Медицински университет – София
Факултет по обществено здраве

Евгени Господинов Иванов

Промоция на здравето в училищна възраст

(медико-социални и
медико-педагогически проблеми)

Дисертационен труд
за присъждане на образователна и научна степен
„Доктор“

Научни ръководители:

Проф.д-р Теодор Попов, дп
Проф.д-р Веселин Борисов, дмн

София, 2015

Съдържание

Въведение

1. Литературен обзор

1.1. Нарастваща потребност от промоция на здравето

1.2. Акценти в концепцията за промоция на здравето – Отавска харта

1.3. Промоция на здравето като стратегия и приоритет на новата здравна политика

1.4. Подходи и методи за повишаване на здравната култура на населението

1.5. Промоция на здравето, приоритетно ориентирана към училищната възраст

1.6. Възможности на училището за формиране на здравословен стил на живот

1.7. Здравна култура и здравно възпитание на ученици в контекста на стратегията на СЗО за промоция на здравето - програмният подход в промоция на здравето

2. Цел, задачи и методични основи на изследването

3. Анализ на резултатите

3.1. Здравна информираност и здравни знания на учениците – данни от анкета на ученици

3.2. Типични черти в здравното поведение на учениците - данни от анкета на ученици

3.3. Сексуална култура и сексуално поведение на учениците

3.4. Отношение на учителите и родителите към здравните проблеми на учениците.

3.5. Анализ на данни от анкета на учители

3.6. Обобщена оценка на дейността на здравно възпитание на учениците в условията на училището и семейството.

3.7. Модел на тематична учебна програма за здравно образование за ученици в прогимназиална възраст.

Заключение - изводи и препоръки

Литература

Приложение

ВЪВЕДЕНИЕ

Главният ориентир за определяне на здравно-политическите приоритети във всички страни на света са трите главни стратегии на СЗО - глобалната стратегия “Здраве за всички”, първичната медицинска помощ и промоция на здравето.

Съвременните здравни реформи имат като свой важен приоритет внедряването в практиката на идеите на промоция на здравето. Това поставя нови акценти и предизвикателства пред националните здравни системи, пред здравния мениджмънт и пред дейността на здравните професионалисти.

В светлината на промоция на здравето личността с нейната **здравна култура и индивидуално здравно поведение** се разглежда като **основен ресурс** на здравето. В този аспект личната и колективна отговорност за здравето рязко нараства.

През последните двадесет години все повече автори подчертават, че постоянно трябва да съобразяваме за какво се изразходва бюджета в здравеопазването. Всъщност този бюджет се изразходва за диагностика и клинично лечение на болестите, а не директно за здравеопазване, не за инвестиране в здравето. С други думи, здравният бюджет е насочен не към укрепване на наличното здраве, а към негативното здраве, към възвръщане на загубеното здраве (1).

Наблюденията показват, че “здравният бюджет” инвестира максимум 3% за позитивни ефекти върху здравето. Това свидетелствува за необходимостта от основно преосмисляне на здравните приоритети в съвременния свят.

Този проблем е особено съществен в хода на нашата здравна реформа. У нас промоцията на здравето е все още неоправдано подценена. Крайно недостатъчно е вниманието, отделяно в процеса на здравната реформа, към проблемите на здравословния стил на живот. Все още силно преобладава тесният клинично ориентиран подход към решаване здравните проблеми на нашата нация.

Тези проблеми намират място в Националната здравна стратегия 2008-2013 г., където е отделено специално място на дейността за промоция на здравето.

Целта на настоящата работа е да се анализират някои проблеми и тенденциите на промоцията на здравето в извънболничната помощ с оглед обосноваване основните насоки за позитивен промотивен подход към здравето на населението.

Анализът се основава върху документи на СЗО, научни публикации в медицинския печат и данните от извършена социологическа анкета сред ученици в начална училищна възраст. Този анализ може да бъде основа за следващи по-конкретни изследвания в тази важна и все по-значима област на общественото здравеопазване в нашата страна.

---

1. Литературен обзор

Важен и все още нерешен проблем на здравната система е противоречието между нарастващите здравни потребности на населението и относително ограничените ресурси за тяхното удовлетворяване. В тази насока са нужни нови подходи и стратегии в управлението и в ежедневната дейност на националната здравна система.

Ефективното управление на здравната реформа в нашата страна изисква компетентно използване на принципите и технологиите на съвременния здравен мениджмънт. В този аспект основен подход на организационната промяна в здравеопазването е управлението чрез приоритети. Липсата на пределно ясни и минимизирани по брой приоритети може да бъде сериозна бариера за успеха на здравната реформа. Това изисква прецизно обосноваване и определяне на здравните приоритети като се изхожда от техния водещ критерий - здравните потребности на населението.

Наред с този водещ критерий важно значение имат още три критерия: здравни ресурси, очакванията (изборът) на населението и доказаната ефективност на здравните услуги. Интегрирането на посочените четири критерия е условие за реалистично определяне и използване на здравните приоритети както в краткосрочен, така и в дългосрочен аспект .

Някои управленски анализи показват, че финансовите ресурси в здравеопазването все още се разпределят не по приоритети и прогнози за дългосрочни потребности, а според натиска на моментните потребности (Ст. Гладилов, Т. Златанова).

Изложените съображения показват, че управлението на нашата национална здравеопазна система се превръща преди всичко в проблем за управление чрез съответни здравни приоритети. Приоритетите отразяват предимствената ориентация на ресурсите на здравеопазването в определена посока. В този аспект е важно да се оцени доколко една здравна система е ориентирана към осъществяването на промоция на здравето.

Генерален и главен критерий за определяне на приоритетите са здравните потребности (здравният статус) на населението в динамика. Свързани с този генерален критерий и подчинени на него са следните три критерия: налични ресурси на здравеопазването; очаквания и предпочитания на населението; степен на доказана ефективност на дадени здравни дейности (методи, технологии, модели и др.). В редица страни се утвърждава т.нар. медицина, основана на очевидни доказателства (Evidence Based Medicine). При недоказана ефективност на дадена медицинска дейнос следва да се търсят по-високо ефективнни подходи и технологии (Ц. Воденичаров, Ел.Шипковенска, Ж.Христов и др.).

Според В. Борисов принципна слабост на нашата здравеопазна реформа е недостатъчното внимание към определянето на приоритетите и тяхното ранжиране на национално, регионално и общинско ниво. В тази насока нерядко е доста трудно да се разграничат истинските критерии на здравните приоритети от псевдокритериите, респ. псевдоприоритетите, които създава мас-медиите, общественото мнение, конюнктурните ситуации, заинтересованите групи (напр. лекарското съсловие) и др. Така, през последните години мас-медиите въздействуват на общественото мнение по такъв начин, че то си формира **псевдоприоритети** от рода на органните трансплантации, СПИН и т.н., в същото време, когато се подценяват и не се обсъждат главните причини на смъртността у нас - сърдечно-съдовите заболявания или главният рисков контингент - децата в училищна възраст (така, установено е, че повече от половината български ученици имат различни степени на гръбначни изкривявания).

Тези съображения за приоритетите имат специфично значение за реалното внедряване на подходите и принципите на промоция на здравето в условията на новото обществено здравеопазване.

В духа на изложеното следва да се анализира съотношението между различните приоритети и в частност мястото и ролята на промоцията на здравето в процеса на здравната реформа. Системният анализ показва, че промоция на здравето може и следва да заеме водещо място сред другите приоритети на здравеопазването. Това се доказва от опита на новата здравна политика в страни като Канада, Швеция, Великобритания, Холандия и др.

1.1. Нарастваща потребност от промоция на здравето

Приоритетната роля на дадени здравни дейности зависи от тяхната социална и икономическа значимос. В тази насока очевидно нараства нуждата от ориентация към промоция на здравето и здравно възпитание и повишаване на здравната култура сред цялото население с предимствено внимание на подрастващите контингенти.

Здравните приоритети могат да се проявят и реализират като: приоритетни здравни проблеми, приоритетни здравни дейности и приоритетни здравни сектори (или институции). Не винаги приоритетният здравен проблем може да бъде обособен като дейност на отделна институция. Той може да се реализира само като дейност, която да се съчетава с дейността на други институции. Типичен пример в тази насока е дейността за промоция на здравето.

Както посочихме по-горе, в процеса на здравната реформа е нужно да се определят редица приоритети. Но сред множеството приоритети трябва да се открояят само няколко водещи приоритети, с оглед да се съсредоточат в тях основните ресурси на здравеопазването. Сред тези водещи приоритети се нарежда и промоцията на здравето.

В европейските страни са очертани следните водещи приоритети на здравната политика в периода на реформи:

- първична медицинска помощ,
- промоция на здравето,
- ефективно използуване на ресурсите,
- качество и етика на здравните услуги,
- въвеждане на пазарни механизми в здравеопазването,
- интегрален подход с междусекторно сътрудничество,
- повишаване на управленската култура чрез внедряването на здравен мениджмънт.

Водещо място сред тези приоритети заемат два от тях - първична медицинска помощ и промоция на здравето. Обхватът и значимостта на промоция на здравето в определен смисъл е по-широк от този на първичната медицинска помощ, тъй като промоция на здравето се реализира освен в сферата на първичната медицинска помощ, така и извън нея, в **широките рамки на извънболничната помощ.**

В условията на ограничен ресурси на здравната система проблемът за приоритетите придобива първостепенно значение. Това се отнася в пълна степен и до стратегията за промоция на здравето. Приоритетността на промоцията на здравето е свързана с обстоятелството, че тя изисква наличието на висока здравна култура и здравословен стил на живот, който е основният фактор на индивидуалното и общественото здраве.

Това становище се потвърждава от данни от проведено епидемиологично изследване на рисковите фактори в няколко европейски страни. Целта на проучването е била да се оцени и измери в проценти относителната тежест, "приносът" на четири главни фактора на здравето. Получени са следните резултати:

Медицинско обслужване - 10 %

Наследственост - 20 %

Природо-географски (екологични) фактори - 20 %

Стил и начин на живот - 50 %

Тези резултати показват, че независимо от напредъка на медицинските технологии, главният фактор на здравето на населението си остава **стилът на живот**, следван от факторите на околната среда. Ето защо все повече автори подчертават, че ще бъде неефективно всички усилия за здравно благополучие на населението да се ограничават с мерките за подобряване на медицинското обслужване.

Решаващата роля на стила на живот като фактор на здравето се потвърждава от факта, че в редица напреднали страна (Канада, Швеция, Великобритания и др.) определят развитието на промоция на здравето като нов тип здравна политика, различна от традиционната здравна политика, чието внимание е насочено главно към болестта и лечението. Този нов тип здравна политика не се изчерпва с усилията на медицината и медицинските специалисти, а се основава и на широка обществена подкрепа.

Очевидно е, че за едно обективно и добре обосновано определяне на приоритетите е нужна разнообразна информация - епидемиологическа, социално-медицинска, демографска, социологическа, икономическа и др. Очевидно е също, че все още се чувствува дефицит от подобна разнообразна информация, която в доста малка степен се съдържа в официалните отчетни данни.

Стратегията за промоция на здравето възниква върху основата на разработената от Световната здравна организация едноименна концепция. В буквален превод терминът "промоция на здравето" (Health Promotion) означава укрепване, повишаване, производство, стимулиране на здравето. Касае се за укрепване и повишаване на наличния позитивен ресурс от здраве на личността, на групата и на населението в неговата цялост.

В светлината на промоцията на здравето грижата за здравето престава да бъде само отговорност на медицинския сектор, а излиза широко извън неговите рамки в посока на стила и качеството на живота на хората. Още в зародиша на тази концепция Л. Грийн основателно подчертава, че промоцията на здравето е типична интердисциплинна инициатива в здравеопазването, която търси реално **освобождаване от доминирането на медицината** в цялостната дейност на новото обществено здравеопазване (2).

Международно признание и утвърждаване тази концепция (стратегия) получи през 1986 г. на Първата международна конференция в Отава, Канада. На тази конференция бе приета **Отавска харта** за промоция на здравето, в която е отразена философията на промоция на здравето. Идеите и подходите, отразени в Отавската харта по-късно получиха определено развитие, но в своята принципна същност те са неизменни.

Според Отавската харта промоция на здравето е обществено движение, а не затворена професионална медицинска дейност. Тази концепция бе разширена и утвърдена в следващите международни форуми в областта на промоция на здравето – международните конференции в Аделаида (Австралия), в Сундсвал (Швеция) и Токио.

У нас концепцията за промоция на здравето получи популярност в началото на 90-те години на миналия век. В някои висши училища бяха въведени и академични учебни дисциплини по промоция на здравето. Това са предимно медицинските колежи и факултетите “Обществено здраве”.

- - -

1.2. Акценти в концепцията за промоция на здравето – Отавска харта

Както бе посочено, в процеса на здравната реформа е нужно да се определят редица приоритети. Но сред множеството приоритети трябва да се открояят само няколко **водещи приоритети**, с оглед да се съсредоточат в тях основните ресурси на здравеопазването. Сред тези водещи приоритети се нарежда и промоцията на здравето.

В европейските страни са очертани следните водещи приоритети на здравната политика в периода на реформи: първична медицинска помощ, промоция на здравето, ефективно използуване на ресурсите, качество и етика на здравните услуги, въвеждане на пазарни механизми в здравеопазването, интегрален подход с междусекторно сътрудничество, повишаване на управленската култура чрез внедряването на здравен мениджмънт (В. Борисов, С.Попова, Л. Георгиева и К.Шопова, 1998).

Определящо място сред тези приоритети заемат два от тях - първична медицинска помощ и промоция на здравето. Обхватът и значимостта на промоция на здравето в определен смисъл е по-широк от този на първичната медицинска помощ,

тъй като промоция на здравето се реализира освен в сферата на първичната медицинска помощ, така и извън нея.

Приоритетността на промоцията на здравето е свързана с обстоятелството, че тя изисква наличието на висока **здравна култура** и здравословен **стил на живот**, който е основният фактор на индивидуалното и общественото здраве.

В подкрепа на това ще цитираме данни от проведено епидемиологично изследване на рисковите фактори в няколко европейски страни. Целта на проучването е била да се оцени и измери в проценти относителната тежест, "приносът" на четири главни фактора на здравето. Получени са следните резултати: медицинско обслужване - 10 %, наследственост - 20 %, природо-географски (екологични) фактори - 20 %, стил и начин на живот - 50 %. Тези данни показват, че независимо от напредъка на медицинските технологии, главният фактор на здравето на населението си остава стилът на живот, следван от факторите на околната среда.

Във връзка с това все повече автори подчертават, че ще бъде неефективно всички усилия за здравно благополучие на населението да се ограничават с мерките за подобряване на медицинското обслужване. Решаващата роля на стила на живот като фактор на здравето се потвърждава от факта, че в редица напреднали страна (Канада, Швеция, Великобритания и др.) определят развитието на промоция на здравето като **нов тип**

здравна политика, различна от тра-диционната здравна политика, чието внимание е насочено главно към болестта и лечението. Този нов тип здравна политика не се изчерпва с усилията на медицината и медицинските специалисти, а се основава и на широка обществена подкрепа.

Промоция на здравето е нова философия и парадигма на здравеопазната дейност, която акцентира върху ролята на личността и саморегулирането. Отавската харта представя същността на промоция на здравето в следното определение:

Промоция на здравето е даване шанс (възможност) на хората да укрепят и подобрят своето здраве чрез саморегулиране на собственото си здравно поведение.

Като теоретична концепция и като целенасочена практическа дейност провмоция на здравето се характеризира със своя интегрален характер. Програмите за укрепване на здравето са ефективни само когато се основават на комплекс от взаимосвързани дейности. Изолираните, некоорднирани или едномоментни действия крият малък шанс за успех.

Този интегрален характер е свързан с обстоятелството, че факторите на здравето са многообразни и произхождат от всички елементи на жизнената среда.

Дейността за промоция на здравето има няколко водещи ориентири. Отавската харта определи стратегическите рамки на

дейността за промоция на здравето с особено внимание и насоченост към следните принципи:

- Преориентация от болния към **здравия** човек;
- Преориентация от правото на здраве към **отговорността** за здравето;
- Преодоляване на съсловната затвореност на здравните професионалисти и ориентация към широко **професионално партньорство** с педагози, психолози, социални работници, журналисти и др. в интерес на укрепването на позитивното здраве.

Тези принципни положения поставят изискването, когато планираме или оценяваме дейността на промоция на здравето да прилагаме широк подход обхващащ много сфери на живота, до нивото на цялостна система от социално организирани дейности.

Така, борбата с всеки отделен рисков фактор по определен начин влияе върху състоянието на другите фактори. апример, исхемичната болест на сърцето, където могат да се установят цяла редица рискови фактори като тютюнопушенето, хиподинамия, ниво на серумния холестерин, приемане на наситени мазнини, стресови ситуации, наследствена диспозиция. Ефективната профилактика на коронарната болест очевидно предполага и изисква един много широк, интегрален медико-социален подход.

Във връзка с това промоцията на здравето е по-широка и по-комплексна от професионалната медицинска дейност (дейността на лекаря или медицинската сестра в конкретното здравно заведение). Медицинската дейност, извършвана в рамките на здравното заведение, е само част от цялостната дейност за промоция на здравето. Затова промоцията на здравето засяга дейности в границите на много други ведомства и сектори на обществения живот - образование, култура, морал, политика, религия, услуги, туризъм, обществено хранене и др

Всичко това прави необходима **междусекторно сътрудничество и мултипрофесионалният подход.** Професионалното партньорство е една от главните предпоставки за успешно реализиране на дейността за промоция на здравето..

Например, при съставянето на оздравителна програма за ученици в даден регион или в цялата страна заедно със задачите на медицинските работници трябва задължително да предвидим конкретните задачи на редица други професионали като педагози, психолози, социални работници, юристи, икономисти, диетолози, организатори на туризма, архитекти, журналисти, бизнесмени, обществеици. Според установената традиция някои от тези специалисти трудно осъзнават и възприемат ролята си в една оздравителна програма. Но опитът на редица инициативи на СЗО (“Здрави градове”, “Здрави училища”)

свидетелствува, че мултипрофесионалния подход се налага като задължителна норма за промоция на здраве (Л. Георгиева). Развитието на умения за партнъорство е важен елемент на професионалното изграждане на всички, чиято дейност е ориентирана към опазване и укрепване на общественото здраве.

Проблемите на промоцията на здравето са неотделими от проблемите на жизнената среда. В литературата се утвърждава разбирането на “екологично обществено здраве”, за “екологичен сценарий на здравето”. На проблемите на здравословната жизнена среда бе посветена Третата международна конференция за промоция на здравето през 1991 г. в град Сундсвал, Швеция.

Под жизнена среда се разбира съвкупността от всички социални, икономически и физически елементи на обкръжаващия ни свят, които могат да влияят върху здравето на индивида, социалната група и обществото.

Здравето отразява взаимодействиетомежду човека и неговата жизнена среда. Здравето зависи от състоянието на средата, но от своя страна състоянието на средата зависи от отношението на човека към нея. По този начин се затваря един цикъл, в който ролята и отговорността на човека за собственото му здраве минават през ролята и отговорността на човека за опазването на средата и за активно създаване на укрепваща здравето жизнена среда.

Един от главните подходи на промоцията на здравето е **екологичният.** Изходна точка на този подход е въпросът “Къде, в каква среда се създава и руши човешкото здраве?” Правилният отговор на този въпрос насочва вниманието на обществото към условията на ежедневния живот в училището, в семейството, в работната среда и т.н. В своята класическа книга “Адаптиращият се човек” американският учен-медик Рене Дюбо пише: “Състоянието на здраве или болест е израз на успеха или неуспеха на организма в неговите усилия да отговори приспособително на изискванията на средата”.

Исторически факт е, че колкото по-индустриализирано развито е ставало обществото, толкова повече се е влошавала жизнената среда на човека. Редица учени са посочвали **парадоксалният резултат:** успоредно с прогреса на човечеството, с развитието на цивилизацията, са се появявали нови негативни фактори на здравето и са зачестявали някои заболявания, малко известни или почти неизвестни в миналото.Във връзка с тези тенденции в Америка и Западна Европа след 60-те години на XX век нашумя **концепцията** за **“Болестите на цивилизацията”.** С тази концепция беше направен опит да се обясни най-масовата патология в индустриално развитите страни - преди всичко широкото разпространение на сърдечно-съдовите заболявания (миокарден инфаркт), рака, нервно-психичните разстройства, болестите на

обмяната, травматизма и др. Като причини за смърт в тези страни сърдечно-съдовите заболявания заеха водещо място (около 60% от всички причини за смърт), следвани от злокачествените новообразования.

Болестите на цивилизацията е т. нар. социална **дезадаптация** - невъзможността на съвременния човек да се приспособи към изменящите се условия на социална среда.

Социалната дезадаптация може да намери израз в многообразна патология - психични разстройства, опити за самоубийство, миокарден инфаркт и други болестни явления, които са най-масово разпространени в съвременното общество.

В тази насока най-значимата международна проява в световен мащаб бе конференцията в гр. Сундсвал, Швеция през 1991 г., посветена конкретно на проблема “Укрепваща здравето жизнена среда”. Конференцията прие декларация, която е фокусирана към потребността от широк интегрален подход и мултипрофесионално партньорство.

Със своя широк многоаспектен подход към проблема за жизнената среда конференцията в Сундсвал създаде предпоставки и стимули за популяризиране и активизиране на дейността за промоция на здравето във всички страни. В светлината на промоция на здравето целта е да се осигурят всички обективни и обективни условия за създаването и утвърждаването на здравословна жизнена среда на съвременните и утрешните поколения.

Дълбоката същност на дейността за промоция на здравето е да се формира позитивна потивация за рационално здравно поведение. Мотивът е психологически акт, чрез който личността автономно обосновава своя **избор на едно или друго решение** за действие. Мотивът е вътрешният "невидим" източник на човешката дейност. Характерът и насочеността на мотивацията са в зависимост от *ценностната система и потребностите* на дадена личност. Да се регулира и управлява човешката дейност в желаната посока означава да се познава и овладява мотивацията на хората. Мотивацията е сърце на управлението. Този общ принцип с пълна сила важи и за регулирането на такъв конкретен вид човешка дейност като здравното поведение.

Щом мотивацията е вътрешният двигател на здравното поведение, то изучаването и целенасоченото използуване на **здравната мотивация е ключов проблем за промоция на здравето.** Без въздействие върху здравната мотивация съвременната дейност в тази област е просто немислима.

Като трешен подбудител, източник на дейността на личността мотивът е израз на нейната **автономност.** Изпълнението (или неизпълнението) на указанията на лекаря винаги е обусловено от характера на личната мотивация. Българският медикосоциолог Тр. Трендафилов подчертава: "Всеки опит да се формира ново, да се отстранява или да се коригира затвърдено вече здравно поведение, без да се основава

на проучването на неговите мотиви, е обречен повече или по-малко на неуспех”. В тази насока се изисква определен личностов психологически подход от страна на всеки здравен професионалист(С.Попова)

Мотивите за правилното или неправилното здравно поведение могат да бъдат от различно естество:

а) Мотиви от **психо-физиологично** естество - например, болка, неразположение, страх и др. Така, страхът от болката при екстракция на зъб може да въздържа много хора от посещение при стоматолог, откриване на раково заболяване въздържа много хора от своевременен лекарски преглед.

б) Мотиви от социално - **психическо естество** - свързани с подражание, обществено мнение, мълва, мода и др. Например човек започва да действа по определен начин (пуши, пие много кафе, облича съответни дрехи и т.н.), защото другите хора правят така.

в) Мотиви от **естетическо** естество. Например, стремежът за физическа красота, стройно тяло, може да бъде положителен здравен мотив. Същевременно някои увлечения в модата могат да водят до нежелателни здравни мотиви (гладуване за грация и др.).

г) Мотиви от **морално** естество - чувство за дълг и отговорност, съвест, хуманност и др. В този аспект здравното поведение може да се разглежда като морален критерий за

личността и обществото. Нерационалното здравно поведение е не просто негативен здравеопазен факт, но и свидетелство за неблагоприятна етична оценка на дадена личност или социална група.

д) Мотиви от **икономическо** естество - жилищни условия, материално състояние, финансови бариери за здравословен начин на живот, , за своевременно обръщане към лекаря и др.

е) Мотиви от **здравно-рационално** естество. Те са свързани с трезва преценка на ползата за личното и обществено здраве от определено поведение. Този тип мотиви са особено развити сред възрастните хора и у лицата с хронични заболявания (диабет, хипертония, бронхиална астма, хроничен нефрит и т.н.).

Споменатите мотиви имат тясна връзка с формирането на необходимата здравна култура (здравни знания и здравни ценности) на населението и на отделния индивид. Ето защо познаването на мотивите изисква познаване на здравната култура.

В зависимост от характера и силата на мотивите личността проявява своята **автономност** и прави **свой личен избор** между няколко възможни варианта за дейност. Тя може да приеме изцяло или частично, да видоизмени или да отхвърли съветии варианти на поведение, посочени от здравните професионалисти.

Формирането на личната здравна мотивация зависи от няколко основни **фактора**:

1. Обем и характер на наличните здравни знания (здравна информираност) - дали са пълни или частични, правилни или погрешни;

2.Мястото на здравето в ценностната система на личността - централно, приоритетно, периферно, значимо или незначимо;

3. Степен на осъзнаване потребността от високо ниво на здраве (здравни потребности);

4. Характер на отношението към здравето (собствено или на другите хора) - активно, пасивно, неутрално, безлично, негативно, позитивно;

5. Конкретна моментна ситуация, определяща емоционалния фон на личността, ограничителите и възможностите на избор на даден вариант за поведение.

Тези фактори действуват винаги интегрално, взаимосвързани, затова липсата или подценяването на който и да е от тях води до деформация на мотивацията, до повърхностни или нетрайни мотиви, които са източници на едно нестабилно, силно зависимо от случайността здравно поведение. Така например, ако желаем да формираме елемент на здравно поведение, който обобщено ще назовем

“системно общуване с природата”. Достатъчно ли е примерно да имаме познания за здравната полза от общуването с природата (фактор 1) и активно позитивно отношение към собственото здраве (фактор 4). Ако у нас общуването с природата не е вътрешна потребност (фактор 3), не е естетическа и морална ценност (фактор 2), ако моментната ситуация, транспорт, семейни проблеми и т.н. (фактор 5) създава известни бариери в придвижването ни извън големия град, то мотивът за общуване с природата неусетно ще отслабне или изчезне (например, той може да се изрази в решение за половин часова разходка из градския парк).

Сложното и постоянно изменящо се съчетание на посочените по-горе фактори обуславя голямата **динамика** на личната здравна мотивация и трудностите за нейното изучаване и регулиране. Няма да бъде преувеличено, ако кажем, че най-големите и най-специфични трудности в дейността за промоция на здравето са свързани с проблема за здравната мотивация.

От изложеното се вижда, че проблемът за регулирането на здравната мотивация е много широк и далеч надхвърля изискването на разпространението на здравни знания.

Проблемът за здравна мотивация опира до цялостната характеристика на личността и социалната група и оттук

произлиза необходимостта от **интегрален подход** в дейността за промоция на здравето. Непосредствена цел на изучаването и регулирането на здравната мотивация е постигане **на позитивно здравно поведение** и повишаването на **здравната активност** на хората.

Под здравна активност се разбира целенасочено позитивно мотивирано здравно поведение, способствуващо за укрепване на личното и общественото здраве. Здравната активност е съществен елемент и критерий за здравословния стил на живот на отделната личност, социална група и обществото.

Със възникването на промоция на здравето като обособена самостоятелна концепция се очерта необходимостта от нейното развитие в следните **три сфери:** специални научни анализи, учебна дейност и професионална практическа дейност за промоция на здравето.

Целта на научните анализи е да обосноват и конкретизират целенасочени и по-ефективни дейности за укрепване и стимулиране на общественото здраве.

Представата за факторите на здравето и болестта е претърпявала характерни промени в течение на вековете. Бащата на медицината Хипократ си е представял като основна причина на болестта нарушаването на съотношението между четири сокове (течности) в организма на човека: кръв, слиуз (флегма), черна жлъчка и жълта жлъчка. Според него на всяка от тези течности съответствуват определен темперамент: на кръвта –

сангвиничен, на флегмата - флегматичен, на жълтата жлъчка - холеричен и на черната жлъчка - меланхоличен.

Изхождайки от тези представи Хипократ е отдавал първостепенно значение на “природата” на болния и е препоръчвал всячески да се стимулират “естествените способности” на организма. При ограничените знания на своето време той се е въздържал от насилствено вмешателство в естествения ход на болестите издигайки като основен принцип на медицината “Първо да не вредим!”.

През по-късните векове познанието за факторите на здравето и болестта претърпява еволюция. Нерядко наивни и религиозни представи са господствували над строго научните факти. Ускорено развитие на познанието за причините на болестите има през XIX и XX век, свързано отначало с прогреса на микробиологията, епидемиологията, паразитологията, вирусологията, а по-късно на биохимията, имунологията, социалната медицина и др. За формирането на съвременното познание за здравето ключова роля изигра развитието на епидемиологията на хроничните незаразни болести (сърдечно-съдови, нервно-психични, злокачествени новообразования, ендокринни и др.) и въвеждането на понятията рискови фактори и рискови групи.

Рисковият фактор е някакъв признак или елемент на жизнената среда на човека (климат, сезон, местоживеене, тип хранене, стрес, вредни навици и др.), който създава условна вероятност за възникване на една или друга болест. Трябва да се подчертаят следните важни особености на рисковите фактори:

1. Факторите на средата стават рискови (т.е. създава вероятност за възникване на заболяване) не сами по себе си автоматично, а само при определени условия, при съчетание с други специфични фактори. Например, наднорменото тегло само по себе си може да не предизвика заболяване, но в съчетание с повишено кръвно налягане и хиподинамия то е рисков фактор за сърдечно-съдови заболявания и в частност атеросклероза, миокарден инфаркт и др.

2. Рисковите фактори най-често влияят върху организма не изолирано, поединично, а взаимосвързано в динамично изменящи се комплекси.

3. Един и същи фактор може да бъде рисков едновременно за няколко заболявания - например, тютюнопушенето за миокарден инфаркт, хроничен бронхит, хроничен гастрит и др., стресът за психоневрози, диабет, хипертония и др. това обстоятелство има важно значение за промоцията на здраве, тъй като преодоляването на един рисков фактор има многопосочен положителен ефект.

Въз основа на наличието на определени рискови фактори у едни или други лица могат да се формират т.нар. **рискови групи** (с повишен риск за заболяване). Чрез ориентацията към конкретните рискови групи от населението (рисков подход) дейността за промоция на здравето може да стане по-целенасочена и по-ефективна. От гледна точка на този рисков подход е необходимо партньорството между организаторите на оздравителни програми сред населението и специалистите по епидемиология на хроничните неинфекциозни заболявания. Засега в нашата страна все още една от главните слабости на здравиопазната дейност в широк смисъл е отсъствието на подобно партньорство, свързано с много рядко прилагане на рисковия подход в областта на промоцията на здравето.

Изложеното показва, че едно от условията за професионализъм в дейността за промоция на здраве е нейното целенасочване към определени най-уязвими в здравно отношение групи от населението. По същество това е рисковият подход при планиране и осъществяване на различните оздравителни дейности.

Реализирането на рисковият подход е възможно само върху основата на конкретни научни изследвания, обосноваващи посоката и границите на здравно промотивните дейности.

През изминалото десетилетие в редица страни се реализираха изследвания в областта на здравната култура на населението,

стилът на живот и начина на хранене. С това се оформиха следните нови научни направления:

1. Здравна културология (проучване на наличните здравни знания сред различни контингенти - ученици, млади семейства, градски жители, селски жители и др.).

2. Епидемиология на храненето (проучване на начина на хранене, хранителните навици, разпространение на нерационалното хранене и др.).

3. Поведенческа епидемиология (проучване на стила на живот, разпространенията на нездравословните навици, на поведенческите рискови фактори от рода на тютюнопушенето, алкохолизма, хиподинамията, стреса и др.).

Развитието на научния подход в промоция на здравето създаде условия за внедряване на академична учебна дейност по тази проблематика. У нас за пръв път промоция на здравето като учебен предмет бе въведено през 1993 г. във Факултета по обществено здраве към Великотърновския университет (преподавател проф. В. Борисов). След това този предмет като редовен или избираем бе въведен в медицинските колежи, във факултет "Сестринско дело" – София и в бакавърските и магистърските програми на Факултет "Обществено здраве" – София.

През последните години у нас започва тенденцията за реализиране на промоцията на здравето и като специална

професионална практика. Тази практическа дейност се изявява в няколко насоки:

* Създаване на отдели по промоция на здравето в РЗИ;

* Регламентиране на определена част от бюджета на времето на семейния лекар за дейност по промоция на здравето;

* Дейност по различни проекти, ориентирани към промоция на здравето. У нас като пример могат да се посочат следните *организирани практически дейности*: дейност по проекта на СЗО "СИНДИ" (ограничаване рисковите фактори на сърдечно-съдовите заболявания), проекта "Здрави градове", проекта "Училища, утвърждаващи здраве", проекта "Болници за промоция на здраве". Това са само първи организирани **инициативи** за промоция на здраве в нашата страна, но те показват, че ще има все по-широки възможности за професионална реализация в тази област. Оттук възниква и необходимостта от възможно най-компетентно управление и организация на практическата дейност по промоция на здравето.

Специално следва да отбележим реализирания у нас през 1998-1999 г. проект за училища, утвърждаващи здравето. Главният извод от този проект е, че той доказа абсолютната необходимост от тясна връзка и партньорство между медиците и педагозите в дейността за укрепване здравето на учениците. Резултатите от това партньорство в хода на проекта са отразени много добре в издадената книга "Моето здраве - моето училище".

Тези нови тенденции показват, че дейността по промоция на здравето се институционализира както в живата практика, така и като сфера на науката и на университетското образование. Създадени са известни предпоставки за единство на научната, учебната и практическата дейност промоция на здравето. Това е благоприятен фактор за по-отчетливо ориентиране на здравната политика към промоция на здравето и за един бъдещ по-висок професионализъм в тази приоритетна област на здравеопазването.

Развитието на теорията и практиката на промоция на здравето е свързана с решаването на проблема със здравословния стил на живот (Healthy lifestyle).

Здравословният стил на живот се определя като конкретен тип, модел или система от жизнени дейности и поведение на човека, целенасочени към съхранение и подобряване здравето на отделния човек и на обществото.

Здравословният стил на живот е синтезиран израз на основните, **типичните** за даден човек или група черти на позитивното здравно поведение. Диапазонът на моделите на поведение, достъпни за индивида, може да бъде ограничен или разширен в зависимост от икономическите, социалните и екологичните условия.

Идеята за целенасочено въздействие върху личността с оглед преобразуване на нейния стил на живот в здравословен стил на живот е основополагаща *приоритетна цел* на промоцията на здраве. А това, както вече посочихме, опира до проблема за личната здравна култура, ценностна ориентация и мотивация.

Очевидно е, че дейността за промоция на здравето има много неповторими нестандартни елементи, тъй като обект на нейните усилия е преди всичко личността и чрез нея обществото.

Трябва да се подчертае, че така както не може да има идеално здравно състояние, не може да има и всеобщо валиден "оптимален" стил на живот, който с еднаква сила да се препоръчва на всеки човек. Всеки отделен човек е уникален в своите идеали, стремежи, ценности, култура, физически възможности, традиции, семеен живот и т.н. Затова уникален е и неговия стил на живот.

Голямо предизвикателство към дейността на промоция на здраве е именно да се овладее и регулира индивидуално неповторимият стил на живот като се направи максимално адекватен на здравните потребности на конкретната личност. В този смисъл формирането на здравословен стил на живот изисква преди всичко индивидуален подход в дейността за промоция на здравето.

Основни **критерии** (признаци) за наличието на здравословен стил на живот са (В. Борисов, С.Попова и съавтори, 2000):

- **Здравна активност:** активно отношение към усвояване на здравни знания и умения, към системен контрол на собственото здравно състояние и т.н.; здравето е сред приоритетните ценности на личността; налице е позитивна здравна мотивация.

- **Антирисково поведение:** наличие на позитивни здравни навици при отсъствие на основни вредни фактори като тютюнопушене, алкохолизъм, нерационално хранене, стрес, хиподинамия.

- **Самопомощ и взаимопомощ:** основни умения за оказване на първа медицинска помощ, за диетично хранене, воля за преодоляване на вредни привички (тютюнопушене) , себе си или у околните и т.н.

- **Психологическа нагласа:** за партньорство и обществена ангажираност по проблемите на здравето, включване в провеждането на оздравителни програми.

*

1.3. Промоция на здравето като стратегия и приоритет на новата здравна политика

В предишната глава бе обосновано, че промоция на здравето е качествено нов подход, нова парадигма и философия, нова стратегия за подобряване на общественото и личното здраве. Тя се стреми да преодолее доминирането на тесния медицински детерминизъм и да ангажира широк, комплексен спектър от личностови и социални фактори за стимулиране и укрепване на здравето на населението в неговата цялост.

Заедно с това промоция на здравето се разглежда като нов тип социално-здравна политика, ориентирана към рязко повишаване и разширяване на личната и на обществената *отговорност* за здравето.

Здравеопазването и реализиращите се в него промени са социален процес на определен тип **взаимоотношение между здравните професионалисти и населението**. Ако това взаимоотношение е неадекватно, смущава се самият процес на промяна в здравеопазването и рискът от неговото протичане в нежелана посока е реален (3).

Здравната реформа е тип на значима организационна промяна, насочена към определени цели и резултати.

Промяната води до нови реалности със съответни резултати, които могат да бъдат адекватни на очакванията и предвижданията, а също и неадекватни и неочаквани. Това

налага постоянен мониторинг на процесите и резултатите на промяната, тяхната динамична оценка с оглед вземането на своевременни коригиращи решения. На този проблем обръщат внимание редица автори (2,4,9).

В стратегически аспект може да се счита, че общественото и професионалното мнение за здравната реформа са елементи на околната среда (външна и вътрешна) на здравната реформа. Някои анализи (В.Борисов) показват, че тази среда се характеризира с редица особености: незадоволителна здравна култура на населението, слаба информираност за целите и вероятните ефекти от здравната реформа, нарастваща информационна асиметрия (между населението и лекарите), максималистични очаквания от здравната реформа, засилваща се диспропорция между потребностите от здравни услуги и тяхното предлагане, силен превес на лечебните на профилактичните и здравно-промотивните дейности, задълбочаващо се неравенство в обществото по отношение достъпа до високо качествени здравни услуги.

В контекста на тези явления се чувствува необходимостта от прецизиране на обема и характера на търсенето на здравни услуги и на баланса на диагностично-лечебната и превантивно-промотивната дейност. Нараства значимостта и приоритетът на промоция на здравето като цялостна и целенасочена системно организирана дейност.

Следва да се подчертае, че промоцията е „*действие за подпомагане, съдействие, поддръжка, подкрепа на растеж или развитие на нещо*”. Именно затова промоцията на здравето е свързана с философията за „здраве за здравите” и включва следните елементи:

- Целенасочени действия за елиминиране на рисковите фактори;
- Подкрепа на факторите, водещи до по-добро здраве на населението;
- Подкрепа за подходяща здравна, социална и екологична политика;
- Стимулиране участието на здравните професионалисти в здравното възпитание и здравната подкрепа.

Основни принципи на промоция на здравето са:

- създаване на политика, укрепваща здравето;
- създаване на подходяща жизнена среда, укрепваща здравето;
- засилване на общественото участие в здравните дейности
- засилване на личната отговорност и развитие на лични умения, знания и възможности за укрепване на индивидуалното и общественото здраве;
- преориентация на здравната служба към промоция на здравето

- развитие на социална отговорност за здравето;
- нарастване на инвестициите в здраве;
- разширяване на партньорството за здраве;
- повишаване на възможностите на личността и обществото;
- осигуряване развитие на инфраструктурата за промоция на здравето (127).

В светлината на промоция на здравето възниква тенденция за преориентация на приоритетите на здравната дейност:

- От право на здраве към отговорност за здравето;
- От „здраве за хората" към „здраве чрез хората";
- От болния човек към здравия човек, т.е. от негативното към позитивното здраве;
- От външни въздействия върху здравното поведение към неговото саморегулиране, самомотивация;
- От професионална изолация на здравните професионалисти към широко отворено професионално партньорство за укрепване на здравето.

Промоция на здравето разглежда личността и социалната група като основни ресурси на здравето. От обект на медицински дейности личността се превръща в субект на здравето. Ето защо в промоция на здравето първостепенно значение се отдава на личната здравна мотивация за формирането на стабилен здравословен стил на живот.

Оттук произлиза **решаващото значение на здравната мотивация, здравното поведение и здравословния стил на живот.**

От казаното дотук е очевидно, че промоция на здравето не е чисто медицинска дейност в традиционния смисъл, а е широка здравно-обществена дейност. В страни като Канада, Швеция, Великобритания, Австралия и др. промоция на здравето вече се реализира като широко развито обществено движение.

Трябва да се подчертае, че в развитите европейски страни промоция на здравето е утвърдена като безспорен приоритет на здравната политика. Акцентът на здравеопазната дейност все повече се ориентира към позитивното здраве, свързано с рационалното здравно поведение.

Крайната цел на промоция на здравето е повишаването на нивото на позитивното обществено здраве, а непосредствената (инструментална) цел е създаването на здравословен стил на живот, който е практическо отражение на високата здравна култура на населението.

Здравната култура е система от знания, ценности, умения и реално поведение, насочена към опазване и укрепване на индивидуалното, груповото и общественото здраве.

Главен метод за повишаване на здравната култура на населението е здравното възпитание. Според СЗО главното предизвикателство и главната мисия на всеки здравен

професионалист е да стане здравен възпитател на населението в бъдеще.

Здравното възпитание е трудна задача, тъй като здравната култура е не само информираност, но и определена ценностна система. А ценностната система се формира главно в ранната възраст на човека. От друга страна ценностната система се формира не само чрез „просвета" и обучение, а под решаващото влияние на цялостната околна жизнена среда на човека.

Ето защо решаващият подход в здравното възпитание е интегралният, основан на широка обществена подкрепа и на професионално партньорство преди всичко с педагози, психолози и журналисти, с медиите. Важна роля в тази насока играе и прякото ангажиране и активното участие на семейството.

Основни **методи на здравно възпитание** са:

1. Устно слово – лекции, беседи и др.
2. Печатно слово – брошури, статии, телевизионни предавания и др.
3. Нагледни средства – плакати със здравно съдържание, фотоизложби, модели и др.
4. Комбиниран метод – съчетаване на горните три метода в телевизионни предавания, филми, куклени пиеси и др.

Ефективното прилагане на тези здравно-възпитателни методи изисква прякото ангажиране на печата, радиото и телевизията за дейности в интерес на промоция на здравето.

В нашата страна като водещи приоритети на дейността за промоция на здравето могат да се посочат следните:

- Здравно образование и здравно възпитание на подрастващите;
- Здравно възпитание на младите семейства;
- Повишаване отговорността на училището и на педагозите за здравното състояние на учащите се;
- Повишаване на отговорността и на ролята на мас-медиите и особено на телевизията за здравето на нацията;
- Регламентирана отговорност и ангажираност на общините за създаване на стабилен здравословен стил на живот на населението, живеещо в тяхната територия.

В този аспект здравословният стил на живот може да се разглежда еи анализира на три нива:

Индивидуално ниво (здраве на отделната личност);

Групово ниво (социалната група – семейство, професионална група);

Обществено ниво (обществото като цяло).

Условие за формирането на обществен здравословен стил на живот е **междуличностното и междугрупово партньорство** в общата дейност за опазване и укрепване на здравето. Това от своя страна предполага и изисква установяването на социален

консенсус, че здравето е приоритетна цел в обществения и в личния живот.

Постигането на подобен социален консенсус изисква постоянна дейност по повишаване здравната култура на населението с приоритетна насоченост към подрастващото поколение. Ето защо днес и в бъдеще важна мисия на здравните професионалисти е здравното възпитание на населението. Без преувеличение може да се приеме, че **здравният професионалист на бъдещето ще бъде преди всичко здравен възпитател на населението.**

Тази мисия и функция е заложена в приоритетите на нашата здравна реформа. Така според Националния рамков договор семейният лекар, наред с диагностично-лечебната дейност, е длъжен да осъществява дейност по промоция на здравето - здравно възпитание на своите пациенти, профилактични прегледи и др. Следва да се признае, че понастоящем все още тази дейност на семейния лекар е минимално и фрагментирана. В перспектива обаче тя ще стане приоритетна дейност, както показва опитът на редица страни (Канада, Швеция, Великобритания, Холандия и др.).

...

1.4. Подходи и методи за повишаване на здравната култура на населението

Формирането на здравната култура и по-конкретно здравословния стил на живот, като цел на промоцията на здравето е тясно свързано с такива **педагогически процеси**, като: здравното образование, здравното възпитание, здравното облучение и здравната просвета.

Повишаването на здравната култура е свързано преди всичко с акцент върху значението и нарастването честотата на основните рискови фактори на най-разпространените социално-значими заболявания у нас. Както показват анализите на М. Дякова през последните петнадесет години нараства делът на почти всички рискови фактори особено на сърдечно-съдовите заболявания (12). Значим увеличение в силата или продължителността на въздействие се наблюдава на познати рискови фактори – тютюнопушене, дислипидемия, нерационално хранене, хиподинамия, и др. Освен това се появяват **нови социално-икономически и психологически рискови фактори** – психоемоционален стрес, повишени професионални изисквания, социална изолация, ограничен достъп до спешна помощ и редица други (9, 20, 95).

Здравното образование е процесът на формиране на здравните знания, убеждения, умения и навици. А здравното

възпитание е процесът на формиране на съответен стил на поведение. И двата процеса протичат в три основни форми:

а/ Като особен тип диференцирана, организирана и целенасочена педагогическа дейност;

б/ Като непреднамерен, стихиен процес под влияние на взаимодействието на личността с обкръжаващата я следа;

в/ Като процес на самообразование или самовъзпитание.

Здравното възпитание като всяка човешка дейност се проявява със своята външна страна, изразена в материален осезаем резултат, и своята вътрешна страна, в която се въплъщават знанията, способностите, качествата, висшите психически функции на човека, в частност мотивите (К. Шопова).

Здравното възпитание има няколко основни характеристики:

* Целенасоченост и съзнателност;
* Потребностна обусловеност;
* Избирателност.

Повишаването на здравната култура на учениците изисква създаването на определени **организационни и педагогически условия** в училище. Редица експерти препоръчват да се въведат самостоятелни учебни предмети по здравна проблематика, в т.ч и по сексуална култура на учениците. Необходим е и нов позитивен подход и съответна мотивация на учителите в тази насока.

Повишаването на общата здравна култура също така е основен елемент в **дейността на общопрактикуващия лекар** по промоция на здравето.

В тази насока възможностите на всеки болничен клиницисдт и на общопрактикуващия лекар са много широки и той следва да използва всички подходи и методи.

Важен фактор за позитивно въздействие, за предаване на здравна информация и формиране на адекватна мотивация за здравно поведение е личният авторитет на стоматолога пред неговите пациенти, доверието, с което той се ползва. Този фактор не трябва да се подценява и може да се използва в интерес на формирането на съвременна здравна култура и съответно здравословен стил на живот.

В ежедневната си дейност всеки лекар може да използва следните подходи и методи за повишаване на здравната култура на пациентите си

- Индивидуална беседа по общи проблеми на стоматологичното здраве и хигиената на устната кухина и зъбите.
- Индивидуална беседа по конкретни въпроси на конкретното заболяване на пациента като се изясняват основните причини за неговото възникване и начините за профилактика. Този методи може да се използва при всеки пациент на стоматолога.

- Групова беседа с пациенти със сходна патология. Може да се използва методът на въпроси и отговори, чрез които се предава определена здравна и хигиенна информация.
- Печатни материали - брошури и листовки с популярни текстове по конкретни въпроси на причините и профилактиката на стоматологичните заболявания.
- Нагледни материали - плакати, схеми и фотоси с конкретна ориентация към факторите и профилактиката на стоматологичните заболявания.

Трябва за се подчертае, че най-достъпни в ежедневието и най-ефективни са методите на живото слово - индивидуалната и груповата беседа, поради което стоматологът следва да формира в себе си комуникационни умения и достъпен популярен език, който да използва при всеки пациент.

В светлината на промоция на здравето очевидно само техническите умения на лекаря са недостатъчни за изява на неговия висок професионализъм. Той трябва да владее междуличностното общуване и да има ясен и образен език за позитивно въздействие върху здравната култура и здравното поведение на своите пациенти.

1.5. Промоция на здравето, приоритетно ориентирана към училищната възраст

Както вече отбелязахме, потребностите от ефекивна промоция на здравето са най-големи и нарастващи понастоящем в училищната възраст. На това обстоятелство обръщат внимание редица автори (16, 17, 20, 41, 75, 109, 123). Утвърждава се становището, че приоритет на дейността за промоция на здравето трябва да бъдат именно ученическите контингенти.

Актуалността и значимостта на подобен подход се обуславят от редица съществени фактори на нашата съвременност:

- Ускорен физически растеж в ученическа възраст;
- Добри възможности на ученика за усвояване на голяма по обем и разнообразна информация;
- Повишаване на влиянието на приятелите и училището;
- Значителни психологически промени в ученическата възраст;
- Зачестяване в ученическа възраст на психологическите кризи, на еманципацията, на сексуалността и на идентитета на подрастващата личност.
- Тежката демографска криза в страната и влошеният здравен статус като последица от широкото разпространение на рисковите фактори за здравето;
- Недостатъчна ефективност на досегашните профи-лактични програми (77).

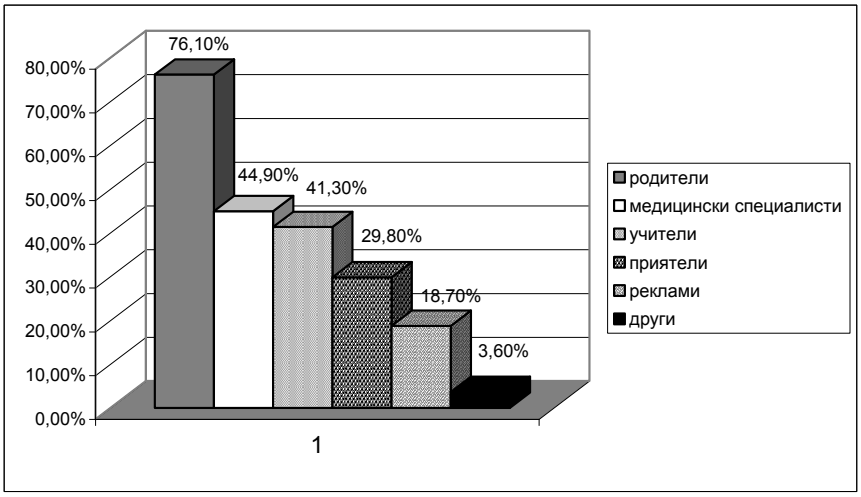
В тази насока силно нараства потребността от реализиране на **комплексна национална програма** за целенасочено промотивно въздействие върху здравето на учениците.

1.6. Възможности на училището за формиране на здравословен стил на живот

Когато обсъждаме острата необходимост от промоция на здравето при учениците следва да анализираме и отчитаме реалните възможности на нашето училище за хормиране на здравословен стил на живот. Без ясен **реалистичен подход** промоцията на здравето ще остане само едно пожелание.

Задълбочен анализ по този проблем прави С. Младенова в своята докторска дисертация и в редица свои публикации (75, 77, 79, 88). Тя установява, че учителите с позитивно отношение към идеята за здравна промоция, здравно образование и формиране на здравословен стил на живот, което е един благоприятен фактор. Учителите считат, че учениците нямат необходимите здравни знания и здравна култура, а чрез тяхното повишаване ще се повиши и общата им култура, учениците ще получат знания за предпазване от заболявания и за превенция на рискови за здравето фактори. Нещо повече, мнозинството от учители (84,60%) са на мнение, че в училище не само може, а е задължително да се формира здравословен стил на живот. В някои от семействата родителите и близките нямат достатъчно здравни знания и съответстващото

здравно отговорно поведение, което има възможност да бъде коригирано в известна степен в училище.



Фиг. 3. Мнение на учители за силата на въздействие на отделните фактори върху здравословния стил на живот на учениците (по С. Младенова)

По данни на С. Младенова повечето от учителите (79,00%) заявяват, че могат да повлияят на учениците да живеят по-здравословно и го правят. Според тях най-въздействащ е личният пример, други се опитват да включат проблемите във всекидневните уроци, съобразно учебното съдържание. Повече от половината учители (54,80%) посочват, че учениците споделят с тях понякога своите и на семейството си здравни проблеми и търсят компетентен съвет и помощ. Въпросите, които ги вълнуват са много и разнообразни, свързани са с някои хронични заболявания, актуални вирусни инфекции (СПИН, птичи грип), половото съзряване и промените, които настъпват в организма им. Учениците не споделят здравни проблеми с 21,60% от преподавателите си, което показва, че

те нямат необходимото доверие и сигурност, че ще им бъде оказана помощ и подкрепа.

Тези данни убедително показват, че именно училището е институцията, която може и трябва да участва при формирането на здравното поведение у учениците, но е нужен механизъм да се увеличи съществено ролята и отговорността на тази институция за здравословния стил на живот на учениците.

1.7. Здравна култура и здравно възпитание на ученици в контекста на стратегията на СЗО за промоция на здравето - програмният подход в промоция на здравето

Дейността по укрепването на позитивното здраве е сложна и трудна за организиране, тъй като тя е свързана с цялостния стил на живот на личностт, групата и обществото. Но за да бъде ефективна за партньорство и обществена ангажираност по проблемите на здравето, включване в провеждането на оздравителни програми.

Ключов проблем на промоция на здравето е нивото на здравната култура, което от своя страна определя съответните подходи за нейното повишаване чрез адекватно здравно възпитание.

За съжаление, както установяват някои автори, у нас не се провежда ефективна здравно-възпитателна дейност по конкретни програми в училището.

По своята същност здравната култура на ученика представлява съвкупност от овладяваните знания, емоции и чувства, насочени към формиране на положителни нагласи, убеждения и отношение, умения и привички за опазване на здравето, своето и на другите хора.

Здравната култура на личността се отличава със своя динамизъм. Тя е променяща се система и е многофакторно обусловена. Тази обусловеност се свързва от една страна с мястото на здравето като ценност в личностната характеристика на човека и от друга страна, от мястото на здравето като биосоциален феномен, което обществото му отрежда в системата от непреходни общочовешки ценности (136).

В своята обширна публикация Г. Терзиева прави извод, че основен, нерешен проблем в нашето училище остава ниската здравна култура на учениците още в ранна училищна възраст. Необходимо е да се изградят и провеждат **организационно-педагогически условия**, които съдействат за формиране на здравната култура на учениците. Според авторката те могат да бъдат групирани в няколко направления: - Наличие на държавна политика по проблема; - Държавата, посредством правителството, е длъжна да осигури необходимите социално-

икономически и културни условия за развитие на обществото, като инвестира в образованието и възпитанието и в частност в здравното възпитание. Хората с ниска здравна образованост формират нездравословен начин на живот, проявяват рисково за здравето поведение. Необходима е здравна политика, обвързана с изработването на здравна стратегия, включваща законова уредба, адекватен бюджет, специалисти в различните области на детското здравеопазване, в т. ч. и училищното здравеопазване.

Това би могло да се осъществи, ако здравното обучение се планира като самостоятелен отделен учебен предмет, като **интегрална част от други учебни предмети** или и двете заедно, но като част от единния учебно-възпитателен процес в нашето училище (136).

Днес особено важен компонент на общата здравна култура е сексуалната култура, разбирана като съвкупност от знания, ценности и модели на поведение, определящи отношението на личността към сексуалния живот като неизменна компонента от физическото и психическото развитие на индивида и на неговото възпроизводство.

Сексуалната култура и сексуалното поведение на подрастващите са важни фактори както за оформянето им като пълноценни личности, така и за възникване на редица медицински, психо-социални и педагогически проблеми.

Нивото на сексуалната култура оказва голямо влияние върху устойчивото физическо и психическо развитие на младата личност.

Основните характеристики на сексуалното поведение на подрастващите могат да се разглеждат в няколко аспекта (по данни на Агенцията за социални изследвания и анализи):

1. Снижаване с много бърз темп долната граница на началото на половия живот – 11 години.

2. Преди 16 – годишна възраст – 36% от младежите имат своя сексуален дебют – 17% при момичетата и 29% при момчетата

3. Нравствената забрана за предбрачен полов живот е загубила своята актуалност.

4. Страхът от нежелана бременност и болести, предавани по полов път не е бариера.

България заема първо място по брой на абортите при момичета между 15 и 19 години (по доклад на ООН за 2003 г.). 47% от младежите, водещи полов живот не се страхуват от болестите, предавани по полов път, въпреки, че по данни на СЗО всяка година се регистрират по 250 милиона нови случаи на полово предавани болести.

В проучването на Т. Черкезов на въпроса „Откога според Вас трябва да започне половият живот?” 4,09% от анкетираните отговарят: от 12-15 години, 36,36% от анкетираните посочват: от 15-18 години, 59,55% от анкетираните отговарят: над 18 години.

2,27% от изследваните ученици съобщават , че са осъществили първия си полов контакт във възрастта между 12 и 14 години. От 14 до 16 – годишна възраст полов контакт са имали 32,93% от момчетата и 7,25% от момичетата от изследваната група (145).

Не са водили полов живот към момента на анкетата 33,03% от момичетата и 26,83% момчетата, като в тази група попадат предимно ученици до 16 годишна възраст.

Не желаят да коментират кога е бил сексуалният им дебют 34,15% от анкетираните момичета и 9,42% от анкетираните момчета. Налице е известен консерватизъм при отговорите на този въпрос, обяснимо по-силно изразен при женския пол.

По отношение на ползването на предпазни средства /основно презерватив/ 46,34% от момчетата съобщават, че ползват презерватив винаги, 29,27% не ползват изобщо предпазни средства, а останалите 24,29% ползват нередовно презервативи. На въпроса от какво предпазват презервативите 61,56% от младежите дават повече от един отговор /СПИН, сифилис, трипер, нежелана бременност/.31% посочват само един отговор /СПИН/, а 7,44% не са отговорили на въпроса.

Установява се, че близо 40% от анкетираните не познават последиците от рисковото полово поведение и по тази причина не ползват или рядко ползват предпазни средства.

Дефицитът от познания относно болестите, предавани по полов път е очевиден – само 46,64% от изследваните цитират три основни половопредавани болести: сифилис, гонорея, СПИН, 40,64% посочват само СПИН, 40,45% посочват само СПИН, а 10,91% не са отговорили.

При съмнение за заболяване, предавано по полов път, 76,81% от момичетата биха се насочили към гинеколог, 18,84% към дерматовенеролог и 4,35% – към общопрактикуващия лекар. При момчетата се забелязва известна дезориентация към какъв специалист да се обърнат – 45,90% биха се обърнали към дерматовеверолог, 25,10% – към уролог;14,05%-към гинеколог, а 15,85% към общопрактикуващ лекар.

Учениците реално осъзнават, че имат недостиг на познания, относно половопредаваните болести, борбата с безплодието и семейното планиране – 51,82% от анкетираните искат да научат повече за венеричните заболявания и начините за предпазване, потребност от повече информация за семейното планиране имат 23,18% от изследваните. 15,45% отговарят, че са добре информирани и нямат потребност от допълнителни познания по тези въпроси.

65% от анкетираните дават положителен отговор на идеята в училище да има часове по сексуална култура и здравно възпитание, а 35% – отрицателен отговор.

48,64% от анкетираните смятат, че ако има подобно обучение в училище, то трябва да се води от лекар дерматовенеролог /гинеколог/, 28,18% посочват училищен психолог и едва 6,63% учител по биология или медицинска сестра. Според 51,36% обучението по сексуална култура и здравно възпитание трябва да бъде извън учебната програма, 48,64% са на мнение, че то трябва да бъде включено в учебната програма.

Резултатите от проучването на Т. Черкезов в един специфичен регион (Кърджали) като цяло се приближават до данните от национално изследване и свидетелстват за ниска и незадоволителна сексуална и здравна култура сред подрастващите. Авторът прави извод, че сексуалното възпитание на подрастващите е комплексен проблем и постигането на по-добри резултати са възможни само при обединени усилия на семейството, училищната среда, педагози, психолози, медици, институции и обществото като цяло. Въпреки изпълнението на различни програми и проекти все още липсват координация и единно методическо ръководство за системно огрмотяване и обучение в училищата.

Обучението по проблемите на сексуалното възпитание в нашата страна започва твърде късно, когато над 50% от учениците са направили своя сексуален дебют. Основателно авторът цитира мисълта на Грасел: „По-добре е сексуалното

възпитание да започне една година по-рано, отколкото един час по-късно.” (145).

Различните форми на здравно-възпитателна работа следва да се ориентират по подходящ начин в учебната програма още в началния курс (7, 152). Експертите считат, че **естествената територия** за промоция на здравето са различните социални общности: преди всичко общината, училището, предприятието. Опитът на напредналите страни показа, че най-ефективни в тази насока са т.нар. комплексни програми за промоция на здравето.

Всяка комплексна програма за промоция на здравето решава **три задачи,** чиято ключова дума е “промяна”:

1. Промяна в хората (населението): повишаване здравната култура и формирането на здравословен стил на живот;
2. Промяна в *професионалистите* (лекари, медицински сестри, педагози, журналисти, политици и др.): формиране на по – адекватно на общественото здраве професионално поведение;
3. Промяна в *жизнената среда:* редуциране на рисковите фактори и развитие на саногенните фактори.

Решаващо условие за успеха на всяка програма за промоция на здравето е осигуряване на *професионално партнъорство* като конкретен израз на интегралния подход.

Практиката показа, че изолираните усилия на лекаря и медицинската сестра не са достатъчно ефективни.

В рамките на комплексните програми трябва да координират усилията си представители на *множество професии* – преди всичко здравни професионалисти, педагози, социални работници, психолози, юристи, журналисти, политици и др.

Като примери за комплексни програми за промоция на здравето, реализирани по идея и инициатива на СЗО, могат да се посочат следните проекти:

- *Здрави градове* – цели подобряване на околната среда и здравното поведение в европейските градове (борба с тютюнопушенето, борба с дистреса, системна физическа активност и др.);
- *Училища за здраве* – подобряване на учебните програми, здравно обучение на учениците и на персонала и др.
- *Болници за здраве* – превръщането на болниците в реални здравни центрове чрез по – насочена превенция, рехабилитация и др.;
- *Предприятия за здраве* – всестранни мерки за подобряване на производствената среда и здравното поведение на работното място.

Тези проекти практически показаха, че дейността за промоция на здравето може да бъде ефективна, когато в нея се ангажират различни професионалисти и широки обществени сили. По този начин по-резултатно се въздействува върху здравната култура и създаването на здравословен стил на живот сред определени групи от населението или на конкретни територии. Особено актуално е да се създават проекти в областта на промоция на здравето на учениците и подрастващите, при които здравната култура и здравното поведение са актуален проблем както в нашата страна, така и в международен аспект.

Като илюстрация за конкретен подход в промоция на здравето ще цитираме примерната схема от проекта "Здравно образование на младежта в България".

Промоцията на здравето в училище може да се осъществява последователно чрез отделни проекти. Процесът на създаване на проект включва идея на проекта, планиране, приложение и оценяване на постигнатото.

Основни стъпки (Рационален кръг на планиране)

Определяне на потребностите. Избор на целева група.

Какви са потребностите на училището?

Работа по проект може да започне със среща на училищния екип (На тази среща присъстват и други представители на училищната общност. Всички заедно споделят и обсъждат основните проблеми, свързани със здравето в училище).

Различни методи за определяне на приоритетните потребности на училището вкючват.анкети, интервюта, дискусии, експертни оценки, мозъчни атаки и други.

Пример от семинарите по проекта „ Здравно образование за младежта в България” за реални потребности в училищата:

- Развитие на мотивация на различни специалисти в училище за работа по промоция на здраве в училище
- Приобщаване на училищните здравни служби към идеята за промоция на здравето в училище
- Превръщане на родителите в партнъори и реални участници в процеса на утвърждаване на здраве
- Развиване на специфична компетентност на учителите за работа по сексуално здраве в училище
- Стимулиране на физическата активност на децата в периода на най – интензивния им растеж

За удовлетворяването на всяка потребност може да се работи на много равнища – индивидуално, групово, институционално и извън институционално, по различните аспекти на здравето – психично, емоционално, физическо, сексуално и социално.

От целия спектър на потребностите е важно да се ограничат една или две, които са приоритетни за цялата училищнаобщност в настоящия момент. Постигането на консенсус между отделните участници е част от личното им включване в проекта като автори и съавтори на промяната. На този етап е добре да се сформира

работна група по проекта, в кочто да влязат тези които искат да се ангажират с неговото осъществяване.

Насоченост на проекта. В съответствие с приоритетната потребност се определя целевата група на проекта. Това са хората, които ще бъдат негови директни потребители

Примери за целеви групи на базата на по – горе посочените потребности:

* Персонала на училището
* Училищните лекари
* Родителите
* Учителите на седмокласниците
* Учениците от 11 до 15 годишна възраст

Определяне на главната цел на проекта:

Главната цел на проекта се определя на основата на вече избраната потребност. Тя показва към какво се стремим в работата. Главната цел обикновено се формулира в по абстрактни понятия за разлика от подцелите на проекта

Пример за главна цел: Повишаване на физическата активност на учениците от 11 до 15 години в периода на интензивния им растеж.

Формулиране на подцели: Какво точно искаме да направим, за да постигнем главната цел?

Подцелите могат да бъдат толкова на брой, колкото е необходимо, за да изразят главната цел и да обхванат всички нейни аспекти. Те описват конкретни резултати, които проектът

трябва да постигне, за да изпълни тази цел. Всяка подцел се формулира по няколко основни показателя:

К - КОНКРЕТНОСТ

И - ИЗМЕРИМОСТ

П - ПОСТИЖИМОСТ

Р - РЕАЛИСТИЧНОСТ

О- ОБВЪРЗАНОСТ СЪС СРОК

Пример за Подцел 1: Повишаване на мотивацията на около 60% от учениците (от 11-15 годишна възраст) за редовни физически занимания в рамките на един учебен срок.

Конкретността означава ясно формулиране на очакваните резултати от работата.

Например: Повишаване на мотивацията за редовни физически занимания на учениците от 11 до 15 годишна възраст.

Реалистичността означава поставяне на по – малки, но осъществими цели, като критериите за успех са съобразени с нуждите и спецификата на целевата група.

Например: Децата в училище имат интерес към спорта и е реалистично повечето от тях да се включат в индивидуални или групови редовни спортни занимания.

Определяне на стратегията: Как ще се постигнат поставените цели?

Ако глобалната цел е най – далечната точка, към която се стреми проектът, то стратегията е определянето на пътя или подхода, по който ще се стигне до нея.

Осигуряване на ресурси: С кого и с какви средства ще се реализират дейностите?

Детайлното описание на отделните дейности включва изясняването на необходимите за проекта конкретни финансови и човешки ресурси.

Осигуряване на човешки ресурси:

Много често личното участие на хората в проекта се подценява като необходим ресурс за добрата работа. Ясните задължения и разпределените отговорности са предпоставка за успешното реализиране на проекта. Избирането на координатор или мениджър на проекта осигурява по – плавното му и последователно осъществяване.

Провеждането на предварителни срещи и разговори с хората, включени в проекта, е важно условие за изграждането на тяхната лична мотивация. Участието в проекта може да бъде предварително договорено като доброволен труд или срещу определено заплащане, съобразно вложеното време и професионална компетентност.

Осигуряване на финансови ресурси:

Яснотата по отношение на необходимите средства ще помогне за реалистичното планиране на задачите, както и за тяхното своевременно осъществяване.

Предварително се изготвя бюджет на проекта, който обединява разходите по различните дейности по пера.

Оценяване на крайните резултати

Оценяването на крайните резултати на проекта има отношение към неговата ефективност. То се извършва според поставените при планирането критерии за успех.

Анализът на получените резултати от анкетите преди и в края на учебния срок, очертават тенденциите за повишаване на мотивацията на учениците за редовно спортуване.

Оценяването се използва за подобряване на образователните програми. От друга страна, може да помогне за промяна в развитието на дадена програма. Може да се оцени както ефективността на един проект (или всяка отделна подцел), така и да се оцени само един урок.

Необходимо е ясно да се направи разграничаване между оценяването на крайните резултати и мониторинга.

Мониторингът има за цел да следи прогреса на проекта. Не трябва да се забравя, че оценяването е и етичен въпрос. То може да подчертава силните страни, но също – и да открива някои слабости. Поради това не бива да се превръща в осъждане – то е само инструмент за подобряване на работата.

Как се работи с местните институции и организации?

Проектите за промоция на здравето в училище се нуждаят от подкрепяща промените среда в и извън самото училище. Местните институции и организации често имат значителна роля,

както за осъществяването на промените, така и за превръщането им в устойчиви практики на локално равнище.

Кои са потенциалните партньори?

Най – често за партньори и съмишленици в училищните проекти за промоция на здравето се привличат следните групи от населението и организации: колеги, приятели, родители, деца, медицински звена, педагогически структури, РЗИ, фирми, неправителствени организации, журналисти и др. Подобен тип партньорство е реализирано в проекта „ Здравно образование за младежта в България”.

Цитираният програмно-проектен подход може да бъде полезен за дейността по промоция на здравето сред различни контингенти и специално сред подрастващите и учениците.

Конкретен пример за програмно-целеви подход е Националния ученически конкурс **„Проектът на нашия клас – за живот без тютюн”.**

През учебната 2014/2015 г. за седма поредна година ученици от 1 до 12-ти клас отново ще могат да участват в Националния ученически конкурс „Проектът на нашия клас – за живот без тютюн”. До този момент в конкурса са участвали над 17 800 ученика от 630 паралелки от 1 до 12 клас от цялата страна, които подкрепиха здравословния начин на живот без зависимост от тютюневите изделия.

Националният конкурс се провежда по инициатива на здравното министерство в партньорство с образователното,

културното и спортното ведомства и Представителството на Европейската комисия в България (ПЕКБ).

Конкурсът ще протече в две фази. През първата фаза (1 октомври – 15 ноември 2014 г.) участниците трябва да изготвят и да изпратят в МЗ своите проекти в следните области - превенция на тютюнопушене, отказване от тютюнопушене, превенция на пасивно тютюнопушене. Всеки участник може да представи проекти както в една от изброените области, така и във всички от тях. През втората фаза на конкурса, (20 ноември – 30 април 2015 г.), ще стартира реализацията на проектите и тяхното отчитане.

Всеки кандидат задължително трябва да участва и в двете фази на конкурса.

Експертна комисия с участието на представители на МЗ и всички партньори ще извърши класирането на участниците до 25 май 2015 г., след което резултатите ще бъдат публикувани на интернет страниците на министерствата-организатори и ПЕКБ. Официалното награждаване на победителите ще се проведе на 31 май 2015 г. – Световния ден без тютюн. Предвидени са общо тринадесет предметни награди, по три във всяка възрастова категория, три поощрителни награди и една специална награда за подхода „Предай нататък”. Специалната награда ще бъде обявена през месец декември 2014 г., информират от МЗ.

---

2. Цел, задачи и методични основи на изследването

Изследванията в областта на промоция на здравето изискват конкретен методичен подход за проучване главно на здравното поведение и здравната култура на определени контингенти от населението.

Целта на настоящата работа е в светлината на приоритета на промоция на здравето да се анализират някои особености на здравната култура и поведение на ученици с оглед очертаване основните насоки за позитивен промотивен подход в дейността на здравните професионалисти за формиране на здравословен стил ная живот на учениците..

За постигането на така определената цел пред нас стояха следните основни **задачи:**

1. Анализ на възникването и развитието на промоцията на здравето като концепция и стратегия на СЗО.

2. Анализ на основните принципи на промоция на здравето

3. Съставяне на въпросник за провеждане на анонимна анкета сред ученици и учители за изясняване на някои аспекти на техния стил на живот, здравна култура и здравно поведение.

4. Провеждане на анонимна социологическа анкета на ученици и учители.

5. Анализ на получените конкретни резултати от анкетата и обосноваване на изводи.

За изпълнение на тези задачи в работата са използвани материали на СЗО, научни публикации, анализи на осъществени проекти в областта на промоция на здравето и данните от специално проведена социологическа анкета сред ученици.

За провеждането на анонимната анкета е използван съставен от нас въпросник с предимно закрити въпроси, които са представени в приложението. Броят на въпросите е сравнително ограничен в рамките на определената цел, както и с оглед предвидения общ обем на дисертационния труд и избягване на неоправдано детайлизиране на първичната информация, затрудняване на нейната обработка и др.

Въпросникът е апробиран чрез провеждане на пилотна анкета на 108 ученици от два класа в прогимназиален етап от развитието.

Обект на изследването са ученици в прогимназиален етап от развитието на възраст (между 11 и 15 години) и техните учители в непреднамерено избрани училища в градовете София, Стара Загора, Русе и Кърджали. Обемът на изследването обхваща общо 320 анкетирани лица (278 ученици и 52 учители).

Техническа единица е конкретно училище. Логически единици са учениците в прогимназиален етап от развитие в това училище .

Признаците на наблюдението се съдържат във въпросника на анкетата и са в следните насоки:

- Здравна информираност и здравни знания на учениците

- Типични черти в здравното поведение на учениците – хранене (количествени и качествени аспекти), физическа активност, сексуално поведение и др.
- Отношение на учителите към здравните проблеми на учениците.
- Здравно и сексуално възпитание на учениците в училище.

Анкетата е проведена е през м. май 2014 г.

Събраната информация е обработена и анализирана статистически чрез сортиране в статистически таблици, отразяващи търсените закономерности.

За анализ на резултатите са използвани **съответните методи:**

Социологически – анонимна индивидуална социологическа анкета на ученици и учители;

Документален метод – проучени са държавни и училищни документи;

Дескриптивен анализ на мнения, мотивация, оценки и отношение на учениците и учителите към здравните проблеми;

Алтернативен анализ;

Вариационен анализ;

Сравняване на резултатите чрез t– критерий.

Графичен анализ – използва се за насочване на анализа и онагледяване на получените резултати.

За ефективното използване на посочените методи е ползвана методично-консултативна помощ на медицински статистик.

Статистическата разлика на показателите е оценявана при критично ниво на значимост $P<0.05$, т.е. гаранционна вероятност 95%.

Обработката на материала и количествените анализи е чрез статистически пакет приложни програми - SPSS 12.0 и STATGRAF. За графична обработка, онагледяване и презентация е използвана програмата Excel на Microsoft Office.

3. Анализ на резултатите

За да установим характеристиките на здравословния стил на живот на учениците проведохме анонимна социологическа анкета сред ученици в прогимназиален етап на развитие и техните учители. Анкетирани са общо 320 лица (278 ученици и 52 учители).

Нашата гледна точка бе, че училищната възраст е решаваща и приоритетна за формирането на стабилни здравни знания и ценности със съответно здравно поведение на личността в целия й предстоящ живот.

От анкетираните ученици 135 са момчета и 143 - момичета.

3.1. Здравна информираност и здравни знания на учениците – данни от анкета на ученици и учители

Дейността за промоция на здравето изисква да се познава нивото на здравната култура на учениците, доколко те са информирани по различни въпроси на здравето и неговите фактори.

Информираността на учениците за зависимостта на здравето от поведението на човека е представена на таблица 1. Вижда се, че почти три четвърти (70,9%) от анкетираните ученици осъзнават наличието на подобна зависимост. Но фактът, че почти 30% от тях не осъзнават тази зависимост показва, че са налице

сериозни пропуски и проблеми в здравната информираност на учениците, което от своя страна по принцип поражда и неадекватно здравно поведение. Този въпрос придобива съществено значение като се има предвид, че именно в тази възраст се формират представите, убежденията и ценностите, които детерминират здравното поведение на човека през целия му предстоящ живот.

Табл. 1. Информираност за връзката между личното поведение и здравето

Въпрос: Здравето зависи ли от поведението на човека?

Отговори	Абсол. брой	Процент
Не	81	29,1 %
Да	197	70,9 %
Общо	278	100,0

В тази насока значение има информираността на учениците относно причините за болестите на човека, която личи от данните в таблица 2. Тези данни показват също пропуски в информираността на учениците. По-малко от една трета от анкетираните са напълни информирани по този въпрос, а останалият огромен процент не са изобщо информирани или са частично информирани.

Табл. 2. Информираност за причините на болестите

Въпрос: В каква степен сте информиран за причините на болестите на човека

Отговори	Абсол. брой	Процент
Напълно съм информиран	86	30,9 %
Информиран съм отчасти	147	52,9 %
Не съм информиран изобщо	45	16,2 %
Общо	278	100,0

Тези данни корелират с данните от анкетата на учителите относно здравната информираност на учениците. Според 60 процента от учителите учениците нямат необходимите здравни знания, а само 7,7 процента преценяват, че имат такива знания.

Табл. 3. Здравна информираност на учениците според мнението на учителите

Въпрос: Имат ли учениците според Вас необходимите здравни знания?

Отовори	Абсол.брой	Процент
Да	4	7,7 %
В известна степен	17	32,7 %
Не	31	59,6 %
Общо	52	100,0

Специално внимание заслужава сравнителният анализ на мнението за здравната информираност, представен на таблица 4. Вижда се, че в това отношение съществува огромна разлика, която е статистически значима (< 0,01). Би следвало мнението на учителите да се приеме като по-обективно и меродавно. Това показва, че учениците са надценили своите представи и информираност за здравните проблеми.

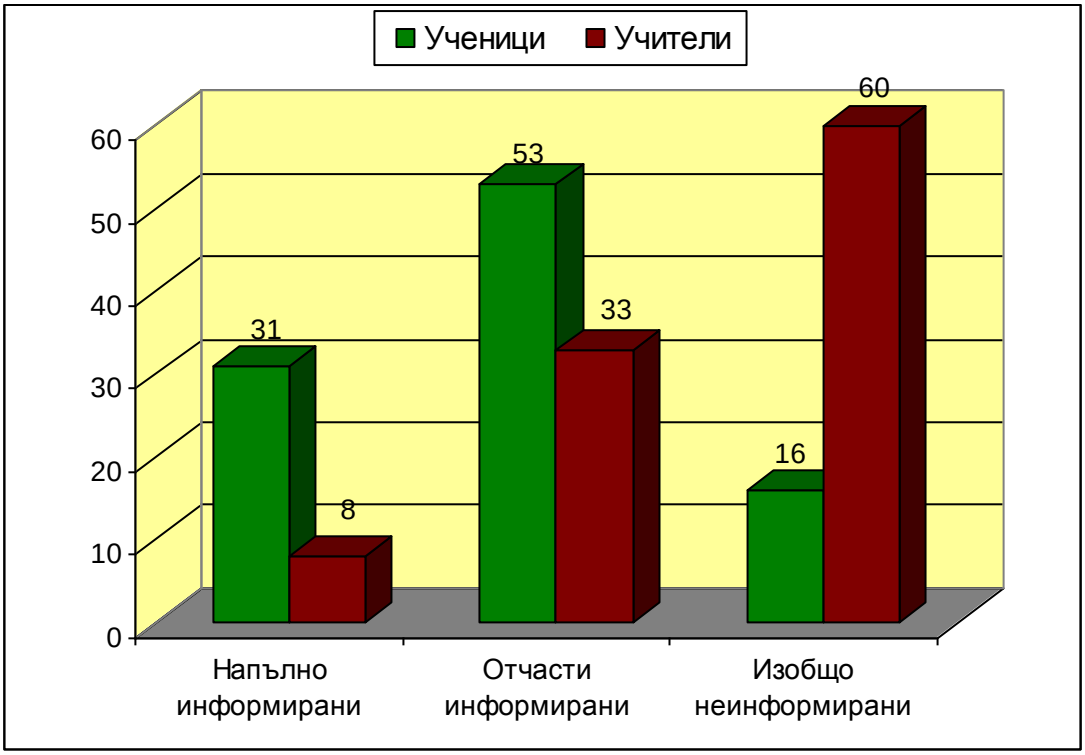
Докато почти 31% от учениците преценяват, че са напълно информирани по въпросите на здравето, то само 7,7% от учителите дават положителен отговор на този въпрос. Само 16,2% от учениците се преценяват за здравно неинформирани, а почти 60% от учителите считат, че учениците са неинформирани, т.е. съществува **генерална разлика** в мненията по този проблем.

Тази значима разлика в мненията показва наред с другото, че между учителите и учениците няма достатъчна връзка по различни здравни проблеми, респективно няма и специално насочена система за здравно обучение (здравна грамотност) в училищата.

Табл. 4. Сравнителни данни за здравната информираност на учениците – според мнението на учениците и на учителите

Отговори	Мнение на ученици	Мнение на учители	Статистическа значимост
Напълно информирани	30,9 %	7,7 %	P < 0,01
Отчасти информирани	52,9 %	32,7 %	P < 0,01
Изобщо неинформирани	16,2 %	59,6 %	P < 0,001
	100,0	100,0	

Фиг. 1. Сравнителни данни за мнението на ученици и учители относно здравната информираност на учениците



Слаба и неадекватна е информираността на учениците за вредата от тютюнопушенето като рисков фактор на здравето. Както личи на фигура 4 близо половината от тях считат, че вредата от тютюнопушенето е малка или няма такава вреда.

Важен фактор на здравната култура на учениците и в частност на здравната информираност е здравната просвета и здравното възпитание в училището. Данните от анкетата показват, че броят на слушаните от учениците беседи на здравни теми е много малък в течение на една година (таблица 5 и фигура 2). През учебната година 90 от тях (32,4%) през годината не са слушали никаква здравна беседа, 89 (32,0%) са слушали една беседа и останалите една трета от анкетираните (35,6%) са слушали две и повече здравни беседи в течение на годината.

Очевидно здравно-възпитателната дейност в условията на училище е недостатъчна както като обем, така и като активност.

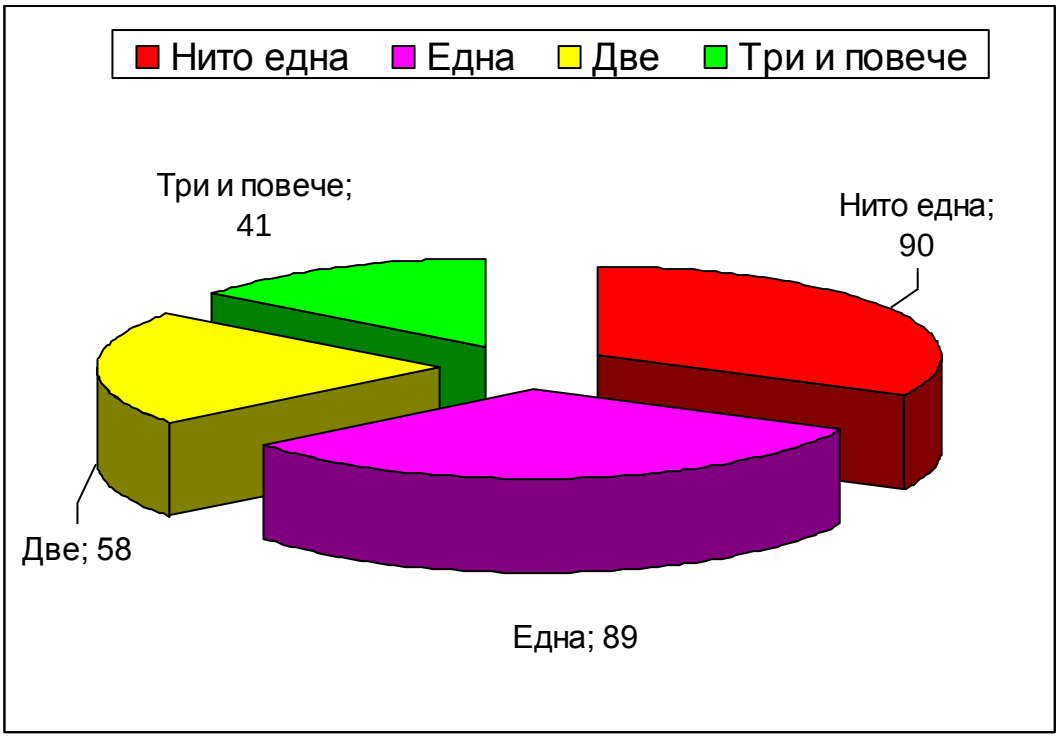
Табл. 5. Посетени здравни беседи от учениците

Въпрос: Колко беседи на здравни теми в училище сте слушали през тази учебна година?

Отговори	**Брой**	**Процент**
Нито една	90	32,4
Една	89	32,0
Две	58	20,9
Три и повече	41	14,7

Общо	278	100,0

Фиг. 2. Посетени здравни беседи от учениците



Тези данни са в пряка връзка със здравната информираност на учениците относно конкретните фактори (причините) на личното здраве. Както личи от таблица 6 най-голяма част от учениците са слабо информирани или въобще не са информирани относно причините на заболяванията у човека. Очевидно е, че има сериозни пропуски в здравната култура на подрастващите. Само 30,9% са добре информирани, а останалите 69,1% от учениците отчасти или изобщо не са информирани по този съществен въпрос.

В тази насока важна информация се съдържа и в таблици 7 и 8, в които данните имат най-пряко отношение към общата здравна култура на учениците и тяхното **отношение** към личното

и общественото здраве. Макар да не са преобладаващ процент, значителна част от учениците не свързват здравето на човека с неговото лично поведение, а също така, че здравето е условие за пълноценна реализация на човека в живота.

Табл. 6. Информираност за конкретните причини на болестите
Въпрос: В каква степен сте информиран за причини на болестите на човека

Отговори	Брой	Процент
Напълно	86	30,9
Отчасти	147	52,9
Изобщо неинформиран	45	16,2
Общо	278	100,0

Табл. 7. Оценка на ролята на личното поведение
Въпрос: Има ли значение поведението за здравето на човека?

Отговори	Честота	Процент
Не	84	30,1
Да	194	69,9
Общо	278	100,0

❖❖❖

Табл. 8. Оценка на ролята на здравето за бъдещата социална реализация на учениците

Отговори	Честота	Процент
Не	110	39,5
Да	168	60,5
Общо	278	100,0

Тези резултати от анкетата свидетелствуват, че са налице сериозни пропуски и дефекти в здравната информираност, здравната култура и здравословния стил на живот на учениците в прогимназиална възраст, което от своя страна прави проблема за промоция на здравето сред тези контингенти изключително важен приоритет на общественото здравеопазване у нас.

Фиг. 3. Източници на информация по здрави проблеми

Въпрос: От какъв източник главно получавате информация и знания за здравето и болестите на човека, както и за предпазването от болести (възможни са повече от един отговор):

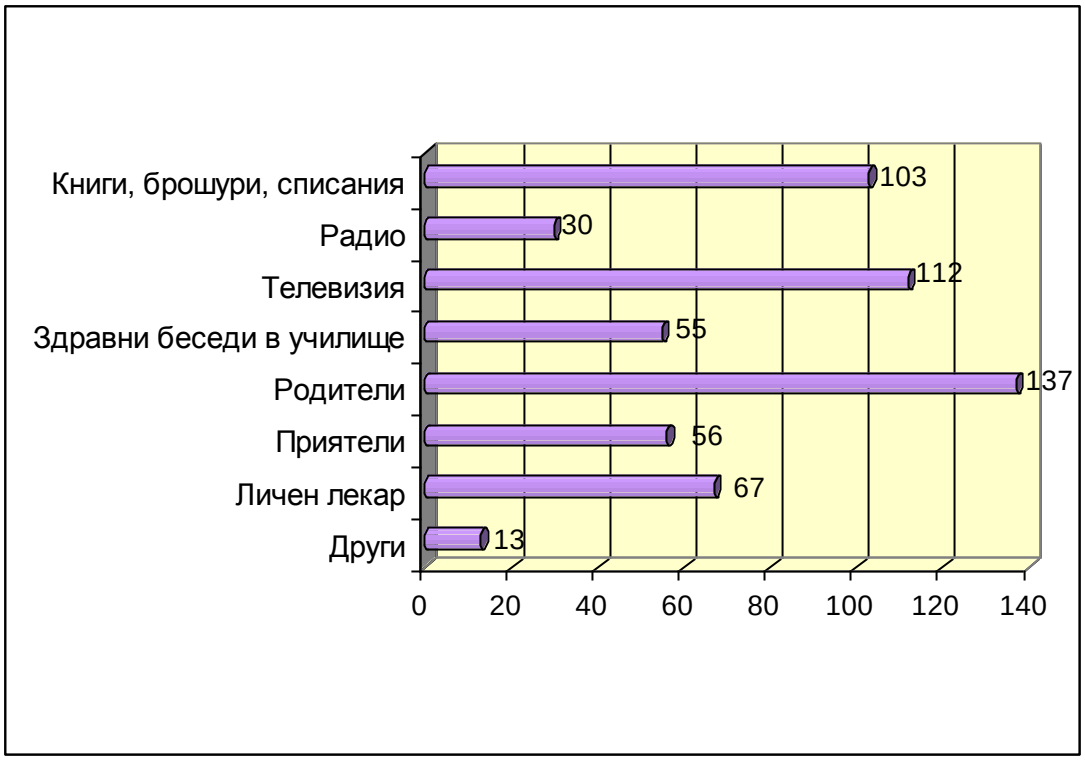


Табл. 9. Предпочитани източници на здравна информация

Въпрос: Вашите връстници по света получават информация по различни начини за различните вредни и полезни за здравето фактори, Вие по какъв начин желаете да получавате информация?

Източници на информация	Брой	Процент
Телевизия	82	21,7%
Радио	16	4,2%
Печатни издания	38	10,1%
Интернеит и компютърни	132	34,9%

игри		
Книги и учебници	96	25,4%
Без отговор	14	3,7%
Всичко	278	100,0

3.2. Типични черти в здравното поведение на учениците - данни от анкета на ученици и учители

Проучихме някои елементи от здравното поведение на учениците, свързани с храненето, физическата активност и др. Установи се, че само 46,5% закусват редовно, 21,2% закусват нередовно и една трета от анкетираните ученици (32,3%) въобще не закусват (таблица 9).

Нашите данни потвърждават резултатите от изследването на други автори, които установяват изразен нерационален режим на хранене сред учениците в количествени качествен аспект. Този факт говори за определен рисков фактор на здравето сред учениците.

Табл. 10. Честота на сутрешна закуска преди училище
Въпрос: Закусвате ли сутрин преди да тръгнете на училище?

Отговори	Брой	Процент
Да, редовно	129	46,5
Нередовно	59	21,2
Не	90	32,3
Общо	278	98,9

Фиг. 3. Честота на сутрешна закуска на учениците преди училище

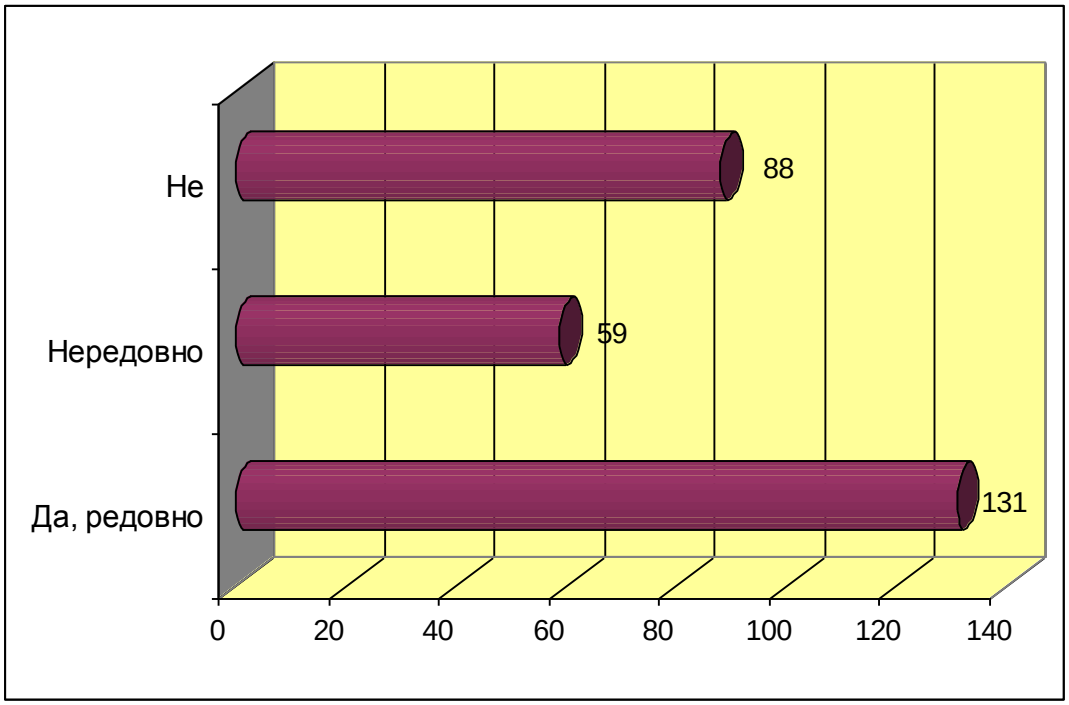


Табл. 11. Сутрешна закуска на учениците по пол

			П о л		
			момче	момиче	Общо
Закусвате ли сутрин преди да тръгнете на училище?	да, редовно	Честота	66	65	131
		% от Общо	24,0%	23,6%	47,6%
	нередовно	Честота	26	33	59
		% от Общо	9,5%	12,0%	21,5%
	не	Честота	42	43	85
		% от Общо	15,3%	15,6%	30,9%
	Общо	Честота	134	141	275
		% от Общо	48,7%	51,3%	100,0%

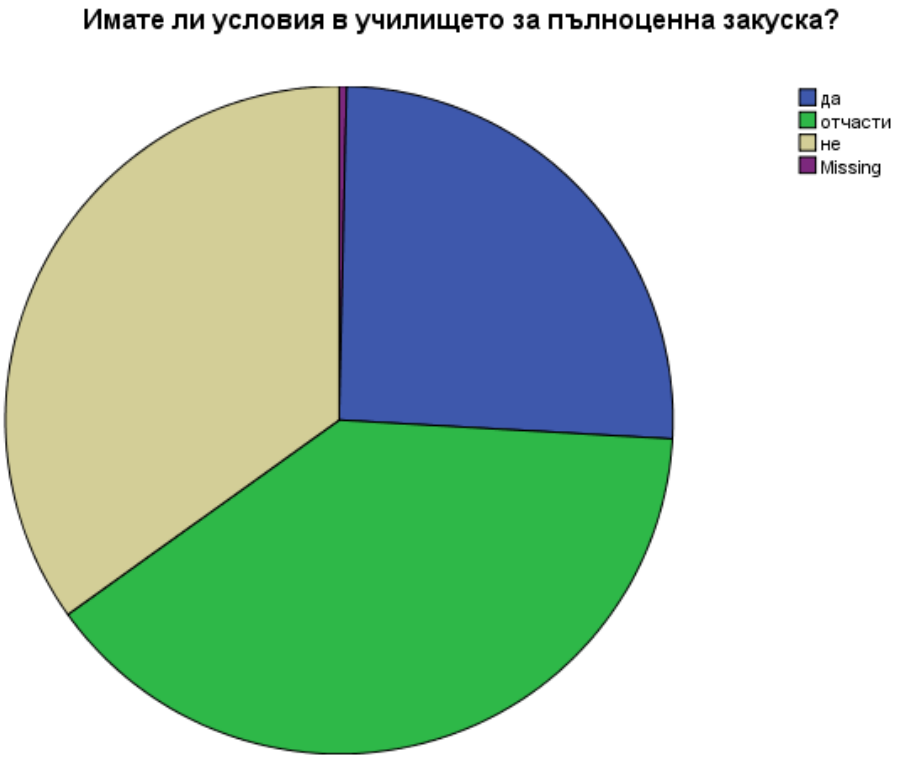
На въпроса *„Закусвате ли сутрин преди да тръгнете на училище?”* 131 (47,6%) ученици са отговорили с „да, редовно”, като от тях 66 са момчета и 65 са момичета. Не закусват 85 (30,9%) ученици, като 42 са момчета и 43 са момичета. Закусват

нередовно 59 (21,5%) от учениците, като 26 са момчета и 33 са момичета.

Изчисленият линеен коефициент X^2 (хи-квадрат) = 0,048 и p=0,826 > 0,05 ни показва, че **няма статистически значима разлика** при отговорите на момчетата и момичетата по отношение на закуската.

Заедно с това неблагоприятен фактор е, че според значителна част от анкетираните ученици в училището няма осигурени условия за пълноценна закуска (фигура 4).

Фиг. 4.



Проведената анкета ни даде информация за редица аспекти на храненето на учениците. Интерес представляват отговорите на въпроса „Какви храни предпочитате да ядете в къщи и в училище?”, които са представени на таблица 10. Данните свидетелстват за някои нездравословни нагласи и навици у известен процент от учениците. Вижда се, че тенденцията за нездравословно хранене е по-изразена в условията на училището в сравнение с домашните условия. Така например, нагласата да се ядат предимно сладки неща (въглехидрати), сухи храни и сандвичи е значително по-висока в училище, а нагласата да се ядат готвени храни, зеленчуци, ядки и плодове е значително по-ниска в училище в сравнение с дома (разликите са сттистичеси значими при уровен на значимост P< 0,01).

Прави впечатление, че 17,6% от анкетираните предпочитат да не закусват в училище, поради различни причини.

Храненето на учениците следва да бъде оценявано несамо в количествен, но и в качествен аспект. В тази насока е важно какви храни те консумират и предпочитат, тяхното мнение за полезните храни и т.н. Данните от таблици 10 и 11 дават интересна информация по тези въпроси.

Установява се, че учениците имат слабо изразени предпочитания към редица особено полезни храни, което е крайно неблагоприятен фактор за тяхното здраве (таблица 10). Значителна част от тях предпочитат сухи храни и сандвичи, особено в училище. Тревожен е фактът, че голям процент от

учениците няма предпочитание към зеленчуци, ядки, плодове, които са абсолютно необходима храна за подрастващия организъм.

В този аспект обобщените данни от таблица 10 са крайно обезпокояващи: зеленчуци, ядки и плодове в къщи предпочитат да консумират само 43,2% от учениците, а в училище само 11,9%. Известно е колко негативни здравни ефекти може да има този **стереотип на нерационално хранене**, започнало още в млада възраст.

Табл. 10. Предпочитани храни от учениците

(положителни отговори в проценти)

Отговори	В къщи	В училище	Статистическа значимост
Повече сол, подправки и мазнини	12,9 %	-	-
Предимно сладки неща	22,0 %	27,5 %	P < 0,05
Сухи храни и сандвичи	31,7 %	66,5 %	P < 0,01
Супи и готвени храни	64,0 %	5,8 %	P < 0,001
Зеленчуци, ядки, плодове	43,2 %	11,9 %	P < 0,01
Предпочитат да не се хранят в училище	-	17,6%	-

На следващите таблици (от 11 до 14) са представени предпочитанията на учениците към различните видове храни в домашни условия по пол.

Табл. 11. Предпочитани храни от учениците по пол
А/ повече сол и подправки, с повече мазнини

			Пол		
			момче	момиче	Общо
А/ повече сол и подправки, повече мазнини	не	Честота	111	131	242
		% от Общо	40,2%	47,5%	87,7%
	да	Честота	22	12	34
		% от Общо	8,0%	4,3%	12,3%
	Общо	Честота	133	143	276
		% от Общо	48,2%	51,8%	100,0%

На таблица 11 личи, че момичетата имат по-изразено предпочитание към повече сол и подправки и мазнини.

Изчисленият коефициент на Пирсън X^2 (хи-квадрат) = 4,237 и p=0,04 < 0,05 ни показва, че има **статистически значима разлика** при отговорите на момчетата и момичетата по отношение на консумацията на мазни и солени храни с подправки. Но следва да се отбележи относително високата култура на хранене по отношение на тази вид храни, тъй като огромен процент от учениците изобщо не ги предпочитат.

Табл. 12. Предпочитани храни от учениците по пол
Б/ Предимно сладки неща

	Пол		
	момче	момиче	Общо

Б/ предимно сладки неща	не	Честота	96	121	217
		% от Общо	34,5%	43,5%	78,1%
	да	Честота	39	22	61
		% от Общо	14,0%	7,9%	21,9%
	Общо	Честота	135	143	278
		% от Общо	48,6%	51,4%	100,0%

По таблица 12 изчисленият коефициент на Пирсън X^2 (хи-квадрат) = 7,394 и p=0,07 < 0,05 ни показва, че има **статистически значима разлика** при отговорите на момчетата и момичетата за консумацията на сладки храни. Това показва сравнително по-висока култура на хранене по отношение на тези храни при момичетата отколкото при момчетата.

По отношение на консумацията на сухи храни и сандвичи изчисленият коефициент на Пирсън X^2 (хи-квадрат) = 0,0342 и p=0,559 > 0,05 ни показва, че **няма статистически значима** разлика при отговорите на момчетата и момичетата

Табл. 13. **Табл. 12. Предпочитани храни от учениците по пол**
Г/ Супи и готвени храни

			Пол		
			момче	момиче	Общо
Г/ супи и готвени храни	не	Честота	63	37	100
		% от Общо	22,7%	13,3%	36,0%
	да	Честота	72	106	178
		% от Общо	25,9%	38,1%	64,0%
	Общо	Честота	135	143	278
		% от Общо	48,6%	51,4%	100,0%

По отношение супи и готвени храни изчисленият коефициент на Пирсън X^2 (хи-квадрат) = 13,035 и p=0,0001 < 0,01 показва, че има **статистически значима** разлика при отговорите на момчетата и момичетата. Момичетата предпочитат повече да се хранят със супи и домашно приготвени храни.

Табл. 14. Предпочитани храни от учениците по пол
Г/ Зеленчуци, ядки, плодове

			Пол		
			момче	момиче	Общо
Д/ зеленчуци, ядки, плодове	не	Честота	82	76	158
		% от Общо	29,5%	27,3%	56,8%
	да	Честота	53	67	120
		% от Общо	19,1%	24,1%	43,2%
	Общо	Честота	135	143	278
		% от Общо	48,6%	51,4%	100,0%

По данните от таблица 14 изчисленият коефициент на Пирсън X^2 (хи-квадрат) = 1,632 и p=0,201 > 0,05 показва, че **няма статистически значима разлика** при отговорите на момчетата и момичетата по отношение на консумацията на зеленчуци, ядки и плодове.

По отношение предпочитаните храни в училище изчисленият коефициент на Пирсън X^2 (хи-квадрат) = 1,632 и p=0,201 > 0,05 показва, че **няма статистически значима разлика** при отговорите на момчетата и момичетата за консумацията на различните видове храни.

Сравнение между хранене в къщи и хранене в училище

Изчисляват се средни рангове – показват ни тежестта на отношението на учениците към съответното хранене. Относно сухи храни и сандвичи, със среден ранг 1,67 е водеща консумацията в училище пред консумацията в къщи със среден ранг 1,33. Изчисленият коефициент на Фридман X^2 (хи-квадрат) = 71,063 и p=0,0001 < 0,001 ни показва, че има статистически значима разлика при консумацията на сухи храни и сандвичи в училище и в къщи - **в училище се консумират статистически значимо повече сухи храни и сандвичи**, отколкото в къщи.

По отношение на другите видове храни няма статистически значима разлика по пол.

Табл. 15. Мнение на учениците за полезните храни
Въпрос: Кои храни са подходящи за младия организъм?

Видове храни	Да	Не
	Отговори в проценти	
Мляко и млечни продукти	55,7	44,3
Месо, риба, яйца	61,1	38,9
Мазнини (олио, масло и др.)	7,8	92,2
Ядки (орехи, бадеми, фъстъци)	28,1	71,9
Хляб, зърнени храни и др.	33,7	76,3
Плодове	38,1	61,9
Зеленчуци	47,5	52,5
Всички изброени, добре съчетани	31,7	68,3

На въпрос дали има отношение храненето към здравето 59% от учениците отговарят положително, а останалите 41% не знаят или отговарят отрицателно. Учениците, които са отговорили положително на този въпрос трудно обясняват конкретната роля на храненето. Много малка част от тези 59% са отговорили поради какви причини е нужно правилното хранене (таблица 12). Това говори, че познанията на учениците за конкретната роля и ползата от храненето са доста ограничени и неконкретни, което не мотивира у тях едно пълноценно здравословно хранене..

Табл. 16. Роля на храненето за здравето
Въпрос: Защо храненето има отношение към зравето?

Отговори: Защото, ако не се храним правилно:	Процент на отговорите
Няма да се развиваме добре	4,8%
Често ще боледуваме	12,8%
Можем да напълнеем	1,6%
Няма да имаме достатъчно сили	2,0%
Защото се нуждаем от витамини	2,4%
Защото храненето подпомага растежа	1,2%
За пълноценното ни развитие	32,2%
Други	26,8

По отношение необходимостта от разнообразна храна значително по-висок процент (70,9%) от анкетираните ученици дават положителен отговор.

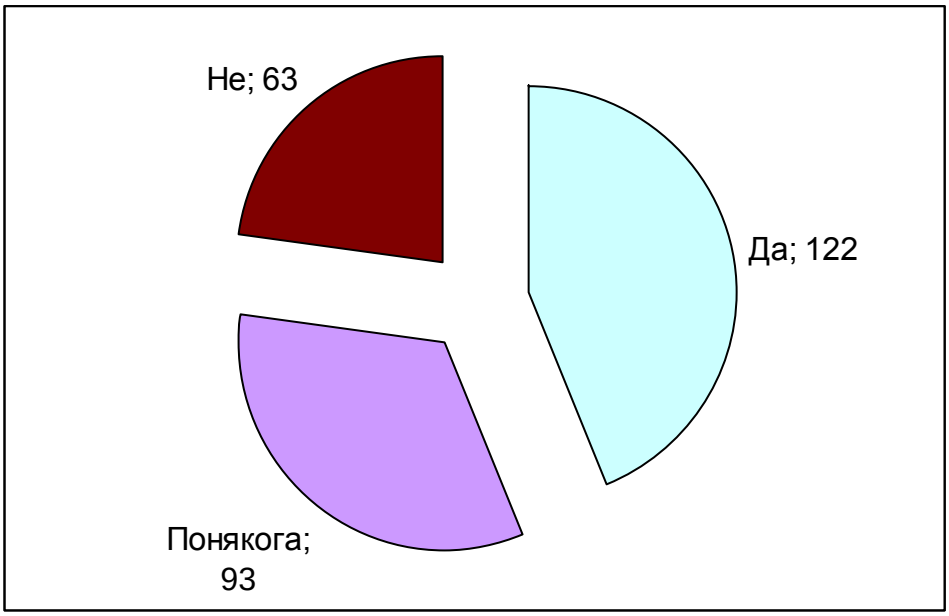
Един от въпросите, който ни интересуваше при анкетирането бе за **отношението на родителите към храненето** на своите деца. Данните по този въпрос са представени на таблица 13 и фигура 5. Вижда се, че според по-малко от половината анкетирани ученици (43,%) техните родителите се интересуват от храненето им. Този факт следва да се оцени като крайно неблагоприятен за формирането на здравословно хранене и въобще на здравословен начин на живот на учениците.

Табл. 17. Отношение на родителите към храненето на учениците
Въпрос: Интересуват ли се родителите ви какво сте яли през деня?

Отговори	Положителен отговор	
	Брой отговори	Процент
Да	122	43,9
Понякога	93	33,5
Не	63	22,7
Общо	278	100,0

❖❖❖

Фиг. 5. Отношение на родителите към храненето на учениците
Въпрос: Интересуват ли се родителите ви какво сте яли през деня?



3.2. Типични черти в здравното поведение на учениците - данни от анкета на ученици

Съгласно с предварително определените от нас признаци на наблюдение, отразени в анкетната карта, бе събрана и анализирана информация за някои значими рискови фактори, които се коренят в индивидуалното здравно поведение на учениците. Този тип рискови фактори с основание в литературата са наречени поведенчески рискови фактори (В. Борисов, 2009).

Специален внимание в анализа е отделено на физическата активност, на храненето (виж предишната глава), на структурата на свободното време, на тютюнопушенето и употребата на алкохол, на хигиенната на устната кухина, на времето за сън, на сексуалната култура и поведение.

В проучването установихме сравнително ниска двигателната активност на голяма част от учениците. Сред тях съществува фактическа **хиподинамия** (намалена физическа активност).. Повече от половината от анкетираните преценяват своята физическа активност през седмицата като много ниска. В тази насока информация се съдържа в таблици 14 и 15. Като липсваща или ниска своята физическа активност преценяват 38,8% от анкетираните ученици.

Табл.18. Структура на свободното време на учениците
Въпрос: Какво правите през свободното си време /може и повече от един отговор/?

Поведение през свободното време	Брой положителни отговори	Процент
Срещи с приятели	200	71,9 %
Спортуване	154	55,4 %
Телевизия и видео	144	51,8 %

Табл. 15. Времетраене на гледане на телевизия средно на ден

Средно дневно време за гледане на телевизия	Брой отговори	Процент
До 1 час	57	20,5 %
2 до 3 часа	105	37,8 %
3 до 4 часа	65	23,4 %
Повече от 4 часа	46	16,5 %
Неотговорили	5	1,8 %
Общо	278	100,0

Табл. 17. Времетраене на гледане на телевизия по пол

			П о л		
			момче	момиче	Общо
Колко време средно на ден гледате телевизия, видео, кино?	до 1 час	Честота	17	40	57
		% от Общо	6,2%	14,7%	20,9%
	от 2 до 3 часа	Честота	43	62	105
		% от Общо	15,8%	22,7%	38,5%
	от 3 до 4 часа	Честота	44	21	65

	% от Общо	16,1%	7,7%	23,8%
повече от 4 ч.	Честота	28	18	46
	% от Общо	10,3%	6,6%	16,8%
Общо	Честота	132	141	273
	% от Общо	48,4%	51,6%	100,0%

На въпроса *„Колко време средно на ден гледате телевизия, видео, кино?”* 105 (38,5%) ученици са отговорили с „от 2 до 3 часа”, като от тях 43 са момчета и 62 са момичета. От 3 до 4 часа гледат телевизия 65 (23,8%) ученици, като 44 са момчета и 21 са момичета. До един час на ден гледат телевизия 57 (20,9%) от учениците, като само 17 са момчета и 40 са момичета. Прекалено много – повече от 4 часа съобщават, че гледат телевизия 46 (16,8%), като 28 са момчета и 18 са момичета.

Изчисленият линеен коефициент $\mathbf{X^2}$ **(хи-квадрат)** = 17,781 и $p < 0,001$ ни показва, че **има статистически значима разлика** при времето прекарано пред телевизорите при момчетата и момичетата. Момичетата прекарват пред телевизора основно между 1 и 3 часа, докато момчетата отделят основно между 2 и повече от 4 часа за гледане на телевизия.

Оттук следва, че по отношение на хиподинамията (намалена физическа активност) **момчетата са в по-неблагоприятна ежедневна ситуация,** независимо от техните отговори в анкетите за по-висока физическа активност.

Фиг. 6. **Времетраене на гледане на телевизия по пол средно дневно**

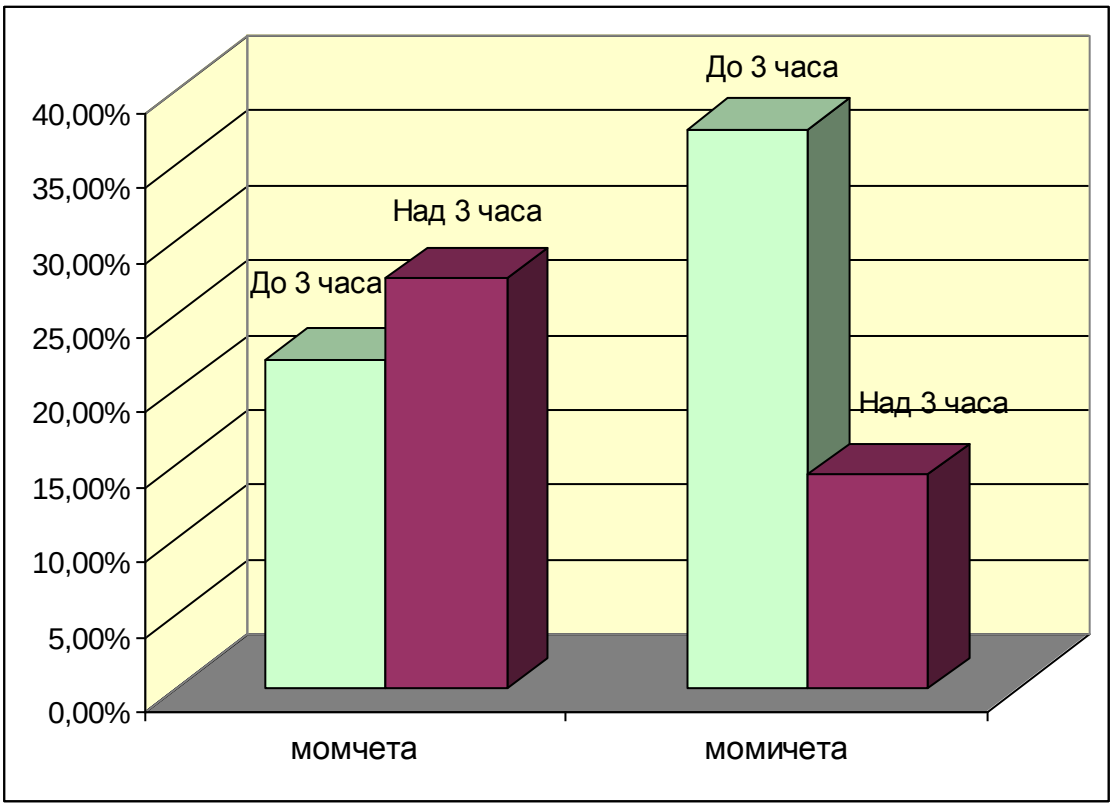


Табл. 18. Занимания със спорт

Отговори	Брой отговори	Процент
Не	56	20,2 %
Да, активно	97	34,9 %
Да, за удоволствие	125	45,0 %
Общо	278	100,0

Табл. 19. Самооценка на физическата активност на учениците

Отговори	Брой отговори	Процент	Групиран %
Висока	76	27,3 %	61,1 %
Средна	94	33,8 %	
Ниска	60	21,6 %	38,9 %
Липсва	48	17,2 %	
Общо	278	100,0	

Табл. 20. Време за сън на учениците

Времетраене на съня	Брой отговорили	Процент
По-малко от 7 часа	65	23,3 %
От 7 до 8 часа	115	41,4 %
От 8 до 10 часа	84	30,2 %
От 10 до 12 часа	14	5,0 %
Общо	278	100,0

Табл. 21. Време за сън на учениците по пол

			Пол		
			момче	момиче	Общо
По колко часа на денонощие спите?	по-малко от 7 часа	Честота	33	28	61
		% от Общо	12,0%	10,2%	22,3%
	от 7 до 8 часа	Честота	52	63	115
		% от Общо	19,0%	23,0%	42,0%
	от 8 до 10 часа	Честота	41	43	84
		% от Общо	15,0%	15,7%	30,7%
	от 10 до 12 часа	Честота	8	6	14
		% от Общо	2,9%	2,2%	5,1%
	Общо	Честота	134	140	274
		% от Общо	48,9%	51,1%	100,0%

По отношение разликата по пол на времето за сън изчисленият линеен коефициент X^2 (хи-квадрат) = 0,018 и p=0,892 < 0,05 ни показва, че **няма статистически значима разлика** при отговорите на момчетата и момичетата по отношение на часовете прекарани в сън

Табл. 22. Преценка на нуждата от повече сън

Отговори	Брой отговорили	Процент
Не	69	24,8 %
Да, но нямам възможност	121	43,5 %

Да, винаги, когато мога спя повече	87	31,3 %
Общо	278	100,0

Данните от анкетата показват някои пропуски в здравните навици на учениците, свързани с **хигиената на устната кухина**. Преобладаващ процент ги мият редовно – 34,6% от учениците мият зъбите си след всяко ядене, 53,2% всяка вечер, но в същото време 6,0% ги мият през няколко вечери, веднъж седмично или по-рядко. Това говори, че за близо една пета от учениците има проблеми с хигиената на устната кухина и в тази насока е нужно да се изградят стабилни хигиенни навици..

Таблица 23. Честота на миене на зъбите в едно денонощие

Честота на миене	Брой	Процент	P
След всяко ядене	99	34,6 %	< 0,01
Всяка вечер	148	53,2 %	< 0,001
През няколко вечери	14	6,0 %	> 0,05
Веднъж седмично или по-рядко	17	6,2 %	> 0,05
Общо	278	100,0	

Впечатляващо е, че процентът на учениците с **профилактични прегледи** през годината е много нисък (таблица 21). Вижда се, че почти една трета от анкетираните (30,2%) изобщо не са имали профилактичен преглед при лекар в течение на учебната година, приблизително толкова (31,7%) са имали по един преглед и останалите 38%са имали по два и повече прегледи през учебната година.

В същото време броят на посещенията при лекар по повод на различни заболявания е несъответствуващ на профилактичните прегледи и е значително по-голям (таблица 22, фигура 6). Това показва едно пасивно отношение към проблемите на личното здраве и търсене на лекаря само при вече проявени заболявания на различни органи.

При подрастващите подобно пасивно отношение и поведение има сериозни здравни последствия и то с **отдалечен във времето** негативен ефект.

Табл. 24. Честота на профилактичните прегледи на учениците

Въпрос: *Колко профилактични прегледи при лекар имате през тази учебна година (без да сте имали оплаквания):*

Честота на прегледите	Брой	Процент	P
Нито един преглед	84	30,2 %	> 0.05
Един преглед	88	31,7 %	< 0,01

Два прегледа	62	22,3 %	< 0,01
Три и повече прегледа	44	15,8 %	<0,01
Всичко	278	100,0	

Табл. 25. Честота на посещенията при лекар, поради заболяване

Въпрос: *Колко пъти ви се е налагало да посетите лекар тази учебна година, поради заболяване:*

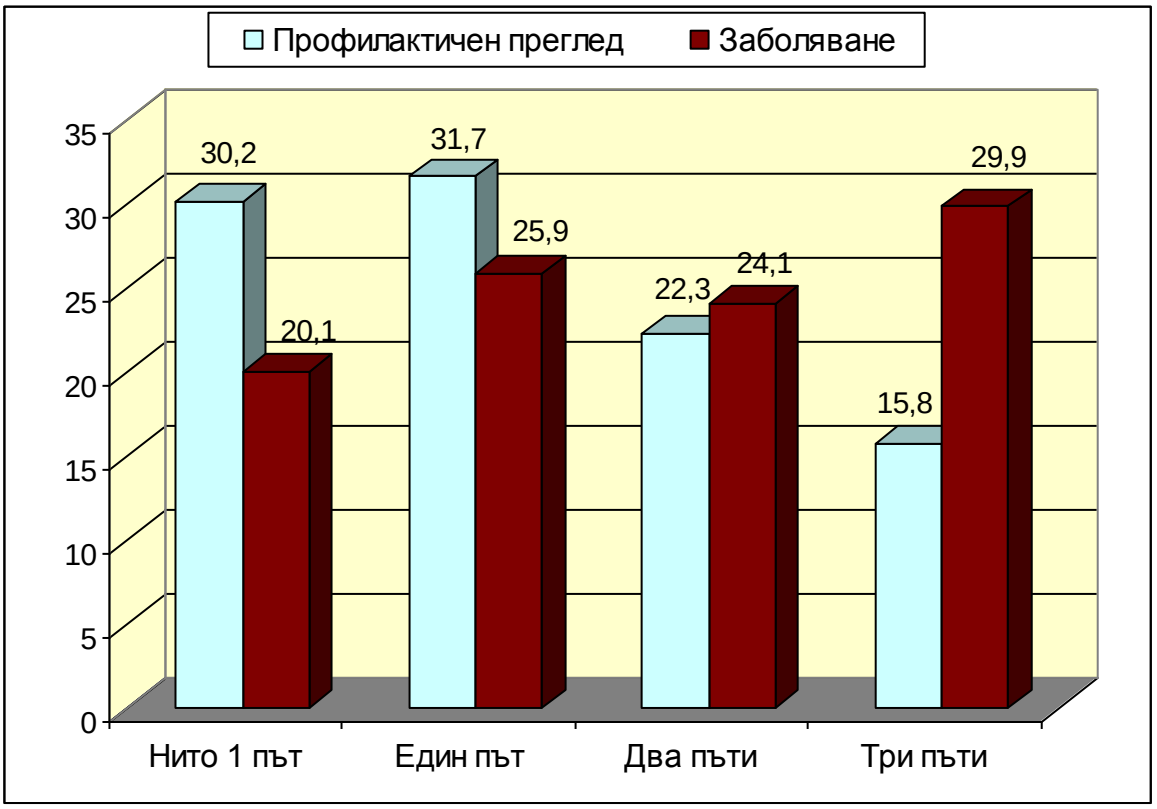
Честота на посещенията	Брой	Процент
Нито един път	56	20,1
Един път	72	25,9
Два пъти	67	24,1
Три пъти	83	29,9
Всичко	278	100,0

Табл. 26. Сравнителни данни за посещения на учениците при лекар (%)

Честота на посещенията	За профилактични прегледи	Поради заболяване
Нито един път	30,2	20,1
Един път	31,7	25,9
Два пъти	22,3	24,1
Три пъти	15,8	29,9

❖ ❖ ❖

Фиг. 6. **Сравнителни данни за посещения на учениците при лекар в течение на една учебна година (%)**



Важен индикатор за характеристика на здравното поведение на учениците е честотата на тютюнопушетнето. Данните на таблица 24 показват, че редовните пушачи сред учениците са нисък процент (4%), но като се има предвид, че се касае за подрастващи, то този процент буди тревога. Понякога – през няколко дни, пушат 11,9%, рядко 8,3% и въобще не пушат 75,9%. Така или иначе около една четврт от анкетираните ученици признават, че пушат по-често или по-рядко, т.е. те познават вече вкуса на цигарите. В тази насока явно е нужен сериозно организиран подход за целенасочено здравно възпитание против никотина и промоция на здравето сред учениците.

В този контекст изключителен интерес представлява честотата на пушачите сред родителите на учениците, тъй като доста трудно може да се прави ефективна антиникотинова пропаганда и възпитание при наличие на родители-пушачи. Данните от таблица 25 и фигура 7 са обезпокояващи. Вижда се, че саво 30,2% от родителите на учениците не са пушачи. Впечатляващо е, че процентът на майките пушачки е **два пъти по-висок** от този на бащите пушачи. Двамата родители са пушачи при 32% от анкетираните ученици.

Според нас това са изключително тревожни факти, които изискват много активна системна дейност по антиникотиново здравно възпитание в семействата с **комплексен подход** –

едновременно превъзпитание на родителите и възпитание на техните деца-ученици.

Табл. 27. Относителен дял на пушачите сред учениците

Честота на пушене	Брой	Процент	P
Всеки ден	11	4,0	< 0,05
Понякога – през няколко дни	33	11,9	> 0,01
Рядко	23	8,3	< 0,001
Не пушат	211	75,9	< 0,001
Общо	278	100,0	

Табл. 28. Честота на тютюнопушенето сред учениците по пол

			П о л		
			момче	момиче	Общо
Пушите ли?	Да, всеки ден	Честота	2	9	11
		% от Общо	,7%	3,3%	4,0%
	понякога	Честота	25	8	33
		% от Общо	9,1%	2,9%	12,0%
	много рядко	Честота	16	5	21
		% от Общо	5,8%	1,8%	7,6%
	не пуша	Честота	92	119	211
		% от Общо	33,3%	43,1%	76,4%
	Общо	Честота	135	141	276
		% от Общо	48,9%	51,1%	100,0%

На въпроса *„Пушите ли?”* 211 (76,4%) ученици са отговорили с „не пуша”, като от тях 92 са момчета и 119 са момичета. Понякога пушат 33 (12,0%) ученици, като 25 са момчета и само 8 са момичета. Много рядко са отговорили, че пушат 21 (7,6%) от учениците, като 16 са момчета и само 5 са момичета. 11 (4,0%) са децата, които пушат всеки ден, като само 2 са момчетата и 9 са момичетата.

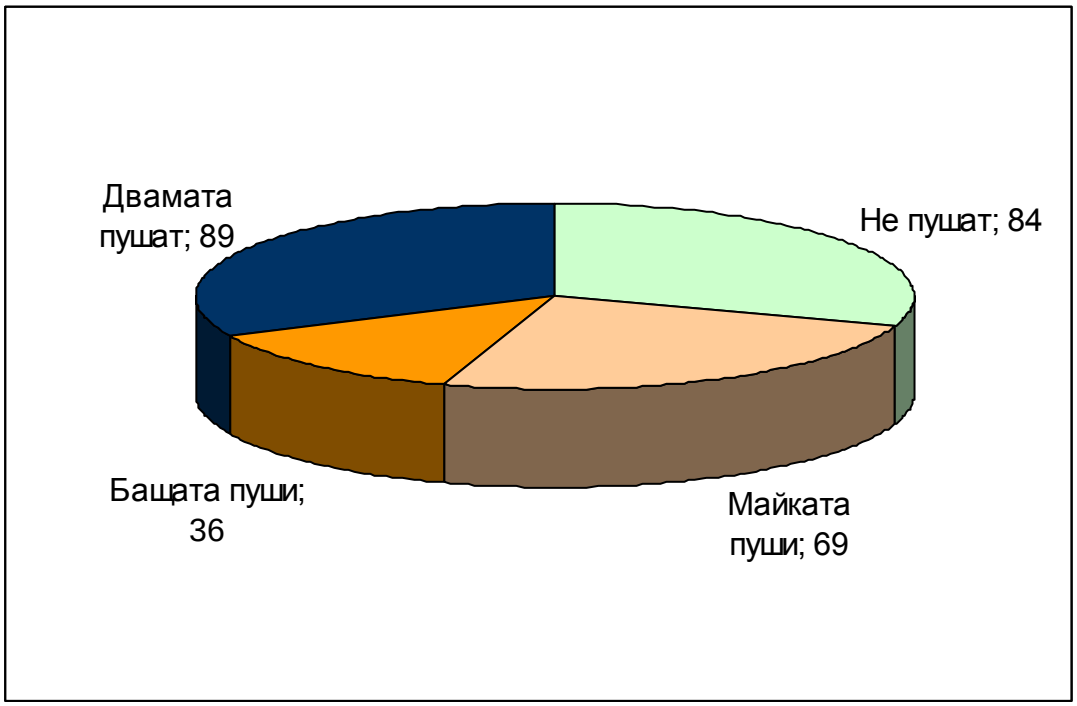
Изчисленият линеен коефициент X^2 (хи-квадрат) = 3,532 и p=0,06 > 0,05 ни показва, че **няма статистически значима разлика** при отговорите на момчетата и момичетата по отношение на тютюнопушенето.

❖ ❖ ❖

Табл. 29. Честота на пушачите сред родителите на учениците

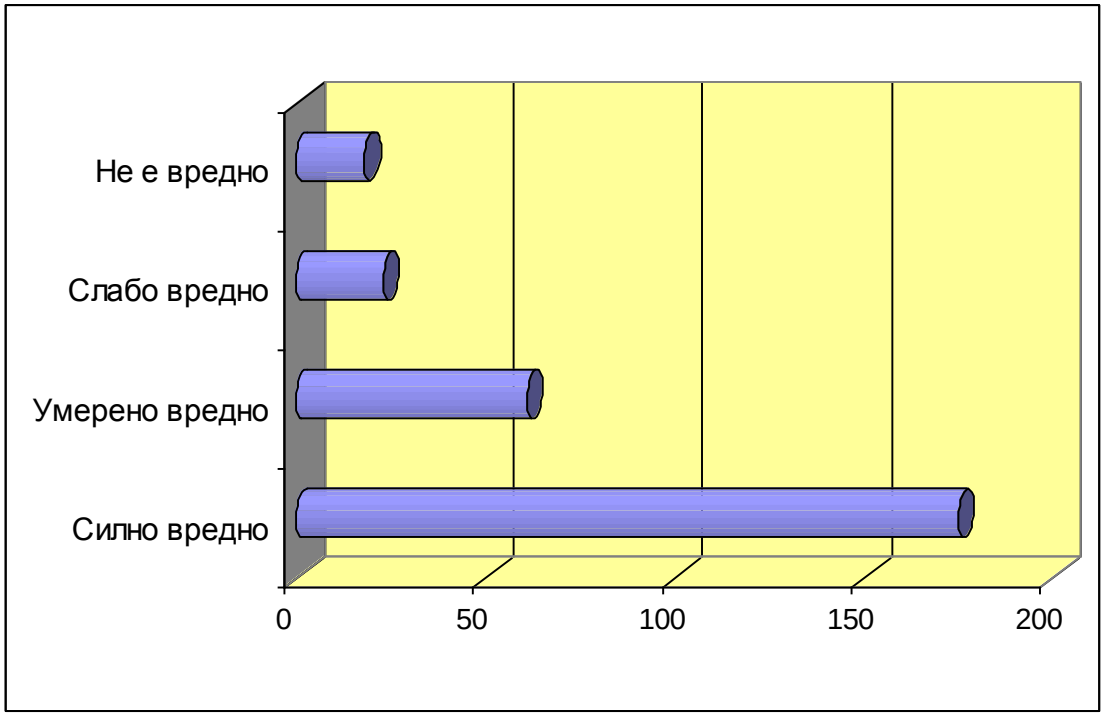
Пушачи от родителите	**Брой**	**Процент**
Не пушат	84	30,2
Майката пуши	69	24,8
Бащата пуши	36	12,9
Двамата пушат	89	32,0
Общо	278	100,0

Фиг. 7. Честота на пушачите сред родителите на учениците



Фиг. 8 Оценка на вредата от тютюнопушенето

Въпрос: Доколко е вредно тютюнопушенето за човешкото здраве?



Като силно вредно оценяват тютюнопушенето 63,7% от учениците, но 14,1% смятат, че то не е вредно или е слабо вредно.

На въпроса „Колко пъти Ви се е случвало да пиете алкохолни напитки през последния месец?” отговорите не са достатъчно ясни и достоверни, има и противоречиви отговори, затова от тях не могат да се правят категорични изводи. С известна условност може да се приемат отговорите на въпроса за употреба на концентрира алкохол, които са крайно обезпокояващи – 14,4% отговарят, че през последния месец са употребявали **концентриран алкохол** (без да може да се уточни точното количество). Това е много неблагоприятен факт, който заслужава в бъдеще да бъде обект на по-специално изследване.

По-информативни са отговорите на въпроса „Причинява ли заболявания злоупотребата с алкохол?. По-голяма част от анкетираните отговарят положително – злоупотребата с алкохол причинява заболявания. Но според повече от една четвърт от анкетираните ученици (27,4%) злоупотребата с алкохола **не причинява** заболявания. Очевидно и по този въпрос информираността н учениците е *незадоволителна*.

Изключително внимание от гледна точка промоция на здравето заслужават данните, представени в таблица 30. Вижда се, че определен процент (10,1%) от учениците са употребявали наркотични и упойващи вещества по един или друг начин. При това 2,1% от учениците отговаря, че са употребявали тези

вещества повече от 3 пъти или редовно. Крайно обезпокояващото е както самият факт на употреба на тези вещества, така и фактът, че се касае за **подрастващи, т.е. потенциални наркомани в бъдеще**. Тези данни говорят за наличие на сериозни здравни рискове при учениците, което налага неотложни, категорични и комплексни мерки от нормативно, образователно, здравно-възпитателно и психологическо естество в тази насока.

Табл. 30. Употреба на наркотични и упойващи вещества
Въпрос: Случвало ли ви се е да употребявате наркотични и упойващи вещества?

Отговори	Брой	Процент	P
Не	250	89,9 %	< 0,001
1-2 пъти	12	4,3 %	> 0,05
3 и повече пъти	10	3,8 %	< 0,01
Редовно	2	0,7 %	< 0,01
Без отговор	4	1,4	> 0,05
Общо	278	100,0	

Табл. 31. Влияние на рекламите върху здравословниия начин на живот
Въпрос: Могат ли рекламите да ви въздействат да живеете по-здравословно?

Отговори	Брой	Процент
Да	26	9,1 %
Понякога	139	50,0 %
Не	107	38,5 %
Липсващи отговори	6	2,4 %
Общо	278	100,0

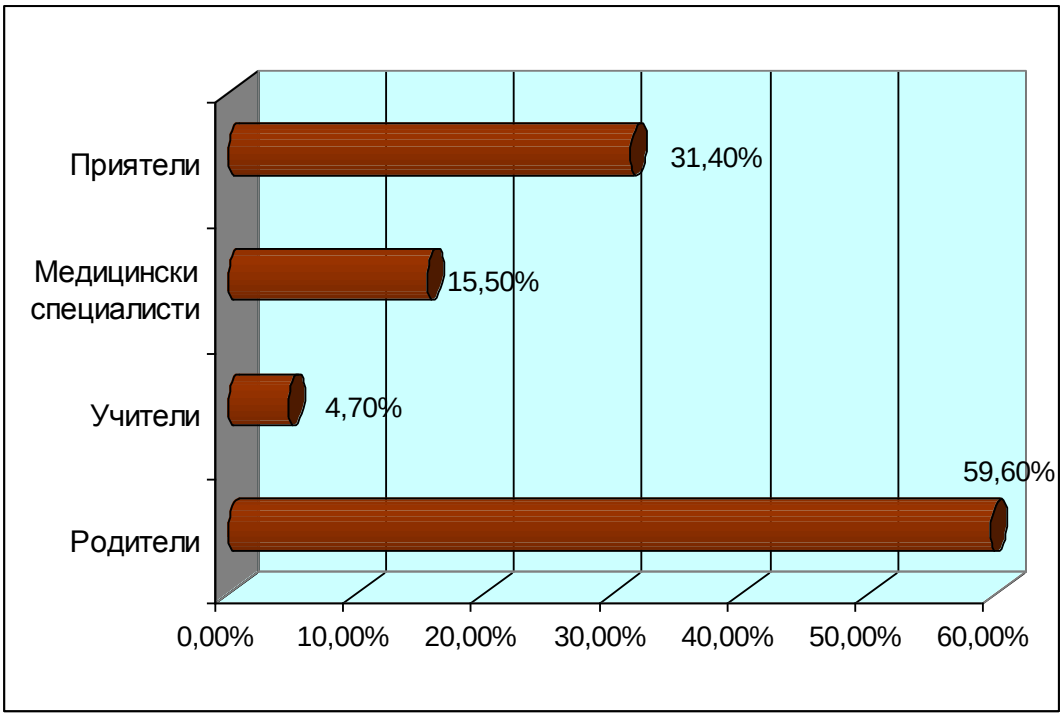
❖ ❖ ❖

Табл. 32. Въздействащи фактори за здравословен стил на живот

Въпрос: Кой може да ви окаже най-силно въздействие, за да живеете здравословно?

Въздействие от:	Брой	Процент
Родители	165	59,6%
Учители	13	4,7%
Медицински специалисти	43	15,5%
Приятели	87	31,4%
Без отговор	3	1,1%
Общо	278	100,0

Фиг. 14. Въздействащи фактори върху учениците за здравословен стил на живот



3.3. Сексуална култура и сексуално поведение на учениците

Настоящото анкетно проучване сред учениците в няколко града от различни региона на България дава представа за техните познания и поведение по въпросите на сексуалното общуване и относно рисковете от болести, предавани по полов път и начините на превенция.

На въпроса *„Водите ли полов живот?”* 245 (88,1%) ученици не са дали никакъв отговор, като от тях 106 са момчета и 139 са момичета. Това показва, че разглежданата тема все още е табу за учениците и най-вероятно не се обсъжда с тях както в училище, така и в семейна среда. Поради този факт не може да се направи категоричен извод дали има статистически значима разлика между честотата на половия живот у момчетата и момичетата.

27 (9,7%) от учениците отговарят, че водят полов живот, като 23 са момчета и само 4 са момичета. Категорични са, че не водят полов живот само 6 (2,2%) момчета.

Табл. 33. Сексуален живот у учениците

	Брой	Процент
Да	27	9,7 %
◆ Начало до 12 годишна възраст	◆ 21	◆ 7,5 %
◆ Начало до 15 годишна възраст	◆ 6	◆ 2,2 %
Не	6	2,2 %

Без отговор	245	88,1 %
Всичко	278	100,0

Цитираните в таблицата проценти имат междинна стойност в сравнение с други изследвания. По данни на Агенцията за социални изследвания и анализи 16% от момичетата и 29% от момчетата са започнали полов живот до 16 годишна възраст. Според проучването на д-р Т. Черкезов в тази възраст 4,09 % за започнали полов живот.

Табл. 34. Сексуален живот на учениците по пол

			Какъв е Вашият пол?		
			момче	момиче	Общо
Водите ли полов живот?	без отговор	Честота	106	139	245
		% от Общо	38,1%	50,0%	88,1%
	да	Честота	23	4	27
		% от Общо	8,3%	1,4%	9,7%
	не	Честота	6	0	6
		% от Общо	2,2%	,0%	2,2%
	Общо	Честота	135	143	278
		% от Общо	48,6%	51,4%	100,0%

Фиг. 9. Начало на полов живот у учениците

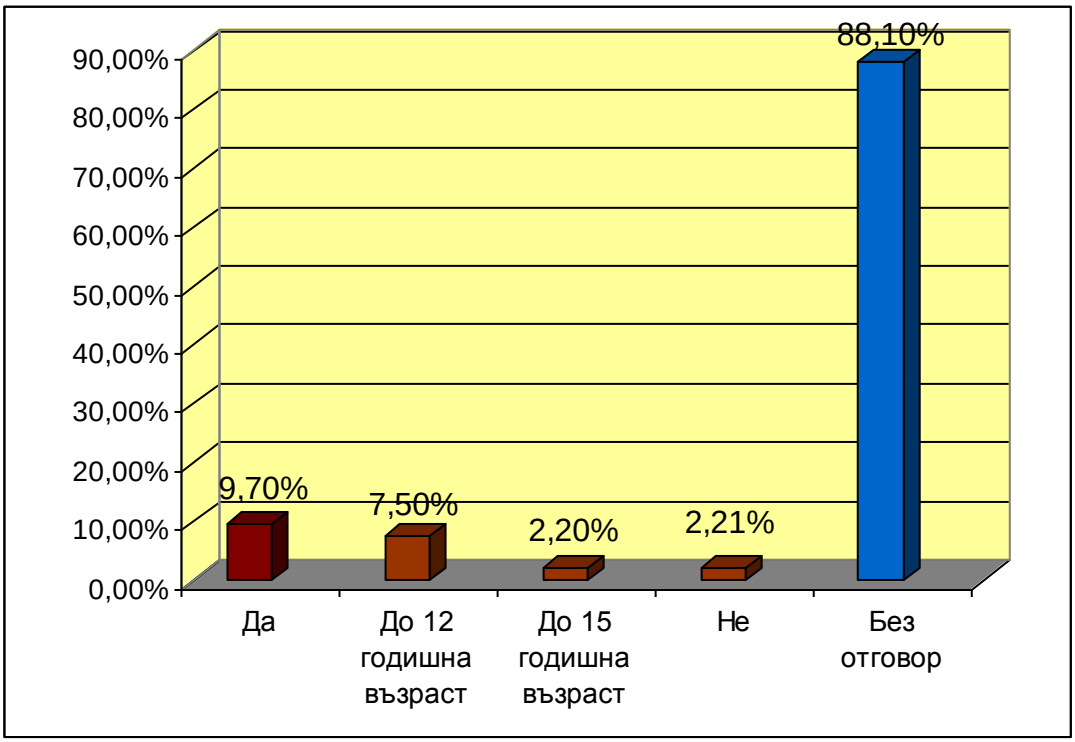


Табл.35. Познания за предпазване от нежелана бременност

Въпрос: Знаете ли как да се предпазите от нежелана бременност?

ОТГОВОРИ	Брой	Процент
	16	5,8
Да	182	65,5
Не	54	19,5
Недостатъчни знания	39	14,0
Липсващи отговори	3	1,1
Общо	278	100,0

Фиг. 10. Посетени беседи за полово предавани болести през учебната година

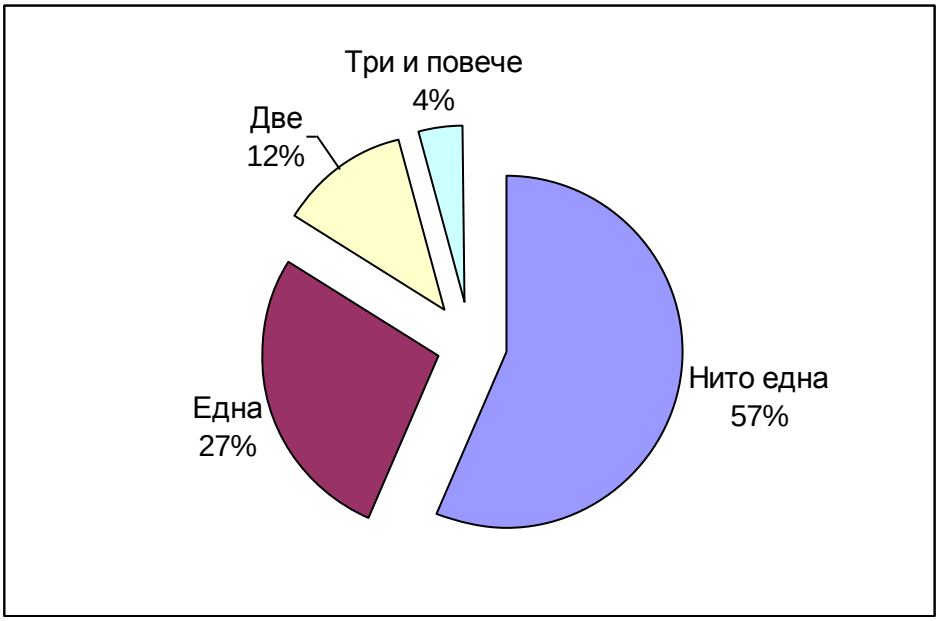


Табл. 36. Познания за предпазване от нежелана бременност по пол

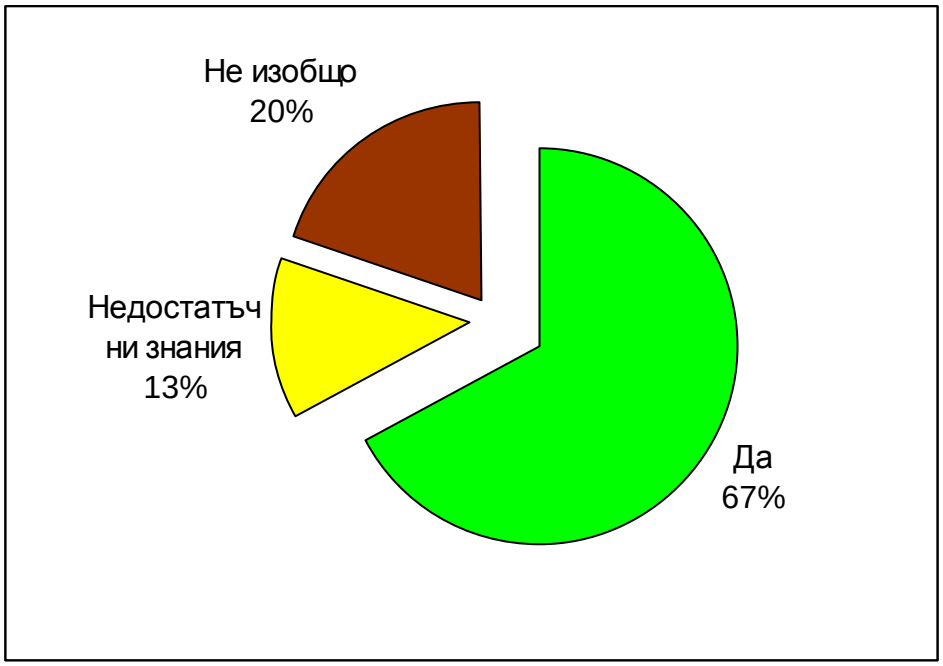
			Какъв е Вашият пол?		
			момче	момиче	Общо
Знаете ли как да се предпазите от нежелана бременност?	да	Честота	76	106	182
		% от Общо	29,3%	40,9%	70,3%
	не	Честота	30	8	38
		% от Общо	11,6%	3,1%	14,7%
	знанията ми са недостатъчни	Честота	15	24	39
		% от Общо	5,8%	9,3%	15,1%
	Общо	Честота	121	138	259
		% от Общо	46,7%	53,3%	100,0%

На въпроса „**Знаете ли как да се предпазите от нежелана бременност?”** 182 (70,3%) ученици са отговорили положително, като от тях 76 са момчета и 106 са момичета. Категорично отрицателно са отговорили 38 (14,7%) ученици, като 30 са момчета и само 8 са момичета. Знанията си определят като недостатъчни 39 (15,1%) от учениците, като 15 са момчета и 24 са момичета.

Изчисленият линеен коефициент X^2 (хи-квадрат) = 0,95 и p=0,33 > 0,05 ни показва, че няма статистически значима разлика при отговорите на момчетата и момичетата по отношение на познанията им свързани с нежеланата бременност. Независимо от това, вижда се известна тенденция, че момчетата са по-добре осведомени по този въпрос от момичетата, което е край но неприемливо като факт.

Фиг. 11. Познания за предпазване от полово предавани болести

Въпрос: Знаете ли как да се предпазите от полово предавани болести?



3.4. Отношение на учителите и родителите към здравните проблеми на учениците

Специален интерес в светлината на промоция на здравето представляват данните доколко учителите и родителите се интересуват от здравните проблеми на своите ученици, респ. своите деца.

Както личи от данните в таблица 30 **значителен процент от учителите изобщо не се интересуват от здравните проблеми на учениците си** – според 25,3% от анкетираните ученици учителите не проявяват никакъв интерес, 41,7% проявяват частичен интерес и само 33,1% проявяват значителен интерес. Тези данни заслужават голямо внимание, тъй като не съответствуват с основната идея на промоция на здравето за професионално партньорство между медици и педагози в общата дейност за опазване здравето на подрастващите. Ниският интерес на педагозите към здравните проблеми на учениците сам по себе си е сериозен негативен фактор на здравната култура, на здравното поведение и по този начин влияе негативно върху здравното състояние на учениците.

Табл. 37. Проявен интерес от учителите към здравните проблеми на учениците

Въпрос: Според Вас доколко вашите учители се интересуват от здравното състояние на учениците?

Степен на интерес на			

учителите към здравето на учениците	Брой	Процент	P
В значителна степен	92	33,1	< 0,01
Отчасти	116	41,7	< 0,001
Без интерес изобщо	70	25,3	< 0,001
О б щ о	278	100,0	

Табл. 38. Проявен интерес от родителите към здравните проблеми на своите деца

Въпрос: Според Вас доколко вашите родители се интересуват от здравното състояние на своите деца?

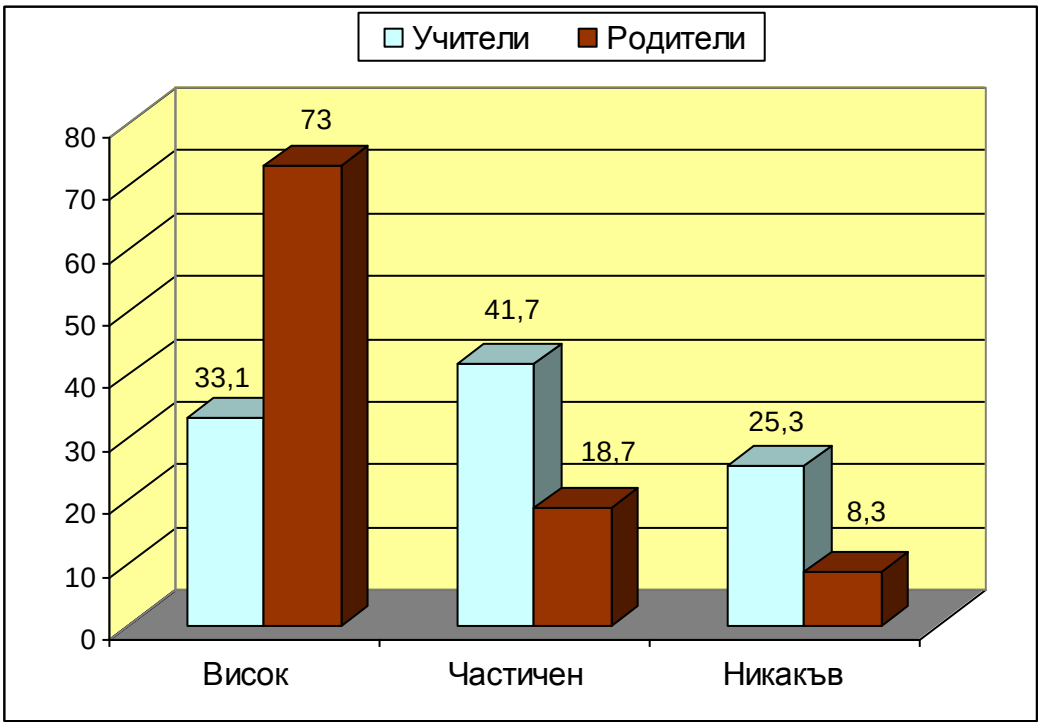
Степен на интерес на учителите към здравето на учениците	Брой	Процент	P
В значителна степен	203	73,0	< 0,01
Отчасти	52	18,7	< 0,001
Без интерес изобщо	23	8,3	< 0,001
О б щ о	278	100,0	

Табл. 39. Сравнителни данни за отношението на учителите и родителите към здравните проблеми на учениците

Степен на интерес	Учители	Родители	P
В значителна степен	33,1	73,0	< 0,001
Отчасти	41,7	18,7	< 0,001
Без интерес изобщо	25,3	8,3	< 0,01
О б щ о	100,0	100,0	

Фигура 13. **Отношение на учителите и родителите към здравните проблеми на учениците (сравнителни данни в %)**

Въпрос: Какъв интерес проявяват вашите учители и родители към здравното състояние на учениците?



Общото впечатление от проведената анкета сред група ученици е, че съществуват сериозни **пропуски в здравната информираност и здравното поведение** на подрастващите и то специално по отношение на сексуалното здраве. Много слаба е и активността на здравната система, в частност на личния лекар и на училището към здравните проблеми на учениците. Крайно нисък интерес към здравните проблеми на учениците проявяват учителите, което е едно препятствие за висока здравна култура и за промоция на здравето в нашите училища.

Всичко това представлява един много сериозен проблем и същевременно огромно предизвикателство пред дейността по промоция на здравето в нашата страна в условията на реформиращата се здравна система.

3.5. Анализ на данни от анкета на учители

Установяват се определени различия между мнението на учителите и учениците, както показват данните от следващите таблици и диаграми.

Табл. 40. Оценка на здравните знания на учениците от учители
Въпрос: Имат ли учениците според Вас необходимите здравни знания?

Наличие на здравни знания	Брой	Процент
Да	4	7,7 %
Отчасти	17	32,7 %
Не	31	59,6 %
Всичко	278	100,0

Вижда се, че преобладаващият процент от учителите преценяват здравните знания на учениците като ниса или липсваща., която е по-неблагоприятна оценка в сравнение с мнението на учениците, изложено по-горе. Почти половината анкетирани учители считат, че липсват комуникации на

учениците с учителите по здравни проблеми или те са частични и случайни.

Според анкетираните учители незадоволителна е комуникация на учениците с учителите по здравни проблеми (табл. 42). Както се вижда учениците нямат нагласата да споделят с учителите си здравни проблеми, които ги вълнуват, в частност проблемите на тютюнопушенето, алкохолната употреба и някои лични неразположения.

Табл.41. Комуникация на учениците с учителите по здравни проблеми

Въпрос: Учениците споделят ли с Вас здравни проблеми свързани с тяхното здраве и стила им на живот?

	Брой	Процент	P
Не	11	21,3	> 0,05
Понякога	12	22,9	< 0,05
Да В т.ч.	29	55,7	< 0,01
За тютюнопушене	1	1,9	> 0,05
Употреба на алкохол	1	1,9	> 0,05
Моментно неразположение	1	1,9	> 0,05

Заслужава внимание мнението на учителите относно силата на въздействие на различните фактори, формиращи здравословния стил на учениците (таблица 42). Най-силно влияние в тона отношение оказват родителите (23,1%), следвани от медицинските специалисти (21,2%). Учителите са на трето

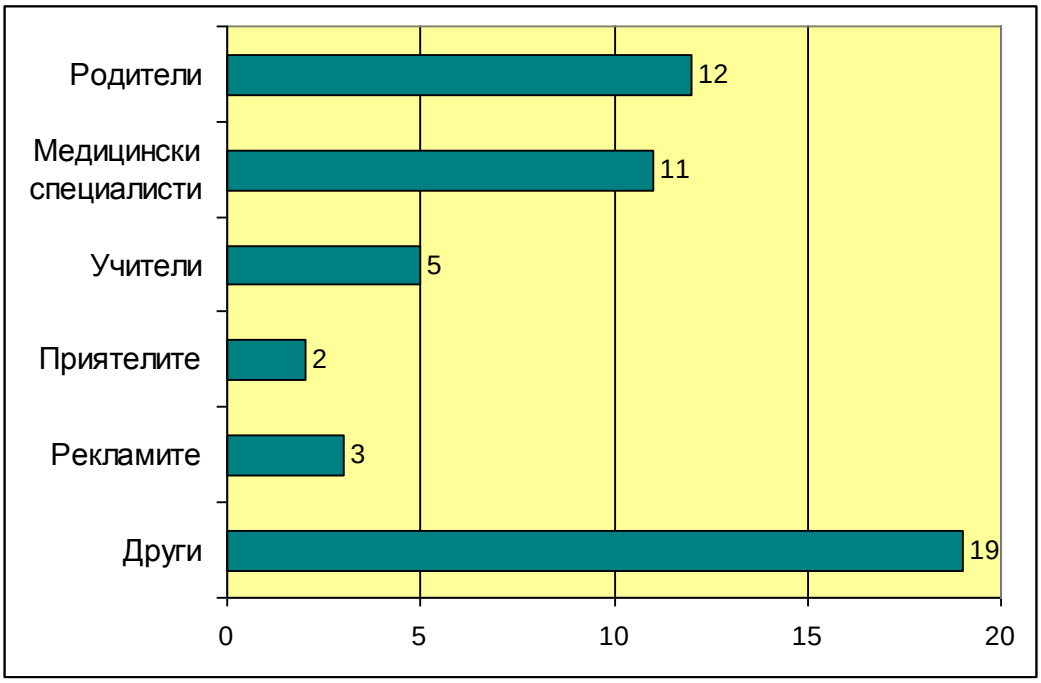
място (9,6%). Прави впечатление, че доста малко влияние се отрежда на приятелите – 3,8%. Вероятно анкетираните учители са имали предвид, че най-често приятелският кръг на съдейства позитивно за формиране и утвърждаване на здравословен стил на живот на младите хора, а обратно, стимулира нездравословен тип на поведение.

Табл. 42. Фактори с най-силно въздействие за формиране на здравословен стил на живот

Въздействащи фактори	Брой	Процент
Родители	12	23,1 %
Медицински специалисти	11	21,2 %
Учители	5	9,6 %
Приятелите	2	3,8 %
Рекламите	3	5,9 %
Други	19	37,2 %
Всичко	52	100,0

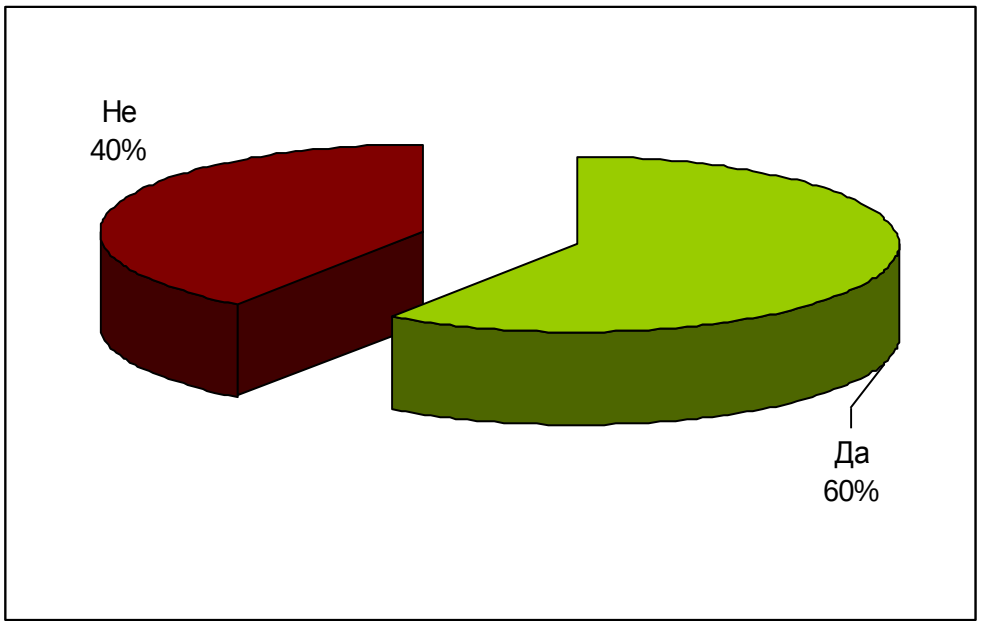
Във връзка с факторите, влияещи върху здравословния стил на живот на анкетираните учители бе зададен контролен въпрос *„Вие като учители можете ли да влияете при формирането на здравно поведение на учениците?”.* Отговорите на този въпрос не съвпадат с дадените общо отговори за въздействие на различните фактори. Повече от половината учители (60%) преценяват, че по един или друг начин могат да въздействат за формирането на здравословен стил на живот при учениците.

Фиг. 15. Степен на въздействие на различни фактори за формиране на здравословен стил на живот у учениците



Фиг. 16. Влияние на учителите върху формирането на здравното поведение на учениците

Въпрос: Вие като учители можете ли да влияете при формирането на здравно поведение на учениците и как?



Относно наличие на условия за формирането на здравословен стил на живот у учениците може да се счита, че най-меродавно е мнението на учителите, които най-добре познават училищната среда. На таблица 43 личи, че само половината от анкетираните учители дават позитивен отговор на този въпрос. Според останалите 50% учители в техните училища няма изобщо условия или те са недостатъчни за формирането на здравословен стил на живот.

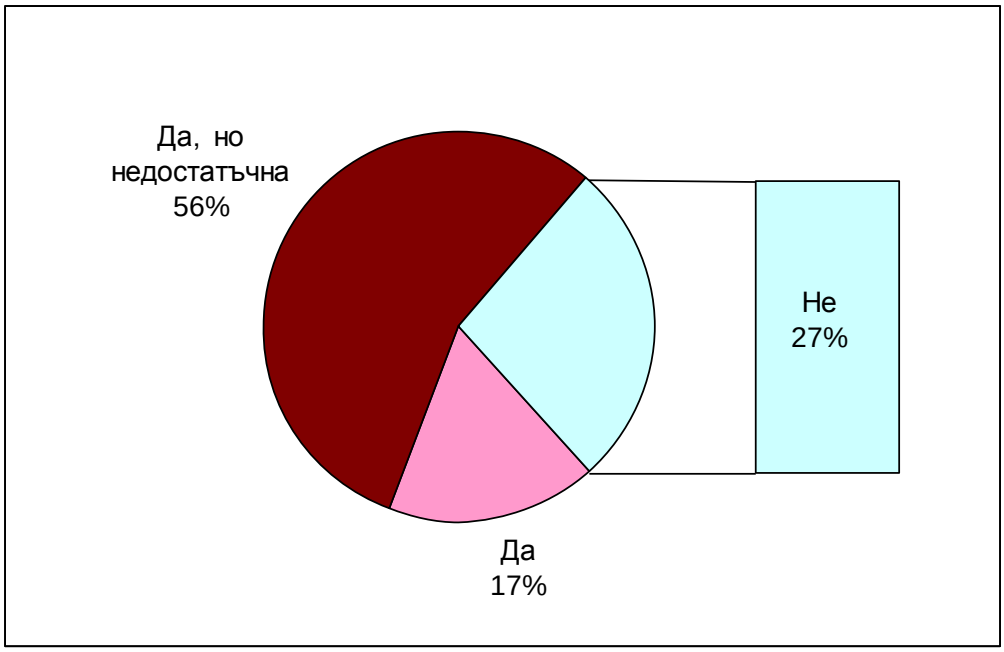
Табл. 43. Налични условия за формиране на здравословен стил на живот у учениците

Въпрос: Има ли във вашето училище условия за формиране на здравословен стил на живот у учениците?

Отговори	Брой	Процент
Има добри условия	26	50,0
Има, но не достатъчни	17	33,7
Няма условия	9	16,3
Общо	52	100,0

Фиг. 17. Здравна култура на семействата на учениците според учителите

Въпрос: Семействата на учениците притежават ли необходимата здравна култура?



Фиг. 18. Туристически излети на ученици сред природата, организирани от училището за една година

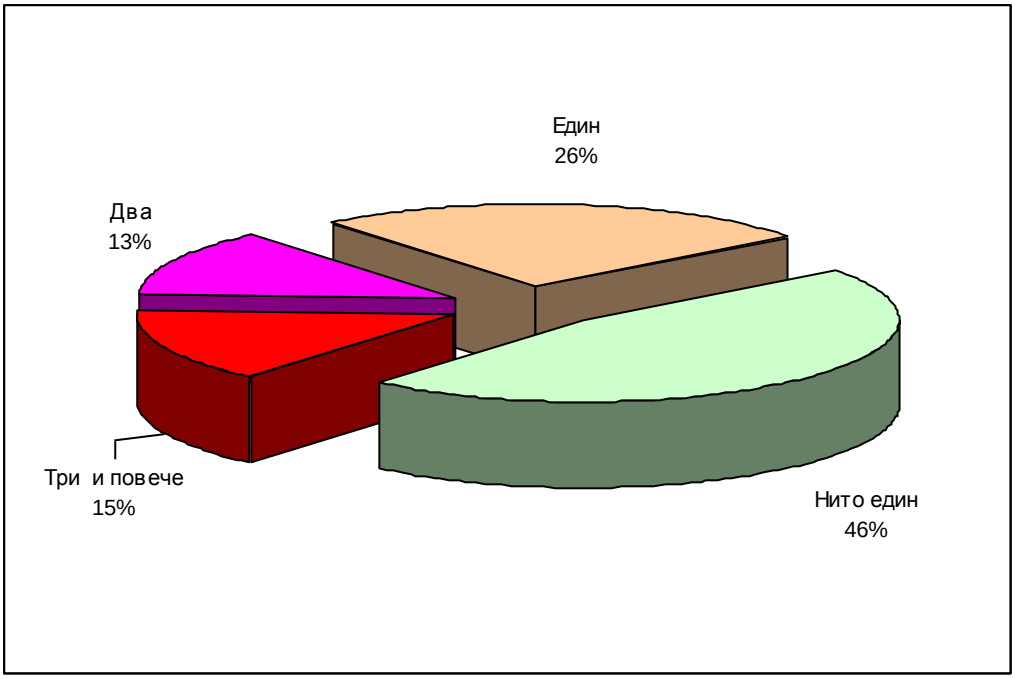


Табл. 44. Здравни теми и проблеми, представляващи интерес за учениците според учителите

Теми	Брой отговори
Без отговор	18
Здравословно хранене	14
Сексуално възпитание	7
Спорт	5
Здравни въпроси, свързани с израстването	3
Наднормено тегло	2
Наркотици - зависимост	2
Ползата и вредното влияние на компютъра	1

Повече от половината анкетирани учители (62%) отговарят, че не им е известно да има в тяхното училище програма за здравно образование на учениците. Същевременно те проявяват известен интерес по този въпрос. Това проличава от данните в таблица 45 и фигури 19-21. Като ефективно средство за здравно възпитание на учениците учителите дават най-голяма предпочитание на свободния разговор върху здравни проблеми, следван от дискусии, игра на роли, работа в група, лекции и семинари и обсъждане на казуси.

Фиг. 19. Подходящи учебни форми и методи за обучение на учениците според учителите

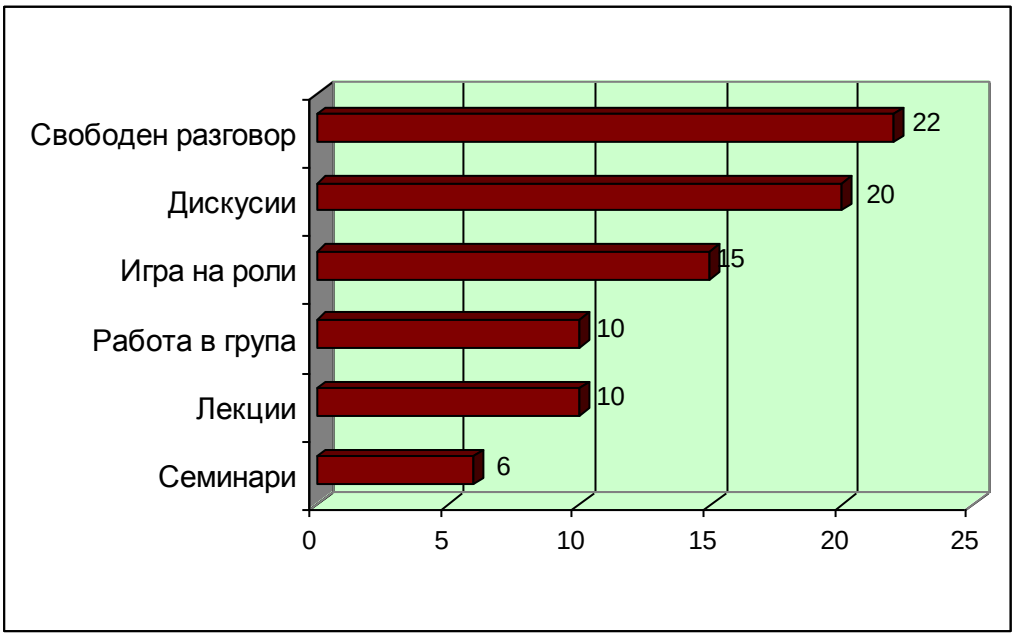


Табл. 45. Предпочитана от учителите организационна форма за здравно образование

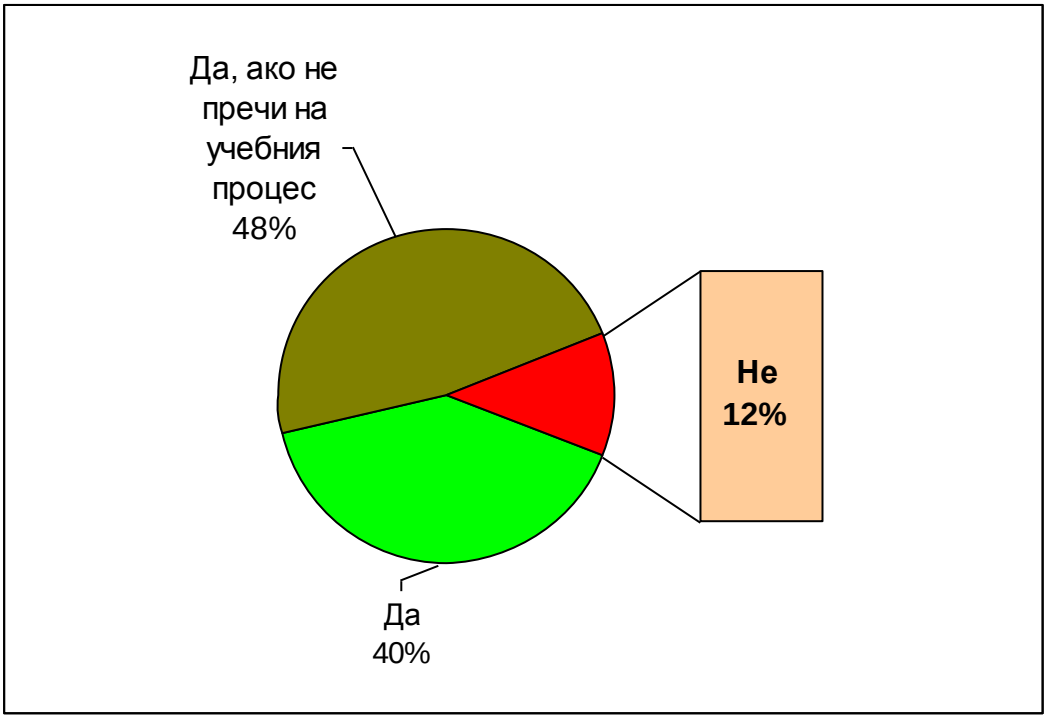
Въпрос: Под каква форма да се преподава здравното образование?

Орг. форма	Брой	Процент
Като самостоятелна дисциплина	8	15,4
В часа на класния	16	30,8
В часовете по биология	21	40,4
Други, в т.ч. *Клубове и СИП*	6	11,2

Нагледни материали	1	2,1
Всичко	52	100,0

Фиг. 20. Отношение на учителите към възможен проект за формиране на здравословен стил на живот

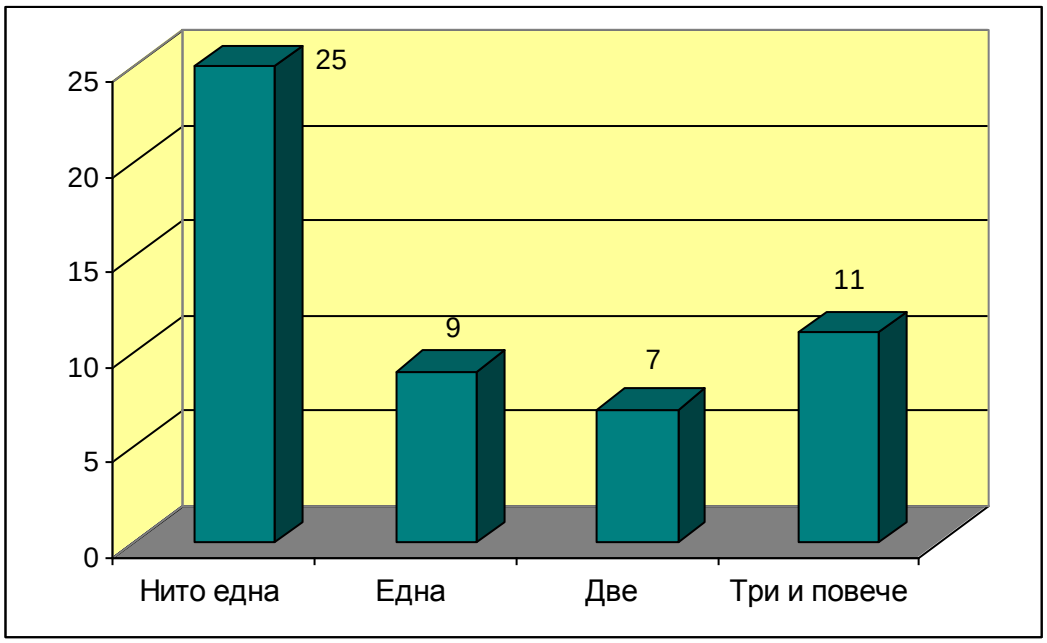
Въпрос: Ще подкрепите ли педагогически експеримент с учениците от вашия клас, целящ подобряване на тяхната здравна култура и създаването на предпоставки за формиране на здравословен стил на живот?



В контекста на представените по-горе становища на учителите представлява интерес каква е настоящата дейност на училището относно здравното обучение на учениците. От фигура 21 личи, че тази дейност е доста ограничена по обем. Според отговорите на половината от учителите през последната година не е изнесена нито една здравна беседа пред учениците. Останалите отговори показват, че са изнесени по една до две здравни беседи в течение на годината.

Очевидно е, че все още здравните проблеми на учениците са далеч от приоритетите на училището, че **няма** специална насоченост и организирана системна дейност за здравно и сексуално обучение на учениците.

Фиг. 21. Здравни беседи, изнесени през последната година пред учениците



3.6. Обобщена оценка на дейността на здравно възпитание на учениците в условията на училището и семейството

Представеният в предишните глави анализ убедително доказва, че проблемът за здравната култура, здравословният стил на живот и промоция на здравето продължава да е актуален и значим изобщо, но изключително актуален е той при подрастващите и учениците.

Нашият анализ бе извършен в четири главни насоки:

- Здравна информираност и здравни знания на учениците – данни от анкета на ученици
- Типични черти в здравното поведение на учениците - данни от анкета на ученици
- Сексуална култура и сексуално поведение на учениците
- Отношение на учителите и родителите към здравните проблеми на учениците.
- Визия на учителите относно здравната култура и здравните проблеми на учениците.

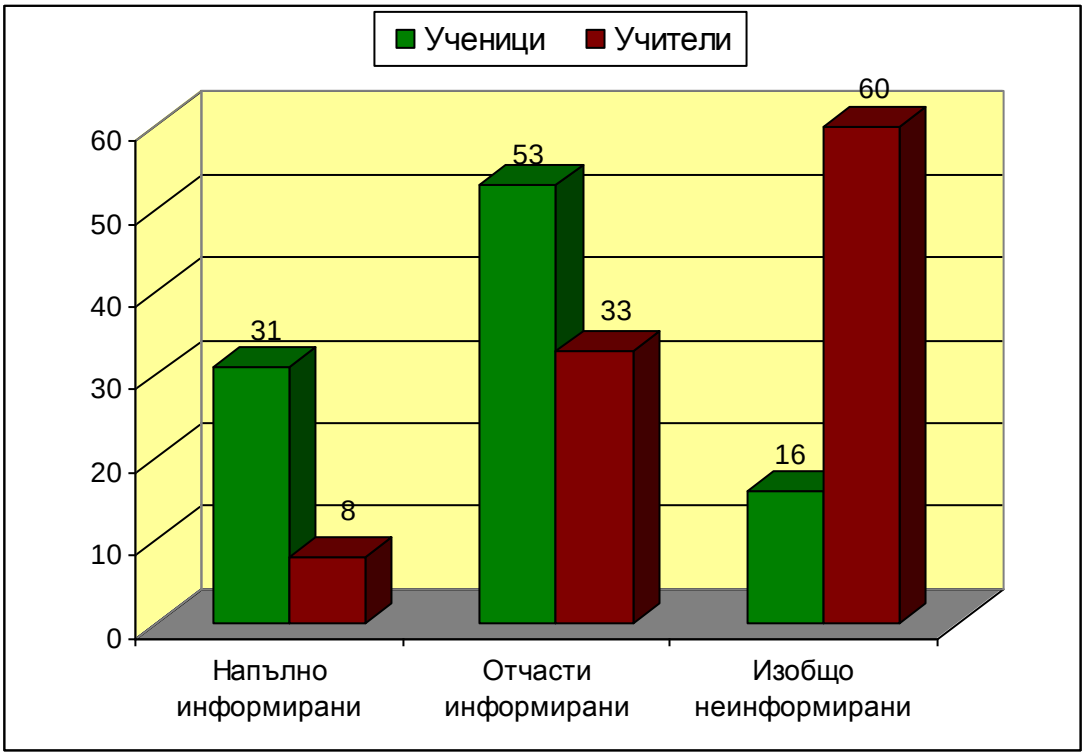
Всички тези насоки на анализ сме фокусирали към един генерален проблем – здравната култура и здравното поведение на учениците като основа на здравословния стил на живот. Оттук произлиза и главната задача на стратегията за промоция на здравето – повишаване на здравната култура на учениците и формирането на здравословен стил на живот.

Ето защо нивото на здравната информираност на учениците придобива изключително значение в съвременните условия като един от особено важните медико-социални и медико-педагогически проблеми.

На фигура 22 са представени **сравнителните данни** за мнението на ученици и учители относно здравната информираност на учениците, т.е. от гледна точка на самооценка (ученици) и външна оценка (учители). Вижда се, че субективната самооценка на учениците за тяхната здравна информираност е значително по-ниска от тази на учителите. Тази статистически значима разлика в мненията показва, че между учителите и учениците няма достатъчна връзка и взаимна информираност по различни здравни проблеми, респективно няма и специално насочена система за здравно обучение (здравна грамотност) в училищата.

Очевидно понастоящем училището все още не изпълнява ролята на позитивен фактор за укрепване и повишаване здравето на учениците.

Фиг. 22. Сравнителни данни за мнението на ученици и учители относно здравната информираност на учениците



Цяла поредица от данни свидетелствуват за наличие на нездравословен тип здравно поведение у учениците. Особено внимание заслужават нерационалното хранене, намалената физическа активност, необщуването с природата, тютюнопушенето, минималния брой посетени здравни беседи, малкото профилактични прегледи и др. Негативният ефект на тези грешки в здравното поведение се засилва от слабия интерес на родители и ученици към тези грешки и към фактическите здравни проблеми на учениците. Данните от изследването ни

създават впечатлението, че нашите училища все още не са място за укрепване на позитивното здраве на учениците.

Повечето ат анкетираните учители имат сравнително правилни виждания и предложения за подобряване здравната култура на учениците, но не са предприемали съществена активност и дейност за организиране на ефективно здравно образование в училищата..

Впечатляващ пропуск в тази насока е, че в повечето наблюдавани училища (54%) няма конкретна програма за здравно и сексуално обучение на учениците. Оттук възниква острата нужда от целенасочена добре организирана дейност за промоция на здравето в нашите училища.

3.7. Модел на тематична учебна програма за здравно образование на ученици в прогимназиален етап от развитие.

Предлагаме тематична учебна програма, която може да се използва съобразно възможностите и специфичните особености на дадено училище чрез организиране на факултативен курс или чрез семинари-беседи в часовете на класния ръководител. Лекционният курс може да се провежда от лекари или медицински сестри - хонорувани лектори или от учители по биология, след конкретна методична подготовка във Факултета по обществено здраве, провеждаща се от автора на този дисертационен труд.

Теми за учебната програма за здравно образование на ученици

1. Здравето – съвременни представи и концепции. Болестта като нарушено здраве.

2. Фактори на здравето рискови фактори. Роля на околната среда. Начинът на живот – определящ фактор на здравето.

3. Възрастова динамика на човешкото здраве. Специфични особености на здравето на подрастващите и учениците.

4. Здравна култура и здравно поведение. Здравословен стил на живот.

5. Вредни за здравето навици. Поведенчески рискови фактори.

6. Тютюнопушенето – причини и отражение върху здравето. Пасивни и активни пушачи.

7. Злоупотребата с упойващи вещества. Влияние на алкохола, алкохолна зависимост.

8. Злоупотреба с вещества. Наркомании.

9. Намалената физическа активност (хиподинамия) като рисков фактор на здравето.

10. Рационално и нерационално хранене. Храни с особена важност за подрастващия организъм.

11. Сексуална култура на учениците. Секс и здраве. Болести, предавани по полов път.

12. Здравословен секс. Подходи за предпазване от нежелана бременност и от венерически болести.

13. Пубертет и здраве. Репродуктивно здраве. Превенция на болести, увреждащи младия организъм и бъдещата му функция на майка или баща.

Предлаганата учебна програма за здравно образование може да стане реалност само чрез обединените усилия и системно **професионално партньорство** на медицинските специалисти и педагозите.

Заключение – изводи и препоръки

В условията на всеобщи здравни реформи промоция на здравето е приоритетна сфера на новата здравна политика и на новото обществено здравеопазване. Промоция на здравето е една от генералните стратегии на Световната здравна организация. Тя е нова философия и концепция за личното и общественото здраве, която е ориентир в развитието на съвременните национални здравни системи.

Пряката цел на промоция на здравето е максималното ангажиране на личността и обществото за изграждане на здравословен стил на живот, който е главен фактор за подобряване здравните показатели на населението в неговата цялост. Оттук възниква основният принцип - необходимостта да се повиши **личната отговорност** за индивидуалното и обществено здраве.

Ефективната дейност за промоция на здравето изисква целенасочено повишаване здравната култура на цялото население с приоритетна насоченост към подрастващото поколение. Оттук възниква неотложната потребност от засилване ролята на здравните професионалисти като днешни и утрешни здравни възпитатели на населението. В тази насока сериозни задачи стоят пред специалистите по здравни грижи.

За целите на настоящето изследване ние проведохме анонимна социологическа анкета на ученици. Данните показват редица важни факти в начина и стила на живот на учениците с

неблагоприятна насоченост - висока честота на рискови фактори от типа на хиподинамия, нерационално хранене, незадоволителна хигиена на устната кухина, крайно ниска честота на профилактичните прегледи през годината. Така 51,9% от учениците не са слушали нито една беседа на здравна тема през годината. Не са имали профилактичен преглед 83,3% от интервюираните ученици, а останалите 16,7% са имали само по един профилактичен преглед.

Установява се липса на активен интерес на педагозите към здравните проблеми на техните ученици.

Всичко това поставя на преден план проблемът за по-активна и целенасочена дейност на здравната служба сред подрастващите контингенти.

Това е наложително, тъй като в досегашната дейност по промоция на здравето и здравно възпитание сред подрастващите има елементи на случайност и неорганизираност, а също няма изявено позитивно обществено отношение към тези важни проблеми на общественото здраве в нашата страна.

Нужно е по-ясно да се регламентира специално ролята на профилактичните прегледи в училищата. В тази насока е нужно да се повиши отговорността пред личните лекари за осъществяване на по-активна връзка и професионално партньорство с педагозите и с ръководствата на нашите училища.

Целесъобразно е във всяко училище да се назначава специалист по здравни грижи (медицинска сестра), която да бъде

преди всичко организатор на здравното възпитание и на профилактичните дейности в училището, в това число и на системните профилактични прегледи на учениците.

За да се реализира системна дейност по промоция на здравето в училищата е необходимо възможно най-компетентно управление и подобряване организация на практическата дейност по промоция на здравето в процеса на реформата.

Нужно е реализирането на **конкретни проекти и програми** за промоция на здравето и за реално повишаване здравната култура сред подрастващите с оглед формирането на реален здравословен стил на живот и чувствително подобряване показателите на общественото здраве.

▬

Литература

1. Андреев, М., Образование и общество, Педагогическа социология, София, УИ “Св. Климент Охридски”, 1998, стр. 412.
2. Апостолов, М., Исторически, социални и етични измерения на медицината, София, изд. “ГорексПрес”, 2002, стр.199.
3. Апостолов, М., П. Иванова, История на медицината и сестринството, София, изд. “ГорексПрес”, 1998, стр. 240.
4. Асенова, Р., Ж. Христов, Г. Иванов, Новите хоризонти на превантивната медицина в условията на общата медицинска практика, сп. *“Обща медицина”,* том.VIII, бр. 1, 2006, стр. 7-10.
5. Асенова, Р., Отражение в детското съзнание на ролята на общопрактикуващия лекар в превенцията на затлъстяването, сп. *“Обща медицина”,* том.VIII, бр. 1, 2006, стр. 25-27.
6. Балабанов, П. Здраве на семейството, София, изд. На БАН, 1993, стр.612.
7. Байкова, Д. Да отслабнем без глад. 2012, 180 с.
8. Батоева, Д., Е. Драголова, Педагогическа и психологическа диагностика, София, изд. “Аскони - Издат”, 2001, стр. 288.
9. Белова, М., Г. Димитрова, Кл. Сапунджиева, Н.Бояджиева, Основи на възпитанието, София, изд. “Булвест” 2000, стр. 288.
10. Бенчев, Б., Стандарт за промоция на здравето в болниците, сп. “*Социална медицина”* кн.4, 2003, стр.25-26.

11. Бижков, Г., В. Краевски, Методология и методи на педагогическите изследвания, София – Москва, УИ “Св. Климент Охридски”, 1999, стр. 509.
12. Бойчев, К., Валеология – наука за здравето в образователната система, сп. “*Педагогика”*, 2001, кн.6, стр. 29-45.
13. Борисов, В., Здравна политика и здравен мениджмънт, “График Консулт”, 1998, стр. 9-44.
14. Борисов, В., Синтетична социална медицина, С., 2002, 134 с.
15. Борисов, В., Общественото здраве като системен феномен. В Ново обществено здравеопазване, София, изд. “Аква Графикс”, 1998, стр.38-42.
16. Борисов, В., К.Шопова, Концепция за промоция на здраве – същност и развитие., в Ново обществено здравеопазване, София, изд. “Аква Графикс”, 1998, стр.54-58.
17. Борисов, В., С.Попова, Л.Георгиева, К.Шопова, Промоция на здравето, София, изд. “Арсо”, 1998, стр.120.
18. Борисов, В., Ц.Воденичаров, Процеси на интеграция и диференциация в съвременното здравеопазване, в Ново обществено здравеопазване, София, изд. “Аквaграфикс”, 1998, стр.35-38.
19. Борисов, В., Ц.Воденичаров, Реалности на здравната реформа, София, изд. “Филвест”, 2000, стр.24-28.

20. Борисова, Б., Промоция на здравето – приоритет на здравната реформа, сп.”*Здравен мениджмънт”*, 2001, кн.1, стр.34-35.

21. Борисова, Д., Интерактивни форми на здравното образование, сп. *“Педагогика”*, 2001, кн.6, стр. 89-91.

22. Брекън, Д., Д. Меси, Ръководство за сексуално образование, София, 1992, стр. 114.

23. Василевски, Н., М. Вуков, Носителство на фактори на риска за здравето сред изследваните мъже в зоните на програмата за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести /СИНДИ/, сп. “*Социална медицина*”, 2003, кн.4, стр.15-19.

24. Василевски, Н., Б. Тулевски, Г. Котаров, Ръководство за предотвратяване и ограничаване на тютюнопушенето, София, НЦОЗ, 2004, стр.46.

25. Воденичаров, Ц., М. Митова, С. Младенова, Медицинска педагогика, София, изд.”Артик 2001”, 2008.

26. Воденичаров, Ц., Зл. Глутникова, Л. Гатева, Иновации в медицинското образование, София, изд. “Аквафикс” 1997, стр.176.

27. Георгиева, Л., Тревожни тенденции в разпространението на тютюнопушенето в България, сп. “*Социална медицина”*, 2002, кн. 4, стр. 24-28.

28. Дерижан, И., Психосексуалното развитие на детето, София, Движение “Предтечи”, 2000, стр. 131.

29. Здравеопазване, Национален статистически институт, Национален център по здравна информация към Министерството на здравеопазването, 2006, София, изд. “Статпринт”, стр. 172.
30. Здравнообразователна програма за дейността на класния ръководител 1996, сп. *“Педагогика”*, 1997, кн.2, стр. 3 – 8.
31. Здравнообразователна програма за началния курс, сп. *“Начално образование”*, 1997, кн.1, стр. 30 – 51.
32. Здравното възпитание, сборник от Първа национална научно-практическа конференция, 2000-2005г., Велико Търново, УИ “Св. Климент Охридски”, стр. 220.
33. Здравословен начин на живот, За класния и курсовия ръководител, под редакцията на проф. Людмил Станоев, София, 1989, стр. 55.
34. Информационен бюлетин, Национален център по здравна профилактика, 1994, том 2, бр. 6-7 стр.68.
35. Ишев, В., Здр. Костова, Здравно образование, София, изд. “Просвета”, 2000, стр. 215.
36. Йорданова, М., SOS – приятели. Как да помагаме на своите връстници. Практическо пособие, Център “Отворено образование”, София, 1996, стр.240.
37. Йосифова, Ю., Информираност на населението относно начина на живот като рисков фактор за рак, сп. “*PRAEMEDICUS*”, 2002, бр. 1-2., стр. 90 – 98.

38. Калахан, Д., Цели на медицината. Новите приоритети, София, 1998.

39. Караджов, Ю., Наркотиците – почти всичко за тях, София, изд. “Дилок”, 2001, стр. 268.

40. Карпър, Д., Храната чудодейно лекарство, София, изд. “Кибеа”, 1998.

41. Колева, Н., Здравнообразователна програма за средното училище – проблемно направление “Грижи за себе си”, сп. *“Образование и квалификация”*, 2002, кн.1, стр. 76-81.

42. Колева, Н., Къщичка на здравето, София, изд. “Просвета”, 1994, стр. 31

43. Колева, Н., Предпазване от заболявания в ученическата възраст, сп. *“Педагогика”*, 1996, кн.11, стр. 77-83.

44. Колева, Н., Проблемът “Риск и здраве” в труда на учителя, сп. *“Народна просвета”*, 1990, кн.1, стр. 45-51.

45. Колева, Н., Рисково поведение и здравно възпитание на учениците, сп. *“Педагогика”*, 1993, кн. 2, стр. 14 – 20.

46. Колева, Н., Училището и опазване на здравето на учениците, София, изд. “Образование”, 1991, стр. 64.

47. Колева, Н., Училището и проблемите на половото и семейно-брачното възпитание на учениците, ръководство за учителя, София, 1986, стр. 56.

48. Колева, Н., Училищна хигиена, София, УИ “Св. Климент Охридски”, 1995, стр. 143.

49. Колева, Н., Училищна хигиена и здравно образование, София, УИ “Св. Климент Охридски”, 2002, стр. 127.

50. Колева, Н., Здравословният начин на живот на учениците и превенцията на девиантното поведение, в сб. Превенция на девиантно поведение на децата, София, УИ “Св. Климент Охридски”, 2003, стр.65 – 88.

51. Конвенция за правата на детето, Български национален комитет на УНИЦЕФ, София, 1993, стр.24.

52. Костова, Здр., Здравето през погледа на учениците, сп. *“Педагогика”* , 1995, кн. 4, стр. 3-10.

53. Костова, П., Биопсихосоциални фактори при формиране на здравословен стил на живот, сп. *“Педагогика”*, 2000, кн. 6, стр. 17-28.

54. Костова, П., Здравето и здравното възпитание на подрастващите, сп. *“Педагогика”*, № 10, 1998, кн. 10, стр. 42-51.

55. Костова, П., Педагогика на промоция на здравето, Велико Търново, изд. “Фабер” 2000, стр.255.

56. Костова, Р., Реалност или предизвикателство е училището утвърждаващо здраве, сп. *“Начално образование”*, 1997, кн. 3, стр. 60-62.

57. Крофтън, Д., Д. Симпсън, Тютюнопушенето: Глобалната заплаха, София, НЦОЗ, 2003, стр.212.

58. Крумов, В., Р. Петрова, Здравословни и безопасни условия на възпитание, обучение и труд в училище и в детската градина, Част първа, София, изд. “Образование”, 2005, стр.336.
59. Кючуков, Хр., Здравно образование и подготовка за семеен живот на ученици роми, София, изд. “Делфи”, 2004, стр.42.
60. Ладевиг, Д., Наркоманиите, Причини, симптоми, терапии, София, изд. “Лик”, 2000, стр. 114.
61. Личността на детето, Под ред. на Г.Пирьов и Д.Батоева, София, “Медицина и физкултура”, 1985, стр. 209.
62. Маккарти, М., Приоритети, цели и постижения на СЗО през петгодишния мандат на д-р Гро Харлем Брундланд, сп. “*Социална медицина*”, 2003, кн.1, стр.2-5.
63. Маринова, А., Р. Венева, Здравно образование, София, 1995.
64. Мерзляков, Ю. А., Путь в страну здаровья, Минск, изд.“Полымя”, 1982, стр.96.
65. Мерджанов, Ч., Едно компрометиращо първенство, София, УИ “Св.Климент Охридски”, 1995, стр.575.
66. Мечков, К., Медицинска психология, Велико Търново, изд. “ПИК”, 1995, стр. 384.
67. Милев, П., Здравната култура на учениците, сп. *“Народна просвета”*, 1990, кн. 5, стр. 13-19.
68. Милев, П., Вл. Георгиев, Дневният режим – програма за здраве, София, изд. “Медицина и физкултура”, 1983, стр.80.

69. Миняева, В., Н. Вишнякова, Общественное здоровье и здравоохранение, Москва, изд. “МЕДпрес - информ”, 2004, стр.528.

70. Митова, М., Ц.Воденичаров, Педагогически проблеми на медицинското образование, София, “График консулт”, 1998, стр.190.

71. Михов, М., Медико-педагогическото образование – основа на здравното възпитание, Благоевград, УИ “Неофит Рилски”, 2002, стр.186.

72. Младенова, С., Рекламата – възможности за въздействие на здравното поведение на учениците, в *сп. “Управление и образование”,* 2009 г., том. V, кн.3, стр. 156-161.

73. Младенова, С., Разпространение на тютюнопушенето сред студенти обучаващи се в специалността „Управление на здравните грижи”, в *сп. “Управление и образование”,* 2010 г., том. VI, кн.4, стр. 272 - 275.

74. Младенова, С., П. Балканска, Информираност на учениците по въпросите на сексуалната култура, в сб. Иновации в образованието, Шумен, 2010, стр. 143 – 148.

75. Младенова, С., Здравно образование, София, изд. “Артик 2001”, 2009.

76. Младенова, С., Рискови фактори В: Основи на сестринските и акушерските грижи, под ред. на Т. Попов и К. Костов, Стара Загора, изд. “Кота”, 2009.

77. Младенова, С., Здравно възпитание и здравословен стил на живот В: Основи на сестринските и акушерските грижи, под ред. на Т. Попов и К. Костов, Стара Загора, изд. “Кота”, 2009.
78. Младенова С, Консумация на алкохолни напитки от ученици обучаващи се в основните училища, сп. *TRAKIA JOURNAL OF SCIENCES*, Volume 6, Number 2, Supplement 3, 2008, p. 114 - 117.
79. Младенова, С., Учителите за здравното възпитание и възможностите за въздействие, в сборник 120 години университетска педагогика Софийски Университет “Между традицията и новите реалности” София, 2008г, УИ “Св. Климент Охридски”стр. 474 – 480.
80. Младенова, С., Началните учители за статута, организирането и провеждането на здравното образование в българските училища, в *сп. “Управление и образование”,* 2008 г., кн.3, том. 4, стр. 186-191.
81. Младенова, С., Храненето на децата от предучилищна възраст, в сборник Двадесет и първа научно-технологична сесия “Трибология и инетрдисциплинност”, София, 2008г. стр. 163 – 168.
82. Младенова, С., Двигателната активност на българските ученици, в сборник “Екология и здраве”, VII национална научно – техническа конференция с международно участие “Екология и здраве”, Пловдив, 2008г., стр. 449 – 454.

83. Младенова С, Здравни знания, навици и възгледи на учениците от V до VIII клас, *сп. "Сестринско дело",* 2008 г., кн.1, стр. 20-22.

84. Младенова С, Учителите за необходимостта от здравно образование в българското училище, сб. Предизвикателствата на съвремието и качество на образованието, Шумен, 2007, изд. "Фабер", стр. 75 – 81.

85. Младенова С, Стил на живот на учениците от основните училища и техните семейства, сб. Младите хора в европейска България, София, 2007, стр. 368 – 384.

86. Младенова С, Аспекти на здравното образование в началното училище, сб. Образованието в глобализиращия се свят, Велико Търново, 2007, УИ "Св. св. Кирил и Методий", стр. 149 – 151.

87. Младенова С, Свободното време на учениците – един от факторите за здравословен стил на живот, в сб. Децата, семейството, училището и обществото в началото на XXI век, Пловдив, 2007, изд. " Камея Дизайн", стр.404 – 410.

88. Младенова, С., Съвременни параметри на здравното образование, в сб. Съвместна научно-технологична сесия "Трибология и инетрдисциплинност", София, 2007г., изд. "ТЕМТО", стр.92 -94.

89. Младенова С, Студентите от специалността "Здравни грижи" за необходимостта от здравно образование в

българските училища, *сп. "Здравен мениджмънт"*, 2007, том 7, № 4, стр 21 - 24.

90. Младенова С, Употреба на тютюневи изделия от ученици и техните семейства, сб. IV Балкански конгрес Образованието, Балканите, Европа, Стара Загора, 2007г., том. 3, стр.391 – 395.

91. Младенова С, Здравна образованост при ученици на 12 -15 годишна възраст, сб. Педагогическото образование в България, състояние и тенденции, Благовград, 2007, УИ "Неофит Рилски", стр.568 – 573.

92. Младенова С, М. Митова, Храненето на учениците – рисков и превантивен фактор, *сп. "Сестринско дело",* 2007 г., кн.2, стр. 3-10.

93. Младенова, С., Здравните знания на учениците в основното училище, в сб. Интердисциплинната идея в действие, 17 Научно-технологична сесия, София, 2006г., изд. "ТЕМТО", стр.148 - 152.

94. Младенова, С., Интердисциплинност на здравната култура, в сб. Интердисциплинната идея в действие, София, 2005 г., изд. "ТЕМТО", стр.153- 156.

95. Младенова, С., Необходимост от здравна култура в гражданското общество, в сб. Интердисциплинната идея в действие, София, 2005 г., изд. "ТЕМТО", стр.179 - 183.

96. Младенова, С., Здравното образование – фактор за формиране на превантивно здравно поведение, в сб. Превантивна педагогика – теория и практика, Софийски

Университет “Св.Климент Охридски”, 2005, изд. “ЕКС - ПРЕС”, стр. 197 – 200.

97. Младенова, С., Здравното образование като интердисциплинарен проблем, в сб. Интердисциплинната идея в действие, София, 2004 г., изд. “ТЕМТО”, стр.173- 176.

98. Младенова, С., Физическата активност и здравния статус на ученици на 12- 15 годишна възраст, в сб. Култура и образование – перспективи III част, Пловдив, 2004 г., стр.166 – 169.

99. Младенова, С., Употребата на алкохол и тютюневи изделия от ученици на 12- 15 годишна възраст, в сб. Култура и образование – перспективи III част, Пловдив, 2004 г., стр.162 – 166.

100. Младенова, С., Оптималният хранителен и двигателен статус на учениците фактор за здравословен стил на живот, в сб.Образование и изкуство, том III, УИ “Епископ Константин Преславски”, Шумен, 2004 г., стр. 92-98.

101. Моето здраве, моето училище. Под ред. на Л.Георгиева и Дж.Чембърс, София, ИК Алекс Софт, 1997, стр.152.

102. Мутафов, Ст., Здравното възпитание – предпоставка за творчество в учебно-възпитателния процес, сп.*”Народна просвета”*, № 2, 1983, стр. 79 – 84.

103. Национална здравна стратегия, По-добро здраве за по-добро бъдеще на България, София, 2001, стр. 104.

104. Николаева, З., Здравното образование на децата от предучилищна възраст, сп. *“Образование”* №5, 2004, стр. 47 – 59.

105. Ново обществено здравеопазване, Под ред. на В.Борисов, Зл.Глутникова, Ц.Воденичаров, София, изд. Аквафикс, 1998.

106. Попов, Т., Терапия и профилактика чрез изкуство, изд. “Образование”, София, 2004, стр.175.

107. Попов, Т., П. Балканска, С. Младенова, Изграждане и формиране на здравно-хигиенни навици при ученици роми, в сб. Съвременното образование мисия и визии, Благоевград, 2010, стр. 312 – 317.

108. Попов, Т., С. Младенова, В. Петков, Д. Сиджимова, Г. Петрова, П. Трендафилова, М. Александрова, М. Марчев, За някои проблеми на здравното образование на ученици роми, в сб. Национална стратегия за висше образование и пазарът на труда в България, Правец, 2008, стр. 490 – 497.

109. Попов, Т., С. Младенова, В. Петков, Л. Чакърова, М. Александрова, Г. Петрова, Здравно възпитание и образование на ученици – роми, в сборник 120 Софийски Университет “Развитие на педагогическата наука, София, 2008г, стр. 578 – 584.

110. Попов, Т., Л. Чакърова, В. Петков, Н. Петрова, С. Младенова, З. Радионова, Г. Петрова, Проблемите на тютюнопушенето и наркоманиите и здравното възпитание на

учениците – роми, в *сп. "Управление и образование",* 2008 г., кн.3, том. 4, стр. 192 – 194.

111. Попов, Т., В. Петков, Л. Чакърова, М. Александрова, С. Младенова, Д. Сиджимова, З. Радионова, Н. Петрова, Г. Петрова, П. Трендафилова, М. Марчев, За някои аспекти на здравното възпитание и здравното образование на ромските ученици, в сборник Двадесет и първа научно-технологична сесия "Трибология и инетрдисциплинност", стр. 83 – 87.

112. Попова, Д., В.Шипочлиева. Има ли нужда от часове по здравословно хранене? – Здравна политика и мениджмънт, 2009, 1, 42-45.

113. Попова, Р., Функционална ефективност на юношите в съвременното българско общество (социално - психологически проблеми), София, изд. "Фактум", 2004, стр. 131.

114. Попова, Р., Психо–циални аспекти на стреса при юношите в ситуация на аномия, София, изд. "Фактум", 2004, стр. 140.

115. Попова, С., Личност и здраве, София, 1993, стр.170

116. Попова, С., Хроничната болест и промоция на здравето, в Обществено здраве, "Горекс Прес", София, 2001, стр.34-41.

117. Попова, С., К.Юрукова, Комплексни програми по промоция на здравето, в Обществено здраве, "Горекс Прес", София, 2001, стр.25-34.

118. Попова, Сн., Полово възпитание на учениците, изд. "Веда Словена - ЖГ", София, 2003, стр. 240.

119. Проданов, Г., Хигиена и здравно възпитание, Велико Търново, УИ “Св. св. Кирил и Методий”, 2004, стр.227.

120. Проданов, Г., Педагогическа сексология, Велико Търново, УИ “Св. св. Кирил и Методий”, 2005, стр.178.

121. Промоция на здравето – същност и социално-медииско значение.- medic.etilena.info

122. Рангелова, Е., Методика на възпитателната дейност в училище, “Делфи издат” , София, 1999, стр.232.

123. Ранчов, Г., Епидемиология на здравето /втора част/, София, 2000, стр.120.

124. Рашкова, Ст., За училището, утвърждаващо здраве, сп. *“Педагогика”*, 1996, кн.6, стр.46 – 52.

125. Рашкова, Ст., Биология и здравно образование, сп. *“Екология, биология, биотехнология”*, 2001, № 3-4, стр.8-12.

126. Рускова, Р., Промоцията на здраве в процеса на обучение в съвременното българско училище, сп. *“Педагогика”*, 2001, кн.6, стр. 82-88.

127. Силгиджиян, Х., Личността на юношата, София, изд. “Наука и изкуство”, 1978.

128. Силгиджиян, Х., Аз-концепция и психосоциална идентичност, София, Университетско издателство “Св. Кл. Охридски”, 1998.

129. Славова, Т., Здравно – етичното възпитание на учениците, сп.*”Народна просвета”*, 1981, кн.7, стр. 62-65.

130. Социална медицина и обществено здраве, под. ред. на Ст. Маркова, София, изд. “Знание”, 1996, стр. 256.

131. Стаматов, Р., Б. Минчев, Психология на човека, Пловдив, изд. “Хермес”, 2003.

132. Стамболова, Ив., Здравна промоция още в детската градина сп. “*Сестринско дело*”, 2003, кн.1, стр.24-28.

133. Стракова, Л., Ценностното развитие на младите хора в контекста на здравното и сексуалното възпитание, Годишник на Софийския Университет “Св Климент Охридски”, книга Педагогика, том 96, стр. 69-96

134. Страшимиров, К., В., Борисов, В дар на здравето, София, “Медицина и физкултура”, 1981, стр. 74.

135. Тантуров, Г., Системата на Базарни: търсене заради здравето, сп. *“Педагогика”*, 1991, кн.4, стр. 42-48.

136. Ташев, Т., Как да се храним правилно, “Медицина и физкултура”, София, 1985, стр.135.

137. Терзиева, Г. Здравната култура на учениците в ранна училищна възраст. – Управление и образование, 2010, 4, 327-337.

138. Тодорова, П., Възпитателният процес и психичното здраве на подрастващите, сп. *“Педагогика”*, 2001, кн.8, стр. 69-77.

139. Тончева, С., П. Загорчев, Т. Цветкова, С. Борисова, Наръчник за медицински сестри в извън болничната помощ, “Филвест”, София, 2000, стр. 8-11.

140. Трашлиев, Р., Ст. Чинчева, Сексологията като учебен предмет, ЮЗУ “Н.Рилски”, Благовград, 2003, стр.118.

141. Тулевски, Б., А. Чилева, Здравно образование на населението, Информационен бюлетин, на НЦЗИ, 1998, №1.

142. Тулчински, Т., Ел. Варавикова, Ново обществено здравеопазване, Въведение в XXI век, Варна, изд. ”Лотос 23”, стр.804.

143. Фойерлайн, В., Алкохолизмът, Предупредителни сигнали, предпазване, лечение, София, изд. ”Лик”, 2000, стр. 112.

144. Христова, Р., Идентификация на децата от предучилищна възраст, Велико Търново, УИ “Св. Св. Кирил и Методий”, 2005, стр. 310.

145. Христозов, Хр., Ат. Шишков, Б. Щърбанов, Медицина, педагогика, поведение, София, изд. на Отечествения фронт, 1983, стр.168.

146. Черкезов, Т. Анкетно проучване за сексуалната култура сред подрастващите. – Български лекар, 2 април, 2013.

147. Чинчева, Ст., Методични основи на здравното обучение и възпитание, ЮЗУ “Н.Рилски”, Благовград, 1999, стр.136.

148. Шипковенска, Е., Епидемиологията – ключ за превантивна стратегия, сп.*”Здравен мениджмънт”* кн. 1, 2001, стр.14-16.

149. Шипковенска, Е., Л.Георгиева, Г.Генчев, Пл.Димитров, Й.Борисова, Приложна епидемиология и медицина базирана на доказателствата, София, 2002, “Делфи”, стр. 262.

150. Шопова, К., Акценти в промоцията на здраве, сп. *“Здравен мениджмънт”*, 2003, том 3, кн.1, стр. 27-33.

151. Шопова, К., Психичните основи на здравословния живот в историята на здравната култура, сп. “*Социална медицина”*, 2003, кн.1, стр 45.

152. Шопова, К. Социално-медицинският подход в първичната медицинска помощ. Филвест, 2002, 75.

153. Юрукова, К., С. Попова, Л. Георгиева, Комплексни програми за промоция на здравето и формиране на здравословен стил на живот., В Ново обществено здравеопазване, Аква Графикс, София, 1998, стр. 475 – 482.

154. Юстиниянова, Б., Е. Генева, Ю. Витлянова, За полово предаваните болести – здравни знания на учениците от различни етноси, сп. *“PRAEMEDICUS”*, 2002, бр. 1-2., стр. 83 –89.

155. Юстиниянова, Б., М. Атанасова, Д. Арабаджиева, Проучване на стресови реакции при ученици в адолесцентна възраст, сп. “*PRAEMEDICUS*”, 2002, бр. 1-2., стр. 99 – 104.

156. Ausems M., I. Mesters, Gerard van Breukelen, Hein De Vries, Effects of in-school and tailored out-of-school smoking prevention among Dutch vocational school students, *Health Education Research;* Oxford: Jan 01, 2004, vol. 19, Iss, 2; pg. 51.

157. Balkanska P., S. Mladenova, L. Chakarova, G. Petrova. The Longer Life in Good Health - One of the Challenges in Healthcare and International Partnership in Public Health, Fifth Balkan

Congress on the History & Ethics of Medicine, 11-15 October 2011, Abstract and Proceedings Book. p. 1168-1172.

158. Brommels, M. Reforms and Realties. - European Health Reforms, Bull. Eur. Network, 1998, 7, 3-5.

159. Chakarova, L.N., S. Mladenova, Indicators for sustainability of healthcare from the point of view of students from the faculty of public health in Sofia, Societa Ethica Annual Conference August 23-26, 2012, Sibiu, Romania, p.8.

160. Developing and sustaining a healthy school community: Essential elements identified by school health champions. - *Health Education Journal*, July 17, 2014

161. Doll R., Crofton, J., Tobacco and health, BMB, volume 52, number1, January 1996 p.228.

162. Giles-Corti B., D. R. English, C. Costa, E. Milne, Creating SunSmart Schools, et al. *Health Education Research;* Oxford: Jan 01, 2004, vol. 19, Iss, 2; pg. 98.

163. Grannemann, T. Priority setting: A sensible approach to medical policy? - Inquiry, 1991, 28, 300-305.

164. Hanewinkel R., M.Asshauer, *Health Education Research;* Oxford: Apr 01, 2004, vol. 19, Iss, 2; pg. 125.

165. Health Impact Assessment, Main concepts and suggested approach, European Center for Health Policy, Brussels, 1999.

166. Health priorities for Bradfort, Bradfort, West York, 1992, p. 106.

167. Health promotion, An International Journal, Ottawa, Oxford, UK, 1986, Volume 1 Number 4.

168. Hunter D., Fulop N., Warner M., From Health of the Nation to Our Healthier Nation, European Center for Health Policy, Policy Learning Curve Series, Number 2, Brussels, August, 2000.

169. Jones S.C., R. J. Donovan, Does theory inform practice in health promotion in Australia?, *Health Education Research;* Oxford: Jan 01, **2004, vol. 19, Iss, 2; pg. 1.**

170. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. - Bulletin of the World Health Organization, vol.83 n.9 Genebra Sep. 2005

171. Konu A. I., T. P. Lintonen; M. K. Rimpela, Factors associated with schoolchildren's general subjective well-being, *Health Education Research;* Apr 2002; 17, 2; ProQuest Medical Library, pg. 155.

172. McBride Nyanda A systematic review of school drug education, *Health Education Research;* Oxford: Dec 2003, vol. 18, Iss, 6; pg. 729.

173. Mladenova, S., Attitude of Students in "Health Care Management" Speciality Towards their Owen Health, Public Health and Health Care in Greece and Bulgaria: The Challenge of the Cross – border Collaboration, Greece, Athens, 2011, p.783-789.

174. Mladenova S., Problems of the healthy lifestyle in school age, Asklepios, Volume I (XX), Sofia, 2007.

175. Mladenova, S., P. Balkanska, K. Popova, The unhealthy behavior of students of the specialty „Management of Health Care", *TRAKIA JOURNAL OF SCIENCES*, Volume 8, 2010, Supplement 2, Series Biomedical Sciences, p. 436 - 439.

176. Mladenova, S., L. Chakarova, G. Petrova, Health knowledge and risk behavior of Bulgarian pupils, Public Health and Health Care in Greece and Bulgaria: The Challenge of the Cross – border Collaboration, Greece, Athens, 2010, p.991- 996.

177. New Approaches to menaging health services, A report from the programme on health and planning, WHO, Copenhagen, 1990.

178. Philip K.L. ; K. Backett-Milburn; S. Cunningham-Burley; J. B. Davis, Practising what we preach?, *Health Education Research;* Oct 2003; 18, 5; ProQuest Medical Library, pg. 568.

179. Popov, T., P. Balkanska, P. Trendafilova, A. Ivanova, Mladenova, S., V. Pisev, N. Georgiev Current Health Aspects in Education of Roma Pupils, Public Health and Health Care in Greece and Bulgaria: The Challenge of the Cross – border Collaboration, Greece, Athens, 2011, p.723- 731.

180. Popov, T., R. Yaneva, P. Trendafilova, P. Balkanska, M. Alexandrova, Mladenova, S., K. Popova, Profession Choice and Motivation of Students at the Faculty of Public Health, Medical University – Sofia, Public Health and Health Care in Greece and Bulgaria: The Challenge of the Cross – border Collaboration, Greece, Athens, 2011, p.691- 699.

181. Popov, T., S. Mladenova, L. Chakarova, M. Alexandrova, G. Petrova, V. Petkov, Health knowledge and habits of Roma children, Public Health and Health Care in Greece and Bulgaria: The Challenge of the Cross – border Collaboration, Greece, Athens, 2010, p. 255- 260.

182. Schofield M. J., M. Lynagh, G. Mishra, Evaluation of a Health Promoting Schools program to reduce smoking in Australian secondary schools *Health Education Research;* Oxford: Dec 2003, vol. 18, Iss, 6; pg. 678.

183. Thurnham D., T. Roberts, Health and food-chain, BMB, volume 52, number1, 2000 p.276.

184. WHO, Improving the accessibility of health services that meet the sexual and reproductive health needs of adolescents in schools, Geneva, 2000.

185. WHO, Social Determinants of Health, The solid Facts, Copenhagen, Denmark, 2000.

186. WHO, The role of health professionals in tobacco control, Geneva, 2005.

Приложение 1

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

АНКЕТНА КАРТА

Настоящето анкетно проучване има за цел да изследва нивото на здравна образованост и здравословен стил на живот при **учениците** в прогимназиална възраст (11 – 15 г.) относно ролята на неблагоприятните и позитивните за здравето фактори.

Отговорете като подчертавате, задрасквате или ограждате верните според Вас отговори.

Анкетата е анонимна!

1. .Какъв е Вашият пол? 1. Момче 2. Момиче
2. Възраст ..... Клас.....
3. Храни ли се цялото семейство заедно?

А/ Само в почивните дни; Б/ винаги, когато сме в къщи; В/ не; Г/всеки се храни когато реши;

4. Какви храни предпочитате да ядете в къщи/ може и повече от един отговор/?

А/ повече сол и подправки, с повече мазнини, Б/ предимно сладки неща, В/ сухи храни и сандвичи, Г/ супи и готвени храни, Д/ зеленчуци, ядки, плодове

5. Какви храни предпочитате да ядете в училище / може и повече от един отговор/?

А/ предимно сладки неща, В/ сухи храни и сандвичи, В/ супи и готвени храни, Г/ зеленчуци, ядки, плодове, Д/ не се храня в училище.

6. Кои храни са подходящи за младия организъм /може и повече от един отговор/

А/мляко и млечни продукти; Б/ месо, риба, яйца; В/мазнини(маргарин, олио, масло, мас и др.); Г/ варива, ядки(боб, грах, леща, орехи, фъстъци, бадеми и др.); Д/ хляб, зърнени храни и тестени изделия и др.; Е/ плодове; Ж/ зеленчуци; З/ всички изброени добре съчетани; И/ не знам;

7. Има ли храненето отношение към здравето?

   А/ не Б/ не зная В/ ако да защо.....

8. Интересуват ли се родителите Ви какво сте яли през деня?

   А/ да; Б/ не; В/ понякога.

9. Необходима ли е според Вас разнообразна храна?

   А/ не; Б/ не зная; В/ да защо според Вас.....

10. Закусвате ли сутрин преди да тръгнете на училище?

    А/ да, редовно; Б/ нередовно; В/ не

11. Имате ли условия в училището за пълноценна закуска?

    А/ да; Б/ отчасти; В/ не

12. По колко часа на денонощие спите?

А/ по-малко от 7 часа; Б/ от 7 до 8 часа; В/ от 8 до 10 часа; Г/ от 10 до 12 часа;

13. Имате ли нужда от повече сън ?

А/ не; Б/ да, но нямам възможност; В/да, винаги когато мога да спя повече.

14. Какво правите през свободното си време /може и повече от един отговор/?

    А/излизам с приятели; Б/ спортувам; В/ гледам телевизия, видео, кино;

15. Колко време средно на ден гледате телевизия, видео, кино?

    А/ до 1 час; Б/ от 2 до 3 часа; В/ от 3 до 4 часа; Г/ повече от 4 часа.

16. Занимавате ли се със спорт?

    А/ не; Б/ да , спортувам активно; В/ да, спортувам за удоволствие.

17. Как оценявате своята физическа активност в течение на една нормална седмица?

    А/ висока; Б/ средна; В/ ниска; Г/ липсва

18. Колко часа средно на ден прекарвате неподвижно пред телевизора?

    А/ до половин час; Б/ от половин до един час; В/ от един до два часа;
    Г/ повече от два часа.

19. Колко често си миете зъбите в едно денонощие?

    А/след всяко ядене; Б/всяка вечер; В/през 1-2 вечери; Г/около веднъж седмично; Д/по-рядко от веднъж седмично.

20. Пушите ли?

    А/ да всеки ден; Б/понякога – през няколко дни; В/ Рядко; Г/ не пуша.

21. Родителите Ви пушат ли?

    А/ не; Б/ да, само майка ми; В/да, само баща ми; Д/ да двамата.

22. Доколко е вредно тютюнопушенето за човешкото здраве?
    А/ силно вредно; Б/ умерено вредно; В/ слабо вредно; Г/ не е вредно.
23. Колко пъти Ви се е случвало да пиете алкохолни напитки през последния месец и в какво количество?
    А/ не съм пил алкохол; Б/бира.....пъти.....чаши;
    В/вино.....пъти.....чаши; Г/концентриран алкохол(ракия, водка, уиски).....пъти.....чаши.
24. Причинява ли заболявания злоупотребата с алкохол?
    А/ не; Б/ да какви.....
25. Случвало ли Ви се е да употребявате наркотични и упойващи вещества?
    А/не; Б/ 1-2 пъти; В/ повече от 3; Г/редовно, какви ползвате.....
26. Здравето зависи ли от поведението на човека?
    А/ не; Б/ да, защо.....
27. Здравето на човека явява ли се условие за реализацията му в живота?
    А/ не; Б/да, защо.....
28. Оказват ли Ви въздействие рекламите от радио, телевизия, пресата?
    А/ да; Б/не; В/понякога.
29. Могат ли рекламите да ви въздействат да живеете по-здравословно?
    А/ да; Б/ не; В/понякога; Г/най-силно въздействие ми оказва.....
30. Колко беседи на здравни теми в училище сте слушали през тази учебна година?
    А/нито една; Б/една; В/две; Г/три и повече.
31. В каква степен сте информиран за причините на болестите на човека?
    А/напълно съм информиран; Б/информиран съм отчасти; В/не съм информиран изобщо.
32. От какъв източник главно получавате информация и знания за здравето и болестите на човека, както и за предпазването от болести (възможни са повече от един отговор):
    А/ от книги, брошури и списания; Б/ от радиото; В/ от телевизията;
    Г/ от здравни беседи в училището; Д/ от моите родители; Е/ от приятели и роднини; Ж/ от личния ми лекар; З/ други..... .
33. Водите ли полов живот?
    А/да, от каква възраст.....Б/не
34. Знаете ли как да се предпазите от нежелана бременност?
    А/да; Б/не; В/ знанията ми са недостатъчни;
35. Знаете ли как да се предпазите от полово предавани болести?
    А/ да; Б/не; В/ знанията ми са недостатъчни;
36. Колко беседи за полово предавани болести сте слушали в училище през тази учебна година?
    А/нито една; Б/една; В/две; Г/три и повече.
37. Знаете ли какво трябва да предприемате, за да правите безопасен секс?
    А/ да; Б/ не; В/ знанията ми са недостатъчни.
38. Колко профилактични прегледи при Вашия личен лекар имате през тази учебна година (без да сте имали оплаквания)?
    А/ нито един преглед; Б/ един преглед; В/ два прегледа; Г/ три прегледа.
39. Колко пъти ви се е налагало да посетите лекар тази, учебна година, поради заболяване?
    А/ нито един преглед; Б/един преглед; В/два прегледа; Г/три прегледа.

40. Според Вас доколко вашите учители се интересуват от здравното състояние на учениците (обоюбщена оценка)?

А/ интересуват се в значителна степен; Б/ интересуват се отчасти; В/ Не се интересуват изобщо.

41. Според Вас доколко вашите родители се интересуват от здравното ви състояние (обобщена оценка)?

А/ интересуват се в значителна степен; Б/интересуват се отчасти; В/ Не се интересуват изобщо повече пъти.

42. Вашите връстници по света получават информация по различни начини, за ползата и вредата от различните вредни и полезни за здравето фактори, Вие по какъв начин желаете да получавате информация?

А/ от телевизията; Б/от радиото; В/от печатни издания; Г/чрез интернет или компютърни игри; Д/от книги и учебници.

43. Кой може да ви окаже най-силно въздействие, за да живеете здравословно?

А/ родителите; Б/учителите; В/медицинските специалисти; Г/приятелите.

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Настоящето анкетно проучване има за цел да изследва отношението на **учителите** към нивото на здравна образованост и здравословен стил на живот на учениците в прогимназиална възраст(11 – 15 г.)

Отговорете като подчертавате, задрасквате или ограждате верните според Вас отговори.

Анкетата е анонимна!

1.Кои здравни теми и проблеми биха представлявали интерес за учениците според Вас? .....

2. Имат ли учениците според Вас необходимите здравни знания?

А/ да; Б/не; В/знанията им са недостатъчни.

3. От кого според Вас трябва да се осъществява обучението по здравно образование?

А/ от педагози; Б/от медицински специалисти; В/от педагогически съветник; Г/ от всички компетентни специалисти в екип.

4.В какви учебни форми и с какви методи е подходящо да се обучават учениците?

А/лекции; Б/семинари; В/дискусии; Г/свободен разговор; Д/игра на роли; Е/работа в група; Ж/други посочете какви.....

5. С какви учебни средства е подходящо да се обучават учениците?

А/видеофилми; Б/компютърни игри; В/шрайбпроектор; Г/диапрожектор; Д/други посочете какви.....

6. Груповата дискусия или индивидуалната консултация би била по-ефективна за провеждане на здравно образование?

А/групова дискусия; Б/индивидуална консултация; В/ и двете в зависимост от темата.

7.Под каква форма да се преподава здравното образование?

А/ като самостоятелна учебна дисциплина; Б/в часовете на класния; В/ в часовете по биология; Г/ в други, какви.....

8. Има ли училището конкретна програма за здравно и сексуално обучение на учениците: . . . .

9. Колко здравни беседи са изнесени през последната година пред учениците и от кого (лекар, мед. Сестра, учител и др.)?.....

10. Има ли в училището здравен кабинет (фелдшер, медицинска сестра)?.....

11.Ше подкрепите ли педагогически експеримент с учениците от вашия клас, целящ подобряване на тяхната здравна култура и създаването на предпоставки за формиране на здравословен стил на живот?

А/ да; Б/ да, ако не пречи на учебния процес; В/ не ; Г/ друго.....

12.Кога е най-благоприятно според Вас да се формира здравословен стил на живот?

А/ в детството; Б/ в юношеството; В/през целия живот; Г/ никога не е късно.

13.Необходимо ли е в училище да се формира здравословен стил на живот?

А/ не; Б/ да, защото.....

14.Кой може да окаже най-силно въздействие върху учениците за формиране на здравословен стил на живот?

А/родителите; Б/медицинските специалисти; В/ учителите; Г/ приятелите;

Д/ рекламите; Е/ други кой.....

15.Оказват ли близките влияние върху учениците за формиране на здравно поведение и какво?

А/ не; Б/ да, какво.....

16.Вие като учители можете ли да влияете при формирането на здравно поведение на учениците и как?

А/ не; Б/ да, как.....

17.От какво зависи най- много здравето на учениците?

А/ от начина на живот; Б/ от вредни фактори на околната среда; В/ от наследствеността; Г/ от медицинското обслужване.

18.Има ли във вашето училище условия за формиране на здравословен стил на живот у учениците?

А/ да, има добри условия; Б/ има, но не са достатъчно добри; В/ няма условия

19.Семействата на учениците притежават ли необходимата здравна култура?

А/ да; Б/да, но не е достатъчна; В/ не;

20.Отговорността за здравето на учениците трябва да е грижа на:

А/ родители; Б/ учители; В/ медицински специалисти; Г/самият ученик;

Д/ всички изброени

21.Учениците споделят ли с Вас здравни проблеми свързани с тяхното здраве и стила им на живот?

А/ не; Б/ да, какви..... В/ понякога, какви.....

22. Има ли условия в училището за пълноценна закуска на учениците: . . . .

23. Има ли в училището специално обзаведен кабинет за здравно обучение и възпитание на учениците .....

24. Колко часа седмично от общата учебна програма на учениците са предвидени за физкултура.....

25. Колко туристически излета с ученици сред природата са организирани и проведени от училището през последната година.....