: 2,9% – 28%), като употреба поне веднъж в живота е посочена от 17% от българските ученици независимо от пола.

Тези данни се потвърждават и от проведеното международно сравнително изследване „Поведение и здраве при деца в училищна възраст – HBSC“ сред 45 страни, където българските ученици, употребяващи канабис, са на първо място (19% при момчетата и 16% при момичетата на 15 години). Наблюдава се значимо повишение на употребата спрямо 2014 г., когато канабис употребяват 11% от юношите.

През последните години се наблюдава употреба на нови психоактивни вещества. Данните от Национално проучване относно някои аспекти от здравното поведение, оценки и нагласи по отношение на употребата на психоактивни вещества сред учениците (8-12 клас) в България, 2021 показват че 2,8% от тях някога в живота си са употребявали синтетични канабиноиди, а 1,0% - през последните 30 дни. С ежедневна или почти ежедневна употреба на нови наркотици са 0,4% от тях.

Според данните от Европейски училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици (ESPAD 2019 г.), 3,2% от 15-16 годишните ученици в България са употребявали нови психоактивни вещества поне веднъж в живота, което е по-висок дял от този на употребата на повечето незаконни наркотици, различни от канабис. По този показател нашата страна е под средното европейско ниво (3,4%), но е над средното по отношение на употребата на синтетични канабиноиди (4,3%) и синтетични катинони (1,8%).

Като цяло употребата на нови психоактивни вещества в България предимно е свързана с употреба на синтетични канабиноиди под формата на растителна смес за пушене или на прах, като най-често тези вещества се набавят от дилър или от приятел/познат/съученик или чрез онлайн поръчка.

Посочените данни неоспоримо доказват, че употребата на психоактивни вещества (ПАВ) сред младите хора в България остава сериозен и приоритетен проблем на общественото здраве. Те очертават острата необходимост от разработване и прилагане на качествено нови подходи и програми за превенция още в най-ранна училищна възраст, целящи предотвратяване на „началната“ употреба или максимално отлагане на използването на ПАВ и осигуряване на подкрепа за желаещите да се откажат.

Актуална информация за хранителни навици и затлъстяване при подрастващите

Детската възраст е уникален период от развитието на човека, при който потребностите от енергия и хранителни вещества на килограм тегло са много по –големи от тези при възрастните. Здравословното хранене е това хранене, което осигурява на организма всички необходими хранителни вещества и енергия, така че той да изпълнява безпроблемно своята функция, а също да покрива и изискванията на растежа и развитието на децата.

Прием на Енергия и хранителни вещества.

При проведеното през 2020 г. Национално изследване на факторите на риска за здравето на населението в Р. България са получени следните резултати по отношение на енергиен и хранителен прием при подрастващите:

При децата на 10-13 и 14-18 години средните нива на енергиен прием са по ниски от референтните стойности, като при момчетата на 14-18 години разликата е най-голяма. Относителният дял на постъпление на енергията, разпределена спрямо консумацията на групи храни, показва, че най-висок е относителният енергиен дял на зърнените храни при децата на 10-13 и 14-18 години. Месото и месните продукти в енергийния прием са на второ място или съответно 14,3 Е% и 15,3 Е%. Нисък дял се установява на енергията, доставяна от риба и морски храни при двете възрастови групи деца. С нарастване на възрастта намалява делът на млякото за сметка на увеличаване на енергийния внос за деня от месо и месни продукти. Средните стойности на приема на белтък, изразени като енергиен дял от консумираната храна за деня, са в рамките на препоръчвания интервал и по-близо до горната граница на препоръчителния хранителен прием за белтък от 20 Е%. Важен показател при оценката е относителният дял (%) на белтъка от животински произход от общия белтъчен внос с храната

за деня. При двете изследвани групи деца относителният дял на белтъка от животински произход е повече от половината от общия внос на хранителните белтъци за деня, което съответства на препоръките. Постъплението на белтък с храните, изразено като относителен дял от общото постъпление на белтък, е най-голямо при месото и месните продукти, следвано от зърнените храни при двете изследвани групи деца. Среднодневният прием на въглехидрати, изразен като енергиен дял от общия среднодневен енергиен прием, показва че при децата на 10-13 и 14-18 години преобладаващият брой са с прием на въглехидрати под долна граница на препоръчвания интервал (45 E%), което означава, че приемът на въглехидрати като относителен дял от общия енергиен прием е намален за сметка на по-високия прием на белтък и мазнини. Постъплението на въглехидрати от различните групи храни показва, че относително висок дял от въглехидратния прием се получава от консумацията на хляб, който представлява половината от количеството на приеманите зърнени храни. Относително висок дял от въглехидрати се получава и с плодовете

(23,6 – 35,9 E%). Средният дневен прием на мазнини, като процент от общия енергиен внос, при деца на възраст 10-13 години (37,6 E%) и децата на 14-18 години (38,7 E%) е над горна граница на препоръчителния хранителен прием от 35 E%. Приемът на мазнини по-висок от препоръчаните нива създава риск за развитие на затлъстяване както в ранна детска възраст, така и в по-късните етапи от живота, като увеличава и риска от редица хронични заболявания, свързани с храненето. Постъпление на мазнини от различни храни/ групи храни (% от общото количество консумирани мазнини) при изследваните деца показва, че с най-голям принос за консумацията на мазнини са добавените мазнини (32,7-36,8%), от които с превес са растителните пред млечните мазнини (24,8-28,0%). Това се обуславя от традиционно високият прием на слънчогледово масло от всички групи от населението. На второ място са млякото и млечните продукти като предпочитан източник на мазнини при населението от всички възрастови групи. С нарастване на възрастта намалява делът на млякото за сметка на увеличаване приемът на мазнини за деня от месо и месни продукти.

Среднодневният прием на витамин А при децата от 10 до 19 години е над препоръчителния хранителен прием за витамин А в тази възраст, с изключение на децата от женски пол на 14-18 години, където е под препоръчителния прием (658,63 мкг Ретинол Еквиваленти/ден). Относителният дял деца със среднодневен прием на витамин А под средните хранителни потребности е 29,5% за децата до 14-18 години, което означава, че при тази група от децата съществува риск от дефицитен прием на този витамин. Основни хранителни източници на витамин А в храненето на децата са зеленчуците, мляко и млечни продукти, плодове и мазнините. Среднодневният прием на Витамин В1 при изследваните деца на 10 - 18 години е в рамките на препоръчителния прием, докато среднодневния прием на витамин В2 и витамин В6 е над препоръчителния прием. Най-важният източник на витамин В1 и витамин В6 в диетата на децата на 10-13 и 14-18 години са месото и месните продукти, а на рибофлавин или витамин В2 са млякото и млечните продукти. По отношение на витамините от група В относителният дял на децата в риск за неадекватен прием е на практика

много малък. Средният дневен прием на фолат при всички изследвани деца от 10 до 18 години, разпределени по възраст и пол, е под препоръчителния хранителен прием. Висок е относителният дял на деца с прием на фолат под средните дневни потребности, което обуславя почти сигурен дефицитен прием на този витамин. Това налага въвеждането на специално насочени мерки и интервенционни програми за справяне с този проблем, който може да представлява сериозен здравен риск не само за възрастните, но и за децата. Среднодневният прием на Витамин С при изследваните деца от 10 до 19 годишна възраст е над препоръчителния прием. Относителният дял на децата над 10 години с прием на витамин С под средните дневни потребности е голям (25,0%-39,4%), като най-висок е при изследваните юноши на 14-18 години. От групите храни с най-голям принос за хранителния прием на витамин С са плодовете и зеленчуците. Те доставят средно 30-45% от приема на витамин С при всички изследвани групи деца. Недостатъчният прием на сурови плодове и зеленчуци през зимно-пролетния сезон създава риск за дефицитен прием на витамин С при част от децата на 10-13 и 14-18 години.

Средният дневен прием на калций при изследвани деца от 10 до 19 години, разпределени по възраст и пол, е под адекватния хранителен прием. Висок е относителният дял на деца с прием на калций под средните дневни потребности - при 85,9-95,6% от всички деца над 10 години. Средните дневни потребности за калций, критерий за неадекватен прием, дават възможност да се оцени индивидуалния риск за хранителен дефицит от този минерал. От групите храни, с най-голям принос за хранителния прием на калций са млякото и млечните продукти, следвани от плодовете и зеленчуците. Среднодневният прием на желязо при децата от 10 до 19 години в болшинството от случаите е под препоръчителния хранителен прием за желязо за съответната възрастова група, с изключение на момчетата на 14-18 години, където е малко над препоръчителния прием. Висок е относителният дял на момчетата на 10-13 години (33,1%) и момчетата на 14-18 години (22,1%) с прием на желязо под средните дневни потребности. Сравнително малкият относителен дял на добре абсорбируемо желязо от животински храни е основание да оценим приема на желязо при деца като рисков за хранителен дефицит. От групите храни с най-голям дял като доставчик на общо желязо са зърнените храни, с изключение на момчетата на 14-18 години, където месото и месните продукти са на първо място. Среднодневният прием на натрий при изследваните деца на възраст от 10 до 19 години е над адекватния прием. Среднодневният прием на натрий е по-висок от адекватния хранителен прием при всички изследвани групи, както и е над ГГНХП при значителен брой деца, като основното постъпление е от хляба, сиренето и месни продукти, които са произведени с повишено съдържание на готварска сол.

Храненето на децата на 10-13 и 14-18 години се характеризира с нисък прием на енергия и въглехидрати в сравнение с препоръчителните стойности за съответната възрастова група, висока консумация на мазнини. Адекватен е приемът на белтък, витамини от В групата (В1, В2, В6) и витамин С. Съществува риск от дефицит на витамин А, фолат, калций и желязо. Риск за здравето представлява и високият прием на натрий.

Хранителен статус. Малките деца са рискова група по отношение на нарушения в хранителния статус. Затлъстяването, признато за епидемията на 21-ви век, все по-често засяга и децата. Свръхтеглото и затлъстяването в по-късното детство и в ученическа възраст е свързано с повишен риск от физически и социално-емоционални проблеми. Децата със затлъстяване по-често страдат от висок холестерол, диабет тип 2, астма, стеатоза на черния дроб и сърдечно-съдови проблеми. Възникналото в детството затлъстяване често се запазва и в по-късна възраст и като възрастен, и трудно се поддава на лечение. Основен индикатор, използван за определяне на нарушенията в хранителния статус на децата на възраст от 10 до 19 години, е ИТМВ (индекс на телесна маса-за-възраст). Децата на 10 - 13 години с наднормено тегло са 43,4% (28,0% свръхтегло, 15,4% затлъстяване). При децата от мъжки пол на възраст 10-13 години честотата на наднормено тегло е 48,7% (34,1% свръхтегло, 14,6% затлъстяване). При децата от женски пол на възраст 10-13 години честотата на наднормено тегло е 38,7% (22,6% свръхтегло, 16,1% затлъстяване). Децата на 14-18 години с наднормено тегло са 24,4% (16,1% свръхтегло, 8,3% затлъстяване). При децата от мъжки пол на възраст 14-18 години честотата на наднормено тегло е 31,9% (19,1% свръхтегло, 12,8% затлъстяване). При децата от женски пол на възраст 14-18 години честотата на наднормено тегло е 18,7% (13,8% свръхтегло, 4,9% затлъстяване).

Създаването на здравословен хранителен модел през детството е база за поддържането му в по-късна възраст и намаляване в бъдеще на риска от хроничните неинфекциозни заболявания, свързани с храненето, като сърдечно-съдови болести, включително хипертония (високо кръвно налягане) и атеросклероза и техните опасни за живота последици - мозъчен инсулт и сърдечен инфаркт, а също така на диабет тип 2, остеопороза, някои видове рак и др.

Друга актуална информация относно здравето на подрастващите

Анализът на здравното състояние на децата и учениците е изготвен на базата на обобщените данни за физическо развитие, моментна болестност (регистрирани заболявания при профилактичен преглед), диспансеризация и физическа дееспособност, постъпили от 28-те РЗИ в страната. Информацията е предоставена от медицинските специалисти от здравните кабинети на детските заведения и училищата въз основа на представените им от личните лекари талони от извършените основни профилактични прегледи за учебната 2021/2022 г., съгласно Наредба № 3 от 2000 г. за здравните кабинети в детските заведения и училищата и Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията.

Здравно състояние на учениците

През учебната 2021/2022 г. с основен профилактичен преглед са обхванати 523 368 от общо 626 204 ученици на възраст 7-19 г. Регистрирани са общо 37 663 заболявания, т.е. 76,89 на 1 000 прегледани ученика са с установено заболяване.

Водещо място в структурата на заболяемостта заема затлъстяването. Броят на регистрираните случаи е 10 613 (21,67%), бележи ръст спрямо предходните години (за 2020 - 18,6%). Най-много случаи на затлъстяване са установени при учениците в 7-ми клас 1 426 (33,04%).

Второ място заемат болестите на окото (смушения в зрението, нарушения на рефракцията и акомодацията, слепота и намалено зрение), установени при 8 999 ученици (18,4‰), което бележи значим ръст спрямо 2020 г. (15,5‰).

На трето място е бронхиалната астма – 3 663 случая (7,48‰), с което се очертава стабилно ниво в честотата на това заболяване при учениците, въпреки лекият спад спрямо предходната година (съответно – 8,63‰ за 2020 г.).

Регистрираните случаи на заболявания на костно-мускулната система (гръбначните изкривявания) остават също сред водещите – 1 354 (2,8‰), със сравнително постоянно ниво за последните години (2,8‰ за 2020 г.).

Установените данни обуславят необходимостта от прилагането на ефективни мерки за превенция, скринингови програми за ранно откриване на заболяванията и насочване за своевременна интервенция в ученическа възраст, както и здравно-промотивни програми за подобряване здравето на учениците чрез различни форми на физическа активност, включително и масов спорт в и извън училище, спазване на здравните изисквания за учебното натоварване и при работа с видеодисплеи и насърчаване на здравословен начин на живот.

Сексуално и репродуктивно здраве

Тенденцията към намаляване както на броя, така и на процента на абортите сред момичетата на възраст до 19 г. продължава и през 2021 г., като едновременно с това сравнително високият процент на ранни аборти се запазва.

През последните години броят на абортите във възрастовата група 15-19 г. бележи слаб спад (през 2020 г. – 1 605, което е 8,4 от общия брой аборти, а за 2021 г. е 1 545, или 7,9% от общия брой на абортите за 2021 г.) Тенденцията на намаляване на броя на абортите сред младите момичета е със значителен спад между 2010 г. и 2015 г. и последващ процес на не толкова значима, но стабилна тенденция към намаляване между 2015 и 2021 г. Във възрастта под 15 години броят на абортите за 2021 г. е 100 или 0,5% от общия брой на абортите в страната. Тук също се наблюдава известно намаление в сравнение с 2020 г., но няма стабилна тенденция към намаляване след 2015 г.

Независимо, че средната възраст на майките при първо раждане в нашата страна нараства чувствително през последните години, тя все още е най-ниската в рамките на ЕС9. Броят на живородените от майки на възраст под 20 години за 2021 г. е 5 861, или 9,99% от всички живородени, като се наблюдава минимално намаление в сравнение с 2020 г., когато броят е 5 970, или 10,10% от всички живородени. На практика всяко десето дете в страната е родено от майка в тийнейджърска възраст, което поставя остро въпроса за необходимостта от системни здравни и здравно-образователни услуги за младите хора и безплатни или на намалени цени контрацептиви и презервативи за млади хора под 20 години.

Сред децата до 17-годишна възраст през 2021 г. са регистрирани следните кожно-венерически болести: 78 случая на сифилис (6,6‰⁰⁰⁰), от които 27 новооткрити (2,3‰⁰⁰⁰); 1206 случая на микроспория, трихофития и фавус (101,4‰⁰⁰⁰), в т.ч. 808 новооткрити (67,9‰⁰⁰⁰).

В България няма приета Национална програма по сексуално и репродуктивно здраве (СРЗ) и дейностите, насочени към СРЗ са включени в няколко от действащите стратегически и програмни документи, които Министерство на здравеопазването изпълнява – Национална здравна стратегия, Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2021-2030, Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции 2021-2025 и др. Налице са и положителни резултати по отношение на държавното финансиране на асистираната репродукция и ваксинирането срещу HPV.

Наредба № 13 от 2016 г. за гражданското, здравното, екологичното и интеркултурното образование, с която е регламентиран Държавният образователен стандарт за гражданско, здравно и интеркултурно образование, също допринася за осигуряване на достъп на децата и младите хора до здравно и сексуално образование в училище.

Оценка на физическата дееспособност

За учебната 2021/2022 година от медицинските специалисти в здравните кабинети в училищата са постъпили данни за 612 198 ученици на възраст 7-18 г., от които нормативите покриват 603 835 ученици (98,64%), по-малко момичета в сравнение с момчетата и в двете възрастови групи (7-14 г. и 14-18 г.).

Освободените от часовете по физическо възпитание и спорт са 7 490 (1,22%), като във възрастовата група 7-14 г. преобладаващ е броят на момчетата, а при 14-18-годишните – на момичетата. В сравнение с предходни години, се запазва трайна тенденцията на намаляване, макар и незначително, на относителния дял на учениците, освободени поради здравословни проблеми.

В групи по лечебна физкултура са включени общо 873 ученика (0,14%), със значителен превес на момчетата (525 при 348 момичета). Относителният дял на учениците, с които се провежда ЛФК, бележи драстичен спад, като остава с постоянно и традиционно ниско ниво през последните години.

Сред доказано ефективните мерки за намаляване разпространението на гръбначните деформации, установени като значим здравословен проблем в училищна възраст, наред с редовната физическата активност, са и ранното откриване чрез скрининг, превенцията и предотвратяването на усложненията чрез своевременна корекция при установен проблем от специалист.

Физическа активност на подрастващите

Ниската физическа активност е сред основните фактори на риска за възникване и развитие на хронични незаразни болести и има мащабни последици за общественото здраве. В Европейския регион тя обуславя 10-15% от общата смъртност (един милион смъртни случая годишно) и 3,5% от бремето на болестите (9,7% при съчетание с нездравословно хранене), и има съществен принос за влошаването на популационния здравен статус на населението и в

нашата страна. Той е причина за 7,7% от смъртните случаи и формира 4,3% от глобалното бреме на болестите (по DALY's).

По данни на Националното изследване на факторите на риска за здравето, проведено у нас през 2020 г. показва, че над половината от анкетираните деца упражняват спорт или друг вид физическа активност извън часовете по физическо възпитание (57,7%), с лек превес на по-малките, един път и половина повече при момчетата. Почти всеки ден са физически активни 30,7% от учениците, като делът на момчетата и децата на 15-19 години е по-висок. От 2-3 пъти в седмицата спортуват почти 40% от тях. Всеки пети спортува веднъж седмично или по-рядко, като преобладават момчетата. Средната продължителност на едно физическо занимание при всеки четвърти е недостатъчна (23,7%) – около 30 минути.

Близо 30% от анкетираните спортуват в спортни/фитнес зали, всеки пети – на стадион/спортна площадка, всеки четвърти – вкъщи. По-нисък е делът на децата, които спортуват в двора на училището, в парка или пред дома. По три и повече часа дневно през учебните дни използват компютър 18% от тях, предимно по-големите, с превес момчетата. През почивните дни делът им нараства значително. Гледа телевизия по 3 и повече часа всеки десети, по-често момчетата и почти два пъти повече децата на 15-19 години. През почивните дни делът им нараства повече от два пъти, почти поравно и в двете възрастови групи.

Подходите за насърчаване на физическата активност се променят драстично през последните години. Докато в продължение на няколко десетилетия почти всички интервенции са били насочени да образуват и мотивират подрастващите да бъдат физически активни, то интервенциите през 21-ви век изискват интегрирането на физическата активност в тяхното ежедневие чрез дейности по време на отдых, придвижване и обучение.

Заклучение

Резултатите от проведените проучвания доказват необходимостта от съвместна работа на Министерство на здравеопазването и Министерство на образованието за ефективно здравно образование, основано на предварителна и системна оценка на потребностите, нови обучителни методи, базирани на опит и преживяване и подход „връстници за връстници“, едновременно с изграждане на подкрепяща среда и постоянна обратна връзка за ефективността на програмата.

7. РАБОТНИ СТЪПКИ И ЕТАПИ ЗА РЕАЛИЗИРАНЕТО НА ПЛАНА

Първи етап:

1. Създаване на междуинституционален механизъм за планиране и осъществяване на дейности по промоция, превенция и профилактика.

2. Разработване на концептуална рамка на дейностите по промоция, превенция и профилактика.

Втори етап:

1. Преглед на съдържанието и формите за осъществяване на здравно образование в българското училище.

2. Разработване на програми за профилактика и на интерактивни ресурси.

Трети етап:

1. Разработване на учебни модули и на образователни ресурси по различни здравни теми.

2. Привличане на читалищата и младежките организации за насърчаване на здравната информираност, вкл. и чрез прилагане на подхода „Връстници обучават връстници“.

8. ПЪТНА КАРТА

| Цел | Мярка | Срок | Очакван резултат | Индикатор за изпълнение | Отговорна институция |
|---|--|--------------|---|--|----------------------|
| Насърчаване на здравословния начин на живот и на формирането на здравна култура сред децата и младежите | Създаване на междуинституционален механизъм за планиране и осъществяване на дейности по промоция, превенция и профилактика | 2023 г. | Повишаване на ефективността на междуинституционалното сътрудничество | Заповед за работна група | МЗ |
| | Разработване на концептуална рамка на дейностите по промоция, превенция и профилактика | 2024 г. | Разработване на фокусирана, ефективна и устойчива визия в подкрепа на личното и общественото здраве | Изготвен документ с конкретни мерки и задачи | МЗ МОН |
| | Привличане на читалищата и младежките организации за насърчаване на здравната информираност, вкл. и чрез прилагане на подхода „Връстници обучават връстници“ | 2024-2026 г. | Повишаване на информираността на младежите за здравословен начин на живот | Изградена мрежа за споделяне на опит | |
| Анализиране на състоянието на здравното образование в предучилищното и училищното образование | Преглед на съдържанието и формите за осъществяване на здравно образование в българското училище | 2023 г. | Осигуряване на поне един учебен час седмично, свързан със здравно образование, във всички класове за всички ученици | Подготвен преглед | МОН МЗ |
| Повишаване на ефективността на здравното образование в училище | Разработване на образователни ресурси, насочени към рисковете от тютюнопушене, консумация на алкохол и употреба на наркотици | 2024-2026 г. | Намаляване на дела на подрастващите, които злоупотребяват с никотинови изделия, алкохол и психоактивни вещества. | Приложени ресурси в българските училища | МЗ МОН |
| | Разработване на образователни ресурси, насочени към прилагане на здравословни хранителни модели, които се борят със затлъстяването | 2024-2026 г. | Намаляване на дела на децата със свръхтегло и затлъстяване | Приложени ресурси в българските училища | МЗ МОН |
| Изграждане на | Разработване на програми за профилактика и на интерактивни ресурси, насочени към риска от възникване на заболявания | 2024-2026 г. | Повишаване на ефективността на профилактичните мерки и намаляване на броя на заболелите от сезонни заболявания | Приложени програми и ресурси, които са на разположение на всички деца в училищна възраст | МЗ МОН |
| | Разработване на програми и провеждане на беседи, | 2024-2026 г. | Повишаване на | Приложени програми | МЗ |

| | | | | | |
|--|---|--------------|--|--|-----------|
| умения за отговорно здравословно поведение у учениците | насочени към сексуалното образование, бременността, раждането и отглеждането на децата | | информираността на юношите и намаляването на процента на ранните аборти | за учениците в съответната възраст | МОН |
| | Разработване на програми и осигуряване на възможности за по-висока физическа активност | 2024-2026 г. | Повишаване на информираността на учениците за възможностите за спорт и физическа активност извън часовете по ФВС | Приложени програми и увеличен брой предлагани спортни мероприятия за ученици | МЗ МОН |
| | Разработване на програми и провеждане на беседи, свързани с работата с електронни устройства и видеодисплеи | 2024-2025 г. | Повишаване на информираността на учениците за вредите от продължителния престой пред екрани и пречупване на възходящата тенденция за увеличаване на заболяванията на окото и на костно-мускулната система в училищна възраст | Приложени програми за учениците в съответната възраст | МЗ МОН |
| | Разработване на учебни модули и на образователни ресурси по различни здравни теми | 2024-2027 г. | Повишаване на информираността на учениците с цел формиране на здравна култура и здравословен начин на живот | Поетапно приложени модули | МЗ МОН |