



СЪВРЕМЕННИ ПРЕПОРЪКИ ЗА ЗДРАВΟΣЛОВНО ХРАНЕ НА КЪРМАЧЕТА И ДЕЦА ДО 7 ГОДИНИ

*Национален център по общественото здраве и
анализи*

Отдел „Храни и хранене“



ЗНАЧЕНИЕ НА ХРАНЕНОТО

- Храненето е ключов фактор за растежа, развитието и здравето на децата.
- В края на първата година кърмачетата увеличават ръста си с 25–30% и утрояват теглото си от раждането.
- Ускорено е развитието и съзряването на всички органи и системи на организма, особено на мозъка, имунната и храносмилателната система.



ЗНАЧЕНИЕ НА ХРАНЕНОТО

- Бързият растеж на кърмачетата и малките деца определя по-големите потребности от енергия на килограм тегло в сравнение с тези при по-големите деца и възрастните индивиди.
- Чрез храната кърмачетата и малките деца трябва ежедневно да получават не само достатъчно енергия (калории), но и достатъчно хранителни вещества (белтъци, мазнини, въглехидрати, витамини и минерали, биоактивни вещества и др.)



ПРОБЛЕМИ В ХРАНЕНОТО И ХРАНИТЕЛНИЯ СТАТУС НА КЪРМАЧЕТАТА В БЪЛГАРИЯ

(Национален мониторинг на храненето – 2004, 2007, 2014 год.)

- ***Късно начало и малка продължителност на кърмене;***
- Много ниска честота на ***изключително кърмене;***
- Ниска честота на ***кърмене при поискване;***
- Висока честота на прием на ***подсладена вода;***
- Ранно захранване с ***плодови сокове;***
- Ранно захранване с ***краве мляко***, вкл. с намалена масленост;
- ***Ниска хранителна плътност*** на желязо в захранващите храни;
- Висок прием на ***натрий*** със захранващите храни;
- Недостатъчен прием на ***мазнини от децата от етническите малцинства;***
- Висока честота на ***анемия;***
- ***Изоставане в растежа и поднормено тегло*** в ромското малцинство.



КЪРМЕНЕ

Поведенческа реакция с изключително благоприятни здравни последици за

- Детето
- Майката
- Кърмата осигурява всички хранителни вещества, енергия и течности, от които бебето има нужда през първите 6 месеца от живота.
- Кърмата е едновременно течност и храна. Количеството вода, необходимо за посрещане на загубите от организма и за осигуряване на растежа се съдържа в майчината кърма (87% от обема на кърмата е вода).
- Здравите бебета до 6 месеца нямат нужда допълнително от вода, даже и при горещо време. Не се препоръчва даването на допълнителни течности и когато бебетата се дохранват с млека за кърмачета. След включване на захранващи храни бебетата вече имат нужда от вода като течност.



ЗАМЕСТВАЩО ХРАНЕНЕ

- При невъзможност за кърмене или недостатъчно осигуряване на кърма, специално произвежданите **млека за кърмачета** (познати като „бебешки формули“, „адаптирани млека“) са единствената препоръчителна алтернатива на кърмата за хранене на кърмачетата до 1-годишна възраст.
- Заместването на кърмата с краве или друг вид животинско мляко до 1-годишна възраст води до хранителни дефицити, желязодефицитна анемия, нарушения в растежа и развитието на детето, алергии и риск от автоимунни заболявания.



ЗАХРАНВАНЕ НА КЪРМАЧЕТО

- **Захранването** означава включване в храненето на бебето на храни или напитки различни от кърмата (или млеката за кърмачета).
- Периодът на захранване обхваща времето от 4 навършени до 6 навършени месеца (от 120 до 180 дни след раждането).
- Точното време или стартът на захранването е индивидуално обусловен и се осъществява по преценка на обгрижващия педиатър и/или диетолог.
- Физическото съзряване на органите и системите на бебето, участващи в усвояването на други храни извън майчината кърма е от 4 до 6 месечна възраст.



РАННО ЗАХРАНВАНЕ НА КЪРМАЧЕТО

Ранно включване на храняващи храни, създава следните рискове:

- Бебетата са изложени на микробни агенти от храните и течностите, които са потенциално замърсени и могат да увеличат риска от болести, свързани с диария и хранителни дефицити.
- Повишен риск от хранителни алергии и стомашно-чревни проблеми, поради незрялост на стомашно-чревния тракт на бебето.



КЪСНО ЗАХРАНВАНЕ НА КЪРМАЧЕТО

(по-късно от навършване на 6-месечна възраст)

- Недостатъчният внос на енергия и хранителни вещества единствено от кърмата може да доведе до:
 - забавяне на растежа,
 - хранителни дефицити
 - и желязодефицитна анемия.
- Възможни са нарушения във физическото и интелектуалното развитие на кърмачето.



ПРИНЦИПИ ЗА ЗАХРАНВАНЕ

- Индивидуален подход при всяко кърмаче
- Задължителна консултация с педиатър
- Напълно здраво дете
- Внимателно отношение и наблюдение за реакции (алергични реакции, колики и др.)

Детето:

- стои седнало добре
- само взема предмети и ги слага в устата си
- увеличава се образуването на слюнка
- изчезва рефлексът за изтласкване на храна от езика
- поникват първите зъбки
- проява на интерес към храната на възрастните
- скъсяване на интервалите между отделните кърмения.



ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ЗАХРАНВАЩИТЕ ХРАНИ

Захранващите храни трябва да отговарят на следните изисквания:

- да осигуряват достатъчно енергия и хранителни вещества (Б, М, Вх, макро- и микронутриенти), необходими за растежа на детето висока енергийна и хранителна плътност
- да се предлагат във вид, консистенция и количество, съобразени с физиологичните особености на храносмилателната система на кърмачето
- да са безопасни, да са приготвени съобразно правилата на добрите хигиенни практики
- да се предлагат в съответствие със сигналите за глад от детето.





ХРАНИ ПОДХОДЯЩИ ЗА ЗАХРАНВАНЕ

Първа храна обичайно е
фамилно консумираната
основна храна.

Видът на първата захранваща
храна се определя в
зависимост от физиологичното
развитие на кърмачето,
желанието на майката (лицето,
което се грижи за кърмачето)
и мнението на обгрижващия
педиатър или диетолог





ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ПЪРВАТА ЗАХРАНВАЩА ХРАНА

- Необходимо е първата захранваща храна да бъде **еднокомпонентна**, под формата на **хомогенно пюре с мека, гладка консистенция** (фино смляно)
- Поради физиологичните особености на храносмилателната система на кърмачето, се препоръчва тя да **не съдържаща глютен**. Съвременните препоръки са за по-ранно въвеждане на глютен съдържащи каши – през 6-и/7-и месец, но не е препоръчително те да бъдат първи захранващи храни
- Предлага се с **подходяща лъжичка**, специално произведена за кърмачета, съобразена с особеностите на дъвкателния апарат на кърмачето
- Предлага се в **началото на едно обичайно хранене преди обяд** с кърма или мляко за кърмаче (преходно мляко), като най-често това е второто или третото хранене.
- Предлагащото количество **постепенно се увеличава**, като се започва с количество от 1–3 супени лъжици първия ден и така за 7–8 дни се осъществява пълно заместване на едно млечно хранене. Препоръчително е въвеждане на нова захранваща храна след интервал от 1–2 дни.



ВКЛЮЧВАНЕ НА ХРАНИ ПРИ КЪРМАЧЕТА 6-12 МЕСЕЦА

- Пълномаслено кисело мляко от 9-месечна възраст, като компонент на ястия и десерти
- Сирене обезсолено, извара след 6-месеца
- Месо – не по-късно от 7 навършени месеца – най-малко 3 пъти седмично
- Яйчен жълтък – след 6 месеца
- Риба – след 6-месеца – 1 път седмично
- Бобови храни – след 10 месеца – до 2 пъти седмично



ХРАНИ, КОИТО НЕ ТРЯБВА ДА СЕ ДАВАТ НА КЪРМАЧЕТА

- **до 6-месечна възраст:**
 - **Храни съдържащи глютен** - пшеница, ръж, ечемик, овес и храни приготвени от тях - хляб, зърнени закуски и др.
 - **Ядки и семена**, включително фъстъци, фъстъчено масло или други масла от ядки.
 - **Яйца**
 - **Риба и рибни продукти**
 - **Цитрусови плодове и сокове** от тях – портокал, мандарина, грейпфрут и др.
 - **Меки и непастьоризирани сирена**



ХРАНИ, КОИТО НЕ ТРЯБВА ДА СЕ ДАВАТ

- **до 1-годишна възраст**
 - Бонбони, шоколади
 - Храни и напитки с изкуствени подсладители
 - Безалкохолни напитки
 - Черен, зелен чай
 - Подправки
 - Мед



ПРЕПОРЪКИ ЗА ЗДРАВΟΣЛОВНО ХРАНЕНЕ ПРИ ДЕЦА ОТ 1 ДО 3 ГОДИНИ

- **Разнообразно**
- **Балансирано**
- **Хранителни приеми**
 - Брой хранения = режим на хранене
 - Храни
 - Честота на прием на представители на основните групи храни
 - Вид
- Въвеждането на различни храни започва от най-ранна детска възраст и продължава непрекъснато, като **до 5-6 годишна възраст трябва да се изгради модел на разнообразно хранене**, който е задължителен елемент на здравословното хранене





РАЗНООБРАЗНО ХРАНЕНЕ

Основен принцип за постигане на **пълноценно и здравословно хранене** е **разнообразието в консумацията на храни**

(6 основни групи храни и вода)

- Зърнени храни и картофи
- Мляко и/или млечни продукти
- Месо, риба, яйца, бобови храни и ядки
- Плодове и зеленчуци
- Добавени мазнини
- Захар, захарни и сладкарски изделия



ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ЗЪРНЕНИ ХРАНИ/КАРТОФИ

- При **хранене** на малки деца до 3-годишна възраст **пълнозърнест хляб не се препоръчва**, поради незрялостта на стомашно-чревния тракт и възможността да се получи стомашно-чревен дискомфорт при някои деца. Майките може да въведат постепенно, внимателно и в малки количества пълнозърнени макаронени изделия още след навършване на 1-годишна възраст. Това е база за създаване на вкусови предпочитания в ранна детска възраст към тези здравословни храни.
- Препоръчително е промишлено произведени **пълнозърнести каши да се включват** при храненето на малките деца до 3-годишна възраст, тъй като зърнените храни в тях са фино смлени и не дразнят стомашно-чревната лигавица.



ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ПЛОДОВЕ/ЗЕЛЕНЧУЦИ

- Приемът на плодове и/или зеленчуци се осигурява чрез **ежедневно включване в менюто на пресни зеленчуци и пресни плодове** според сезона.
- При петкратен хранителен режим **подкрепителната закуска преди обяд** е само от **пресни плодове или зеленчуци** в количество около 100 гр.
- Когато не може да се осигурят пресни плодове и зеленчуци, може да се предложат **замразени**.
- **Консервираните зеленчуци и плодове** не са препоръчителни за децата, тъй като в тях голяма част от витамините се разрушават. Консервираните зеленчуци съдържат сол, а консервираните плодове съдържат добавена захар.
- При използване на консервирани зеленчуци и плодове те трябва да са **без синтетични консерванти, подсладители и оцветители**.
- Не се допуска предлагане на **туршии**, поради високото съдържание на сол в тях.



ИЗИСКВАНИЯ КЪМ МЛЯКО И МЛЕЧНИ ПРОДУКТИ

- **Приемът на мляко и млечни продукти** при деца от 1- до 3-годишна възраст се осигурява чрез **ежедневно включване в менюто** на достатъчно мляко и/или млечни продукти – **400 мл мляко** (прясно и/или кисело) и среднодневно **25 грама млечни продукти** (сирене, кашкавал, извара).
- Тъй като малките деца на 1-2 години имат по-високи потребности от мазнини, прясното и киселото мляко, които им се дава трябва да е **пълномаслено** със съдържание на **мазнини над 3%**.
- **Айрянът** трябва да е приготвен при хомогенизация на кисело мляко и питейна вода (1/1), **без добавяне на готварска сол**.
- **Сиренето и кашкавалът** да са със съдържание на **готварска сол** за сирене до 3,5 % и за кашкавал - до 2%.
- **Не се допуска** предлагане на прясно и кисело мляко, сирена и други млечни продукти **с добавени растителни мазнини**.



ИЗИСКВАНИЯ КЪМ МЕСО

- **Месото** се включва в менюто най-малко **4-6 пъти седмично**.
- Месото е източник на **пълноценен белтък и на хемово желязо** и неговата достатъчна консумация е от голямо значение за профилактика на желязо-дефицитната анемия.
- Месото трябва да е **без видими тлъстини, сухожилия и кости**, месото от птици да е **без кожа**.
- Препоръчва се **мляното месо** да е **с ниско съдържание на мазнини** и ниско съдържание **на сол**, да се предпочита мляно телешко месо, а в смес от телешко и свинско месо, телешкото месо да е най-малко 60%.
- **Не се допуска** предлагане на **промишлено произведени месни и птичи заготовки** (кайма, кебапчета, кюфтета, кърначета и др.), месни и птичи продукти (кренвирши, меки и твърди салами, наденици, филета, шунка и др.).



ИЗИСКВАНИЯ КЪМ РИБА

- В менюто на децата от 1 до 3 години се включва **риба най-малко един път седмично**, като основно ястие и/или като рибена чорба, компонент на сандвичи и салати.
- Рибата трябва да е **прясна, по изключение замразена**, да се предлага **без кости и кожа**, да е **филетирана** или нарязана на парчета.
- **Не се допуска** предлагане на **солена, пушена, сушена, маринована или консервирана** по друг начин риба и хайвер.
- **Не се допуска** предлагане на **морски дарове** - миди, стриди, калмари, октоподи, раци, скариди и други нерибни хидробионти, поради риска от алергични реакции при малките деца.



ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ЯЙЦА, БОБОВИ ХРАНИ

- **Яйцата** са пълноценна и препоръчителна храна за децата. При децата от 1 до 3 години се препоръчва консумацията на **цели пресни кокоши** яйца като основно ястие или като компонент на ястия.
- **Бобовите храни** (лющен зрял боб, леща, нахут, сух грах, соя) трябва да имат добро присъствие в менюто на децата – най-малко **1-2 пъти седмично**.
- При малките деца е необходимо повечето от бобовите храни (боб и нахут) **предварително да бъдат изкисвани и олющени**, преди да се включат в ястието. Причината е, че тези бобови храни имат обвивки, съдържащи не само груба целулоза, но и до 5% някои олигозахариди от рафинозен тип, които в дебелото черво се разграждат под влияние на чревната микрофлора и предизвикват образуване на газове.



ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ЯДКИТЕ

- **Ядките** (орехи, бадеми) са богати на белтък и съдържат значителни количества полиненаситени мастни киселини (включително омега-3 ПНМК), витамини от В група и минерали (калций, магнезий, цинк).
- Ядките са **алергенни храни** и затова тяхното въвеждане **в домашни условия след 1-годишна възраст трябва да става внимателно** и в малки количества, като ядките се предлагат смлени, поради риск от задавяне.



ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ТЕЧНОСТИ

- Малките деца са **по-чувствителни към обезводняване** в сравнение с по-големите деца и възрастните.
- При децата на **1-2 години** са необходими около **4-5 чаши течности** дневно (вкл. напитките и супите), при децата на **3-6 години** – **6 чаши течности/ден**.
- Вода да се **дава редовно в малки количества през целия ден**. При високи температури на околната среда децата имат потребност от повече вода.
- Чешмяната или нискоминерализирана минерална вода не могат да се заменят със сокове, съдържащи захар или други подсладители.
- Нискоминерализираната вода трябва да съдържа **флуор до 1.5 мг/л**.
- Водата и течностите трябва да се предлагат **с умерена температура**, да се избягва много студени и горещи напитки.
- За децата от 1 до 3 години **не се препоръчват напитки**, които съдържат **кофеин, като зелен и черен чай, кола напитки**.
- Може да се дава **мляко с какао**, тъй като съдържанието на кофеин в 1 чаша е минимално (5-6 мг), но е препоръчително децата да го приемат през деня, а не вечер преди лягане.



ИЗИСКВАНИЯ КЪМ МАЗНИНИ

- Необходимите по-големи количества **мазнини** при децата от 1 до 3 години трябва да се получават основно от **растителните масла** (зехтин, слънчогледово, рапично, царевично, соево) и **млечното масло**. Растителните масла са богати на незаменими мастни киселини и витамин Е, а млечното масло е богато на витамини А и D.
- При **маргарините**, в процеса на втвърдяване на растителните масла, се образуват **транс-мастни киселини**, които имат вредно действие върху здравето. На пазара вече има маргарини, които се произвеждат със съвременни технологии и не съдържат транс-мастни киселини.
- Могат да се включват маргарини, ако не съдържат транс-мастни киселини.
- **Основни хранителни източници на транс-мастни киселини** са промишлено произведени сладкарски изделия, вафли, десерти, чипс. Те трябва максимално да се ограничават.



ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ЗАХАРТА

- Високият и чест прием на **захар, захарни и сладкарски изделия и безалкохолни напитки, съдържащи захар** допринася за висока енергийна стойност на храната, като същевременно не се внасят есенциални хранителни вещества като витамини и минерали.
- Препоръчва се консумацията на храни и напитки **с високо съдържание на захар да се ограничава**, чрез влагане на **не повече от 5% захар** за подслаждане на чай, прясно и кисело мляко; включване на сладкарски изделия (пасти, торти, реване) до един прием седмично.
- Подходящо е заменяне на част от захарта с пресни, замразени или сушени плодове.
- **Пчелният мед**, за разлика от другите захари, съдържа биологично активни вещества, поради което е предпочитана алтернатива на захарта. В ранната детска възраст, някои деца могат да имат **алергия към меда**, поради което той трябва да се използва с предпазливост, а при организирано хранене в детските ясли и детските кухни, не е подходящо да се включва при приготвяне на храните и напитките, поради възможност от неочаквани алергични реакции.



ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ГОТВАРСКА СОЛ

- Консумацията на **готварска сол** при децата трябва да се ограничава.
- **Ограничава се влагането на сол** при приготвянето на ястията и подкрепителните закуски за деца от 1 до 3 години, изключва се предлагането на сухи супи и бульони.
- Необходимо е предварително **да се изкисват във вода солени продукти**, като саламурено сирене и др.
- За предпочитане са **пресните зеленчуци, пред консервираните**, тъй като последните съдържат сол. Не е подходящо в храненето на малките деца да се включват туршии.
- **Хлябът, тестените и зърнените закуски** трябва да са с **намалено съдържание на сол**.
- Промислено произведените **месни продукти** не са подходящи храни за малките деца и **трябва да се избягват**



ХРАНИ, КОИТО НЕ ТРЯБВА ДА СЕ ДАВАТ НА ДЕТЕТО ОТ 1 ДО 3 ГОДИНИ

- Бонбони
- Храни и напитки с изкуствени подсладители
- Безалкохолни напитки
- Черен, билков, зелен чай
- Подправки силни
- Мед
- Ядки
- Маргарини с транс-мастни киселини
- Туршии



ХРАНИТЕЛНО ПОВЕДЕНИЕ - ДЕЦА

- Необходимо е да се развива вкуса, възприемането и положителното отношение към широк кръг храни още от най-ранно детство.



- Важно е да се създаде здравословно хранително поведение в детството, което формира базата на хранене и промотира здравето през целия живот.



ПРЕПОРЪКИ ЗА ЗДРАВΟΣЛОВНО ХРАНЕ НА ДЕЦА НА 3-6 ГОДИНИ В БЪЛГАРИЯ



1. Осигурявайте на децата пълноценна и разнообразна храна

- Храните се включват в **6 основни групи**:
 - Зърнени
 - Зеленчуци и плодове
 - Мляко и млечни продукти
 - Белтъчни храни - месо, риба, яйца, бобови, ядки
 - Добавени мазнини (масло, олио, маргарин)
 - Захар, богати на захар храни и напитки
- **Ежедневно** децата трябва да консумират **поне 1 представител от първите 4 групи храни**.
- **Ограничавйте богатите на мазнините и захар храни.**
- **Децата да се хранят редовно и в приятна атмосфера.**



2. Включвайте зърнени храни и/или картофи в храненето на децата няколко пъти дневно

- Зърнените храни (хляб, ориз, спагети, макарони, зърнени зкуски) и/или картофите трябва да са базата на всяко основно хранене.
- Пълнозърнестият хляб трябва постепенно да се въвежда след 2 годишна възраст.
- На 4-6 години 50% от хляба трябва да е пълнозърнест.



3. Ежедневно давайте на децата разнообразни зеленчуци и плодове, за предпочитане сурови.

- Да се предлагат при всяко хранене – общо поне 300-350 г дневно.
- Препоръчителен избор – сурови, замразени, без добавена сол/захар, цели вместо на сок.
- Сезонни, местно производство
- Включване на зеленчуци и плодове като компонент на ястия, супи, закуски, десерти
- Да направим привлекателни зеленчуците за децата, които не ги обичат



4. Включвайте всеки ден мляко и млечни продукти с намалено съдържание на мазнини и сол

- Източници на калций, белтък, витамини
- Препоръчителни – млека с намалено съдържание на мазнини (1.5-2%), краве сирене пред овче
- Намаляване на солта в сирената (чрез изкисване), включване на пресни сирена
- Обогатени млека с витамин D
- Кисломлечни продукти с плодове, натурален сок
- Препоръчителен минимален прием -300 мл/г прясно/кисело мляко + 25-30 г сирене



5. Избирайте постни меса, замествайте често месото и месните продукти с риба или бобови храни

- Основен източник на белтък
- Всяко основно ястие трябва да съдържа представител на тази група храни
- Избирайте постни меса, пилешко месо без кожа
- Ограничавайте колбасите в менюто на децата
- Предлагайте риба поне веднъж седмично
- Включвайте боб или леща поне веднъж седмично
- Ядки - несолени, включване като компоненти в различни храни



6. Ограничавайте общо приема на мазнини от децата, особено на животинските. При готвене замествайте животинските мазнини с растителни масла.

- Ограничавайте мазнините при готвене, използвайте растителни мазнини
- Отстранявайте видимите мазнини при месата
- Избирайте храни с ниско съдържание на мазнини, четете етикетите
- Ограничавайте храните, съдържащи твърди маргарини (високо съдържание на транс-мастни киселини при производство на бисквити, вафли, десерти и др.)



7. Ограничавайте приема на захар, захарни и сладкарски продукти от децата, избягвайте да им предлагате безалкохолни напитки, съдържащи захар

- Повечето деца обичат сладкия вкус
- Честа практика на родителите е да награждават децата с шоколади, бонбони
- Продуктите, богати на захар съдържат “празни калории”, увеличават риска от затлъстяване, кариес
- Намаляване на захарта в сладкарските и тестени продукти, в десертите
- Да не се подсладят млякото и млечните продукти
- Заменяне на част от захарта с пресни, замразени или сушени плодове
- Да се избягват безалкохолните напитки, съдържащи захар – да се предпочита айрян, 100% натурални сокове



8. Ограничавайте употребата на сол при приготвяне на ястията, намалете консумацията на солени храни от децата

- Избягвайте да включвате в менюто на децата солени храни – сухи супи, туршии, колбаси, солени сирена
- Пригответе храната с малко сол
- Увеличете храните, бедни на натрий – пресни зеленчуци и плодове
- Не слагайте солница на масата



9. Давайте на децата достатъчно вода

- Децата са по-чувствителни към обезводняването
- Давайте 5-6 чаши дневно (вкл. напитките)
- Давайте на децата вода редовно в малки количества през целия ден
- Давайте на децата повече вода при високи температури на околната среда
- Предпочитайте чешмяна или минерална вода пред сокове, съдържащи захар или други подсладители
- Давайте вода и течности на децата с умерена температура, избягвайте много студени и горещи напитки



10. ПРИГОТВЯЙТЕ И СЪХРАНЯВАЙТЕ ХРАНАТА ПО НАЧИН, ОСИГУРЯВАЩ НЕЙНАТА БЕЗОПАСНОСТ

- ❑ **Запазването на биологичната пълноценност на храната е важно за постигане на здравословно хранене.**
 - Топлинна обработка на храните за максимално запазване полезните им съставки - варене на пара, задушаване
 - Размразяване на храните
- ❑ **Осигуряването на микробиологична безопасност при приготвяне и съхранение на храната**
 - Безопасни сурови храни и чиста вода
 - Хигиена при приготвяне на храната
 - Избягване контакт на сурови и готови за консумация храни при тяхната обработка и съхранение
 - Подходящо съхраняване на храните





11. Включвайте децата в приготвянето на храната

- Децата се радват да помагат в кухнята;
- Включването на децата в планирането на менюто и приготвянето на храната е **ефективен начин на обучение**;
- Окуражавайте децата да се включват в **дейности** при приготвяне на храната, **подходящи за тяхната възраст**.



12. Осигурявайте физическа активност на децата всеки ден

- **Физическата активност е необходима за:**
 - психологическото и социалното развитие на децата;
 - развитие на мускулната сила, умения за баланс и координация, за растежа;
 - здравословно тегло;
 - по-добър апетит
- **Намалете времето, прекарано пред телевизора, видеото, компютърните игри**
- Физическата активност - **забавление** за децата, а не принуда
- **60 минути всеки ден умерена физическа активност**



АЛКОХОЛЪТ - РИСКОВ ФАКТОР ЗА ЗДРАВЕТО



ОСНОВНИ ПОНЯТИЯ И КЛАСИФИКАЦИИ

Алкохолът (*етилов алкохол, етанол*) е продукт, получен по естествен път в процеса на ферментацията на захарите, които се съдържат най-често в плодовете, под въздействието на различни видове дрожди. Първият открит и употребяван от човека алкохол е етанолът.

Арабското название „*ал-кохл*“ в превод означава „*дух на виното*“. Латинският превод на това название - „*Spiritus vini*“ се пренася в Европа през Средновековието и остава като синоним на етанола до днес.



През Средновековието се развива технологията за дестилация, което позволява производството на алкохол с по-високо процентно съдържание (като водка и уиски).

През XIX век производството на алкохолни напитки става широко разпространено. В момента производството на бира, вино и спиртни напитки е световна индустрия.



Необходимо е да се различават понятията „милилитър” или „грам”, отразяващи продаваното количество течност от производители и търговци, и понятията *милилитър алкохол* или *грам алкохол*, в които се отразяват наличното количество АА.

1 милилитър алкохол съдържа 0.785 грама алкохол, а *1 грам алкохол* това е АА, т.е. етанол/етилов алкохол, който не съдържа повече от 1% вода.

В ежедневната практика се използва и понятието *градус*, което отразява процента АА в алкохолната напитка (100 мл от 40 градусова алкохолна напитка съдържа 40 мл/32 грама АА).

Съдържанието на алкохол в различните напитки се измерва в *градуси*, които показват обемната концентрация на алкохола в %.

Обемно съдържание на алкохол:

- **бира** - от 3 до 5%
- **вино** - около 12%
- **спиртни напитки** - най-често 40%

В домашно приготвените напитки алкохолът може да бъде и с по-високо съдържание.



Вот так выглядит одна порция алкоголя

Согласно Диетическим рекомендациям, разработанным Департаментом здравоохранения США, умеренным употреблением алкоголя считается 1 порция напитка для женщин и 2 порции для мужчин. Стандартная порция содержит 14 граммов чистого алкоголя.



Освен етиловият алкохол съществува и друг вид – *метилов алкохол (метанол)*, който се произвежда от дървесина. Той се използва за различни цели – като антифриз, гориво, разтворител и др. Понякога в домашно приготвените спиртни напитки се съдържа метанол в количество над максимално допустимото, което ги прави опасни.



Етиловият алкохол (етанол) е вещество, което се абсорбира бързо от стомаха и тънките черва в кръвния поток и действа като депресант на централната нервна система на човека - забавя реакциите и функциите на тялото и притъпява усещанията.

За разлика от повечето други психоактивни вещества, алкохолът има хранителна стойност и доставя на организма калории. Един грам алкохол доставя седем калории, почти двойно повече от калориите, които доставя един грам въглехидрат. Около половин литър бира може да достави на организма калориите, които се съдържат в шест филии хляб. Бирата осигурява на тялото много малко протеини и витамини, а дестилираният алкохол не осигурява никакви.

Алкохолът - враг на
спортивните постижения и добрата фигура



Алкохолът е психоактивно вещество, чиято употреба се смята за по-приемлива от обществото в сравнение с употребата на други наркотици. В много части на света, консумацията на алкохолни напитки е традиция при организирането на различни социални събирания.

В същото време заради своите ефекти и рискове алкохолът не е нито по-безопасно, нито „по-слабо” вещество.



Освен, че предизвиква зависимост, злоупотребата с алкохол причинява различни психични, неврологични, соматични и други заболявания.

Прекомерната консумацията на алкохол често пъти води до престъпни прояви, насилие и бедност в семейството, рисково сексуално поведение и други психологични и социални проблеми.



АЛКОХОЛНА КОНСУМАЦИЯ

Алкохолната консумация може да варира от пълно въздържание или малка по количество консумация до прекомерна такава, а проблемите, произтичащи от алкохола - в диапазона от липса на такива до значителни или сериозни.

Според консумираното количество алкохол през седмицата, консумацията на алкохол се класифицира на:

- *умеренорискова* (до 280/140 мл АА);
- *рискова* (280-350/ 140-210 мл АА);
- *високорискова* (над 350/210 мл АА).

ВИДОВЕ АЛКОХОЛНА КОНСУМАЦИЯ

За редовна употреба на алкохол се приема тази, която се случва един или повече пъти седмично, независимо от дозата, а за епизодична – по-рядко от един път седмично.

Рисковата алкохолна консумация се дефинира като равнище на консумация или модел на пиене, което би довело до увреждания, в случай че се съхранят навиците на пиене.

Според Кралската медицинска академия на Великобритания не трябва да има категоричност при определяне на безопасната консумация на алкохол. Чувствителността на отделните лица към алкохола е различна - увреждания могат да възникнат при малки дози, а да отсъстват при големи.

Ефектът от консумация на алкохол се влияе от множество фактори: тегло, възраст, пол, консумация на храни преди, по време и след приема на алкохол, прием на лекарства, индивидуален метаболизъм, психосоматично състояние, кръвна група, расова принадлежност и др.

В резултат на научни изследвания, които вземат пред вид и други фактори на въздействие, се приема, че *допустимата алкохолна консумация* с най-голяма вероятност за редуциран риск е при средна консумация на ден от *10 грама АА за жени и 20 грама АА за мъже*, като два дни от седмицата трябва да са свободни от консумация на алкохол.

В детска възраст (до 18 години) алкохолът е изключително вреден. Не трябва да се пренебрегва фактът, че с лекота изпиваното от децата количество от 0.5 л бира (стандартна бутилка с бира) съдържа 20 грама АА, а 50 мл/г от 40-градусова ракия съдържа 16 грама АА.

След консумирането на 10 грама АА, съдържанието на алкохол в кръвта (САК) достига своя пик след 30-45 минути. Скоростното изпиване на повече питиета води до по-високо САК, тъй като черният дроб се отличава с относителна устойчивост на скорост на метаболизма.



ПРИЧИНИ И ФАКТОРИ, ОКАЗВАЩИ ВЛИЯНИЕ ВЪРХУ ЗЛОУБОТРЕБАТА С АЛКОХОЛ

Факторите, които оказват влияние върху употребата на алкохол са многобройни, променливи и твърде често взаимно зависими.

Едни от най-често срещаните причини за употребата на алкохол от децата са:

- любопитството;
- родителската употреба и позитивно отношение към алкохола;
- конфликтите в семейството;
- натиска от връстници и/или употребата от връстници;

ПРИЧИНИ И ФАКТОРИ, ОКАЗВАЩИ ВЛИЯНИЕ ВЪРХУ ЗЛОУБОТРЕБАТА С АЛКОХОЛ

- семейното и социално-икономическото състояние;
- цената и достъпността на алкохола;
- въздействието от страна на медиите;
- рекламата и други.

Съществено влияние оказват генетичните фактори и факторите на околната среда.

Семейството, приятелите и обществото определят степента на изложеност на стрес и алкохол. Склонността да се развие загуба на контрол над консумацията на алкохол е генетична предразположеност и генетичните фактори допринасят по приблизителна оценка за 60% от риска за заболяване.

Рискът от алкохолна зависимост се увеличава с увеличаване консумацията на алкохол.



Причина за алкохолната зависимост като болест е системната употреба на алкохол в продължение на много месеци и години. В този случай, злоупотребата с алкохол е водеща причина за заболяването, но не е единствената.

Голяма част от хората консумират алкохолни напитки, но само при някои злоупотребата се трансформира в патологично пристрастяване към алкохола. В този случай, за развитието на алкохолната зависимост оказва влияние не толкова количеството и качеството на алкохола, колкото първоначалното състояние на здравето, фамилната анамнеза и др.



ИНДИВИДУАЛНИТЕ РЕАКЦИИ КЪМ АЛКОХОЛА ЗАВИСЯТ ОТ МНОЖЕСТВО ФАКТОРИ КАТО:



- Възраст и пол;
- Расова или етническа принадлежност;
- Физическо състояние;
- Количество храна, консумирана преди употребата на алкохол;
- Бързината на консумация на алкохол;
- Употребата на наркотици или лекарства (особено по лекарско предписание);
- Фамилна анамнеза за проблеми с алкохола.

Влияние върху начина, по който употребата на алкохол засяга организма и поведението на човека, оказват генетични, психологически и социално-културни причини.

Биологични причини

Биологичните причини за пристрастяването към алкохола включват индивидуалната физиология и генетика на всеки човек.

Психологични причини

В повечето случаи злоупотребата с алкохол не е свързана само с проблеми със здравето или стреса. Напротив, проблемите на здравето и живота могат да бъдат причина да се появи едно систематично пиянство, като временно успокоително. Много психологични разстройства, като депресия и тревожност, често придружават пристрастяването.

Социално-културни причини

Терминът "култура" в случая визира изучен и споделен модел на ценности и вярвания в групата. Те насочват както поведението на членовете на групата, така и на техните социални взаимодействия. Най-силно социално влияние има семейството. Чрез него културният модел се предава от едно поколение на друго. Повечето млади хора опитват алкохолни напитки в твърде ранна възраст. Нерядко тези експерименти стават под въздействието на по-възрастен член на семейството, по-късно започва т. нар. „предумишлено пиене“ - в компанията на връстници.

РИСКОВЕ ЗА ЗДРАВЕТО ОТ ЗЛОУПОТРЕБАТА С АЛКОХОЛ

Консумацията на алкохол е съществена причина за нетрудоспособност и преждевременна смърт. СЗО посочва, че 76.3 млн. души в света имат заболяване или разстройство, свързано с употребата на алкохол. Съществува причинно-следствена връзка между злоупотребата с алкохол и повече от 60 вида заболявания и увреждания.

Цироза на черния дроб

Артериална хипертония

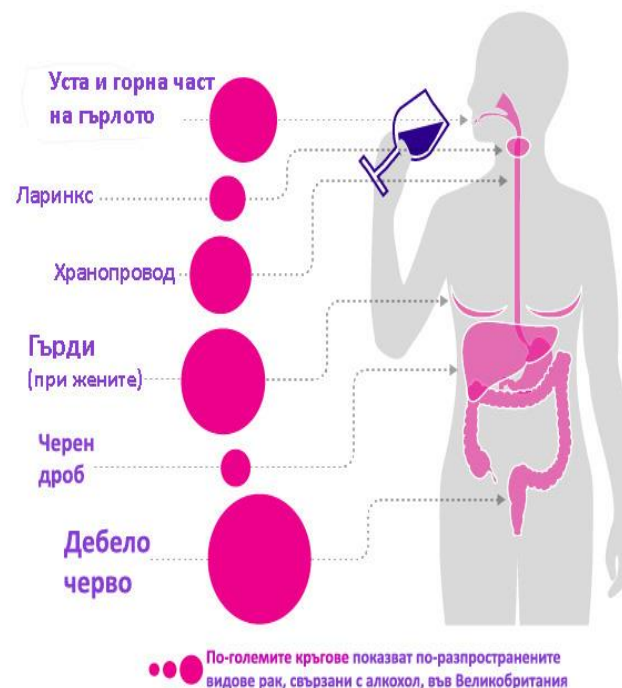
Мозъчно-съдова болест

Злокачествени новообразувания

Психични проблеми

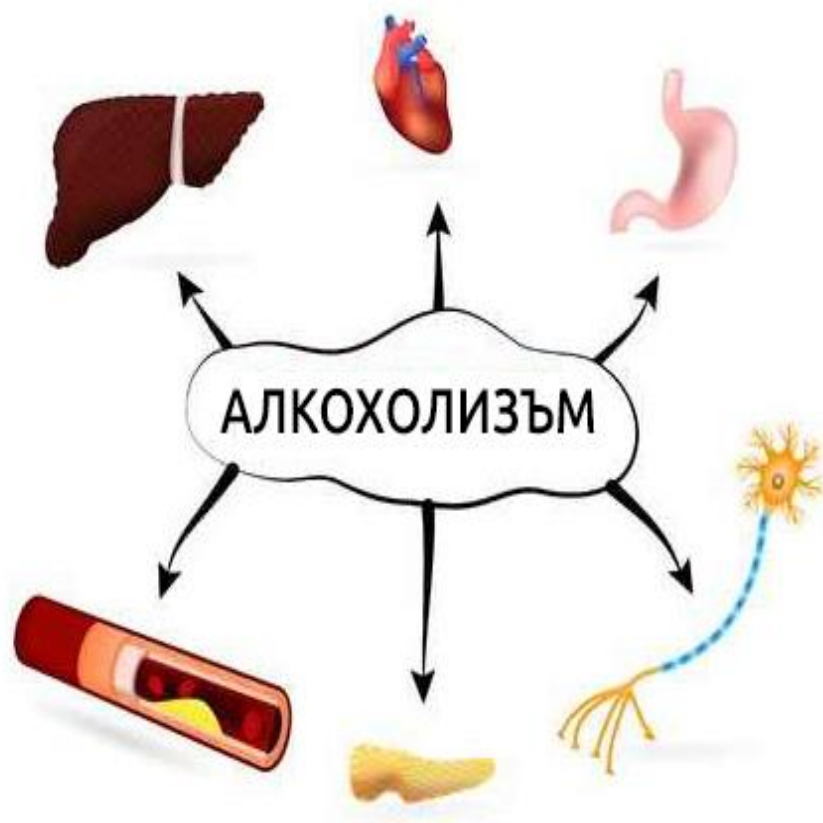
- ⇒ патологично влечение;
- ⇒ абстинентен синдром;
- ⇒ соматични разстройства;
- ⇒ нарушения в социалното функциониране.

Алкохолът може да причини седем вида рак



Употребата на по-малко алкохол може да предотврати 12 800 случая на рак годишно във Великобритания

scienceblog.cancerresearchuk.org



АЛКОХОЛИЗЪМ



ПСИХОЛОГИЧНИ И СОЦИАЛНИ ПОСЛЕДИЦИ



Това са свързани с работата/учението проблеми, разпадане на семейството, нанасяне на неумишлени телесни повреди, оказване на физическо насилие, извършване на тежки престъпления, пътнотранспортни произшествия и др.

⇒ В Естония 80% от криминалните престъпления, извършени от млади хора, се свързват с алкохолна злоупотреба. В Русия 75% от арестуваните за убийство са били също под влиянието на алкохол.

⇒ В Норвегия 53% от жертвите на изнасилване посочват, че техните насилници са консумирали алкохол преди акта на насилие. В Швейцария 33% от извършителите и 9.5% от жертвите са били алкохолно интоксикирани по време на изнасилването.

Алкохолът → Силна отрова

Алкохолът уврежда целия организъм



Вино



Ракия



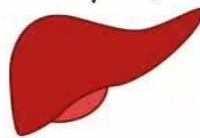
Уиски



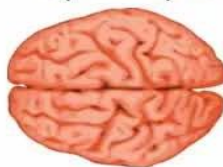
Бира



Бъбреци



Черен дроб



Мозък



- Раздразнителни
- Буйстват
- Волята и паметта им отслабват

Могат да извършат престъпление

- ↓ Лъжи
- ↓ Кражби
- ↓ Катастрофи
- ↓ Убийства

РИСК ОТ ВЪЗНИКВАНЕ НА ПТП

Рискът от възникване на *ПТП* нараства едновременно с количеството на алкохол в кръвта:

- при концентрация 0.5‰ - 1‰ $\Rightarrow$ 7-10 пъти
- при концентрация 1‰ - 1.5‰ $\Rightarrow$ 30 пъти
- над 1.5‰ $\Rightarrow$ 130 пъти.

Потенциално опасни за транспортната сигурност са и остатъчните (постинтоксикационните, метатоксичните) прояви на алкохолното въздействие след значителна консумация на алкохол като: главоболие, потиснатост, забавеност на реакциите, раздразнителност, умора и др.



ПОСЛЕДИЦИ ОТ ЗЛОУПОТРЕБАТА С АЛКОХОЛ

Загубите за обществото са големи

Материалната цена се изчислява на 125 милиарда евро, в това число 59 от загуба на производителна мощност поради неприсъствие, безработица и загуба на работни години вследствие на преждевременна смърт.

Нематериалната цена (която отразява стойността, която хората приписват на страданието и загубата на живот), е изчислена на 270 милиарда евро.

ПОЛЗИ ОТ СПИРАНЕТО НА ЗЛОУПОТРЕБА С АЛКОХОЛ

Ползи за употребяващия алкохол:

⇒ подобряване на психичното и физическото здраве;

⇒ намаляване на риска от цирроза на черния дроб;

⇒ намаляване на риска от ССЗ;

⇒ намаляване на риска от МСБ;

⇒ намаляване на риска от злокачествени заболявания;

⇒ при носителство и на други фактори на риска намалява съчетания риск за здравето;

⇒ удължаване на живота;

⇒ финансови ползи (спестяват се средства).



ПОЛЗИ ОТ СПИРАНЕТО НА ЗЛОУПОТРЕБА С АЛКОХОЛ

Ползи за близките и околните:

- ⇒ подобряване на психо-климата в семейството;
- ⇒ опазване здравето на членовете му.

Ползи за обществото:

- ⇒ намаляване на броя на пострадалите при ПТП;
- ⇒ намаляване на пожарите и производствените аварии;
- ⇒ намаляване на престъпността;
- ⇒ намаляване на социално значимите заболявания;
- ⇒ намаляване на разходите, свързани с лечение, намалена трудоспособност и инвалидност.



АБСТИНЕНТНИ ПРОЯВИ ПРИ ОТКАЗ ОТ ТЮТЮНОПУШЕНЕ И СПРАВЯНЕ С ТЯХ

- **Тютюнопушенето е комплексно поведение, за което допринасят психологически, социални и фармакологични фактори.**
- **Като психологически модел на поведение, то се превръща в мощен пример за подражание;**
- **Физиологичната реакция се развива бързо в подкрепа на психологическия модел;**
- **Към тях се прибавя фармакологичната зависимост, която в най-честият случай се явява факторът, определящ закрепването на поведението.**

Лечението на тютюневата зависимост включва (самостоятелно или в комбинация) поведенчески и фармакологични интервенции като:

- **Здравно образование, кратко послание или съвет;**
- **Интензивна подкрепа;**
- **Предписане на медикаменти;**
- **Други интервенции с крайна цел ограничаване или преодоляване на зависимостта от тютюна, както от отделния индивид, така и от обществото като цяло.**

Тютюневата зависимост е призната за болестно състояние, дефинирано в:

- **Международната класификация на болестите, 10-та ревизия, код F-17;**
- **Диагностичния и статистически справочник (DSM-IV) на Американската психиатрична асоциация.**

Основните фактори за преодоляване при отказване от тютюнопушене:

- ✓ **физиологичната зависимост от никотина;**
- ✓ **силата на навика.**

Основни въпроси за изясняване пред терапевта, водещ процеса на отказване - да отчете степента на 2 фактора:

- **Колко силна е зависимостта от наркотика;**
- **Колко голяма е мотивацията за спиране.**

Възможност
за
УСПЕХ

По-голяма
МОТИВАЦИЯ

По-голяма
ЗАВИСИМОСТ

Вероятност
за
ПРОВАЛ





Терапевтично повлияване на процеса на отказване:

- **Никотин-заместващо лечение;**
- **Лечение с антидепресанти;**
- **Българският принос- Табекс.**



Никотин-заместващо лечение:

Същност:

**Терминът “никотиново заместване”
представлява приложението на чист
никотин за да се замести това, което човек
получава от цигарите.**

(Michael Russel, 1991)



Никотин-заместващо лечение:

Исторически данни:

- 1942 – Johnston инжектира субкутанно никотин на 35 доброволци;
- 1973- Ove Ferno и сътр. (Швеция), описва за пръв път приложението на чист никотин, който да задоволи “глада” на пушачите за никотин, като ги предпази от експозицията на другите, опасни за здравето, съставки на тютюневия дим.



Метод на приложение:

Методът е прост:

лицето, опитващо отказване от тютюнопушене, получава никотин временно (не по-дълго от 8 седмици) в чист вид (не под формата на тютюн!) за да облекчи никотиновия “глад”, съпровождащ отказването. През това време пациентът постепенно се адаптира към живота на непушач.



Вреден ли е никотинът за здравето?

- ✓ **Никотинът в чист вид е по-малко вреден от никотин + катран + вредни газове;**
- ✓ **Никотинът няма роля в развитието на свързаните с тютюна ракови заболявания;**
- ✓ **Никотинът не е свързан с развитието на ХОББ;**

Но:

- ☐ **Никотинът е активното вещество, което създава зависимост;**
- ☐ **Никотинът има роля в развитието на кардиоваскуларния риск при тютюнопушенето.**



Видове никотин-заместващи препарати:

- ☐ Никотинова дъвка;
- ☐ Пластир;
- ☐ Назален спрей;
- ☐ Инхалатор;
- ☐ Сублингвални таблетки.

Дъвката и пластирът са най-отдавна въведени в практиката и сравнително най-добре проучени.

- ✓ **Дъвката е разпространена в 2 форми: 2 мг и 4мг. Може да се ползва, когато пациентите изпитват необходимост (например винаги, когато им се прииска да запушат) или на фиксирани приеми. Причинява умерено повишаване на никотина в кръвта, което е много по-ниско от високото повишаване при изпушване на цигара.**
- ✓ **Пластирът доставя никотин в кръвния ток посредством кожата. Постава се на горната част на рамото, бедрото или задните части. Дава по-ниско, но относително постоянно ниво на никотин, за времето, през което е поставен. Носи се 24 часа или в часовете след събуждане.**
- ✓ **Дъвката и пластирът могат да се ползват едновременно. Пластирът дава относително постоянно ниво на никотин в кръвта. Дъвката може да се използва за временно повишаване на нивото, ако пациентът почувства никотинов “глад”.**

- ✓ Назалният спрей и инхалаторът дават по-бърза ответна реакция на абстинентната симптоматика. Въведени са по-късно и все още не са проучени достатъчно в практиката.
- ✓ Никотиновият инхалатор наподобява пушенето на цигара. Състои се от пластмасов мундщук, никотинът е поставен във форма на патрон в единия край. Независимо от названието, никотинът не достига до белите дробове, а се абсорбира от слюнката в устната кухина както дъвката.

- ✓ **Никотиновият назален спрей наподобява малък флакон с никотинов разтвор. Устройството се поставя в ноздрата. Дозата никотин се доставя, когато се натисне върха. Това е най-бързият начин за абсорбция на никотин и като такъв може да бъде ползван при по-силно зависими пушачи.**
- ✓ **Трябва да се има предвид, че, спреят може да причини раздразване на носната лигавица и това да затрудни приложението му.**
- ✓ **Пушачи, изпитващи остри симптоми на никотинов “глад” могат да използват спрея наред с другите препарати.**

- ✓ **Сублингвалните таблетки имат същия начин на действие като дъвката, но тяхната употреба е по-незабележима и по-естетична. Все още не са напълно изпитани в практиката.**

У нас в практиката са въведени само никотиновата дъвка и пластир.



Обобщен преглед на достъпните проучвания по изучаване на никотиновата зависимост, дава следните заключения:

- ✓ **Всички тези средства са ефективни при подпомагане процеса на отказване;**
- ✓ **Те увеличават степента на успех 2 до 3 пъти, независимо от средата, в която се използват;**
- ✓ **Най-добре могат да бъдат приложени при пациенти, мотивирани да се откажат, при които е установена висока степен на зависимост;**
- ✓ **Няма достатъчни клинични доказателства за ефективността им при пациенти, които пушат до 10-15 цигари дневно;**

- ✓ Пластирите са лесно приложими в общата практика, когато лекарят разполага с малко време за пациента. Лекарят трябва да използва и другите методи според необходимостта на пациента.

Приложението от 8 седмици е също толкова ефективно, колкото и по-продължителното приложение. Рязкото прекъсване на приложението на пластира е също толкова ефективно, колкото и постепенното.

Използването на пластир в часовете след събуждане е толкова ефикасно, колкото и 24 часовото му приложение;

- ✓ Дъвката може да бъде използвана или когато пациентът почувства необходимост от нея, или на фиксирани приеми. Ако препаратът от 2 мг не се окаже достатъчно ефективен, трябва да се премине към формата от 4 мг.



Кога не може да бъде прилагано никотин-заместващото лечение

В съвременната табакология се приема, че никотиновите деривати са по-безопасни от тютюнопушенето. Независимо от това, много автори смятат, че препаратите не могат да бъдат използвани при бременност.

При наличие на сърдечно заболяване, приложението трябва да бъде индивидуално преценено от лекар.

Тъй като отказът от пушене след първи сърдечен инфаркт прави втория много по-малко вероятен, се счита, че препаратите могат да бъдат разрешени, поне при някои пушачи.



Приложение на антидепресанти:

Според съвременните проучвания някои антидепресанти повишават степента на отказване от тютюнопушене:

- ☐ **Бупропион** (познат с търговските наименования Zyban, Amfebutamone или Wellbutrin в отделни страни).
- ☐ **Нортриптилин** (Nortrilen) изглежда също увеличава степента на отказване, но до този момент това не е достатъчно потвърдено.

Тук можем да прибавим и опитите с приложение на:

- ☐ **Анксиолитици** (лекарства, намаляващи тревожността) Нито един не е показал достатъчна ефективност.

Табекс (Citisinum)- Българският принос

- ❑ **Оригинален български препарат** от растителен произход, показал голяма ефективност при лечение на тютюневата (никотинова) зависимост с повече от 30 годишно приложение. *По-добре познат и използван в чужбина*
- ❑ Разработен е на базата на алкалоида цитизин, съдържащ се в растението **Cytisus laburnum L** – златен дъжд, разпространено в южните части на Централна Европа и Италия. Всички части на растението съдържат алкалоида цитизин, най-голямо количество, до 3 % се намира в семената.

Табекс (Citisinum)

- ☐ **Показания:** Изключително подходящ за лечение на рисков контингент от пушачи със здравословни проблеми от страна на сърдечно-съдовата система и дихателна система, а също при пушачи, професионално подложени на стрес и напрежение.
- ☐ **Противопоказания:** Напреднала атеросклероза, някои форми на шизофрения, феохромоцитом, състояния свързани с тежко увреждане на сърдечно-съдовата система и злокачествени заболявания.



- ☐ **Дозировка: Табексът** се прилага вътрешно по 1 таблетка на 2 часа (6 таблетки дневно) в продължение на 3 дни при съответно намаляване на броя изпушени цигари.
- ☐ **Лечението продължава по следната схема:**
 - от 4 до 12 ден – по 1 таблетка на 2.5 часа (5 таблетки дневно)
 - от 13 до 16 ден - по 1 таблетка на 3 часа (4 таблетки дневно)
 - от 17 до 20 ден – по 1 таблетка на 5 часа (3 таблетки дневно)
 - от 21 до 25 ден по 1- 2 таблетки дневно
- ☐ **Пълното приключване на тютюнопушенето трябва да стане най-късно на 5-ия ден от започване на лечението.**
- ☐ **Предозиране:** Като антидоти при предозирани с препарата табекс могат да се използват транквиланти (антиконвулсивен ефект) и антихипертензивни средства (понижаване на кръвното налягане).

- ☐ **Странични ефекти:** При някои пациенти при високи дози могат да възникнат гадене, повръщане, главозамайване, тахикардия и мускулна слабост. Тези ефекти бързо отзвучават при намаляване на дозата.
- ☐ **Лекарствени взаимодействия:** Аналептичният ефект на цитизина се намалява при комбинирана терапия с противотуберкулозни средства (ПАСК, стрептомицин и др.)
- ☐ **Предупреждения:** Много внимателно да се назначава при пациенти с обострена язвена болест. След завършване курса на лечение, за да има траен ефект, пациентите да се въздържат от изпушването на дори една цигара.
- ☐ **Опаковки:** Филмтаблетки от 1.5мг. в опаковка от 100броя

Други препарати и методи, използвани при отказване:

- ☐ **Клонидин** (лекарство за понижаване на кръвното налягане) – някои изследвания са показали ефективност, но има често срещани странични ефекти, вкл. сухота в устата и сънливост. Не се препоръчва.
- ☐ **Лобелин**- продължителни проучвания не са показали ефективност.
- ☐ **Акупунктура** - установен е само плацебо-ефект.
- ☐ **Хипноза** - не са потвърдени доказателства за ефективност при контролни проучвания.



Най-честите проблеми на отказващите се от тютюнопушене:

- ☐ абстинентни прояви;
- ☐ наддаване на тегло;
- ☐ превенция на рецидив;
- ☐ психо-емоционален стрес;
- ☐ социален натиск.



Проблем № 1- Справяне с абстинентната симптоматика:

В процеса на отказване от тютюнопушене могат да се наблюдават различни странични ефекти.

Най-често те се проявяват в рамките на първите 24 часа след прекратяване на тютюнопушенето, достигат своя връх в следващите 3 дни и постепенно затихват за 3 седмици или повече.

Пушачът може да изпитва дискомфорт до 3 месеца след спиране на цигарите.



Физиологични и психологични симптоми

Начини на справяне с тях

- Сухота в устата, възпаление на гърлото, венците или езика;

(за купиране на симптомите: пиенена повече вода, плодов сок, дъвчене на дъвка)

- Главоболие, “стягане” на главата, мускулни спазми, спазми в краката, крампи в краката;

(за купиране на симптомите: топла баня или душ, релаксация, медитация)

- Раздразнителност, напрежение, нервност, намален обем на вниманието;

(купира се с: разходка, топла баня или душ, релаксация, медитация)



Физиологични и психологични симптоми

Начини на справяне с тях

■ Повишен апетит

(пиене на повече вода или ниско калорични течности, поемане на храни с ниско съдържание на мазнини, ниско калорични закуски)

■ Нередовен стомах & черва

(диета богата на трудно смилаеми храни, сурови плодове и зеленчуци, пиене на повече вода)



Физиологични и психологични симптоми

Начини на справяне с тях

☐ Безсъние:

(да се избягват течности, съдържащи кофеин, релаксация или медитация)

☐ Засилена кашлица – нормален механизъм на очистване на дихателните пътища:

(прием на топъл билков чай, отхрачващи медикаменти против кашлица)

- ✓ Пациентите трябва да знаят, че тези симптоми имат временен характер.
- ✓ Само “гладът” за цигара и увеличения апетит могат да останат по-дълго.
- ✓ При пациенти, които изпитват безпокойство от абстинентните симптоми трябва да се препоръчат никотин-заместващи препарати.



Проблем №2 - Увеличение на теглото:

Тютюнопушенето вероятно понижава способността за задържане на калориите и/или увеличава метаболизма.

И, въпреки че 4/5 от пациентите, които спират цигарите, увеличават теглото си, средното увеличение на теглото е само 2.3 кг.

- ☐ **Трябва да се наблегне, върху това, че преимуществата от отказването далеч надвишават риска от средното нарастване на теглото;**
- ☐ **Препоръчват се умерени физически упражнения, увеличен прием на вода, избягване на допълнителни калории, употреба на неподсладена дъвка, закуски с пресни плодове;**



Проблем № 3- Справяне със стреса:

Препоръчителни дейности:

- Прости упражнения за релаксация - напр. *“Поемете бавно дълбоко дъх и при издишване си кажете: Отпусни се”*
- Повторете упражнението 10 пъти;
- Брошури за борба със стреса;
- Включване в група за релаксация.

Предложете двуетапен подход, ако пациентът се затруднява да следва съвета по-горе:

- ✓ на първо време пациентът да се съсредоточи върху проблема за отказване от тютюнопушене, като се абстрахира от увеличаването на теглото**
- ✓ след това, при преминаване на абстинентните прояви и разрушаване на навика за пушене, да се фокусира върху мерките за намаляване на теглото.**



Проблем №4 - Борба със социалния натиск:

- ☐ **Справянето със ситуация, при която на отказващия тютюнопушенето предлагат цигара, може да бъде проблем. Пациентът трябва да отрепетира един твърд отказ.**
- ☐ **Ситуации с употреба на алкохол в кратък период след отказването трябва да се избягват, защото съдържат висок риск от рецидив на тютюнопушенето.**



Проблем №5

Предотвратяване на рецидив

- ☐ На пациентите, които са загрижени от неуспешните си минали опити да спрат цигарите трябва да се вдъхне увереност, че повечето пушачи са постигнали трайно спиране едва след няколко опита. “Подхлъзването” е съвсем нормално човешко поведение и не трябва да спира пациентите от продължаване на опитите. Миналият опит трябва да бъде разглеждан като ценен за практиката.
- ☐ Припомнете на пациентите си причините, които са ги накарали да се откажат.
- ☐ Обсъдете с тях начините за преодоляване на ситуацияите, които са ги накарали да направят рецидив преди.

ПОЛИТИКИ, СТРАТЕГИИ И ДОБРИ ПРАКТИКИ В ЕС ЗА ПОВИШАВАНЕ НА ФИЗИЧЕСКАТА АКТИВНОСТ

Ниската физическа активност е фактор на риска за здравето, имащ съществен принос за влошаването на популационния здравен статус на населението в нашата страна. Той е причина за 7.7% от всички смъртни случаи и формира 4.3% от глобалното бреме на болестите (по DALY's).

Ситуационният анализ за нивото на физическа активност сред населението в България, по данни на Националното изследване на факторите на риска за здравето, проведено през 2014 г. потвърждава факта, че е налице сериозен проблем за общественото здравеопазване:

- Нараства бездвижването на населението в страната, което в съчетание с другите фактори на риска обуславя високата заболяемост и смъртност от заболявания с голяма социална значимост - хипертонична болест, исхемична болест на сърцето, мозъчно-съдова болест, някои форми на онкологични заболявания и др.

- Съществува дефицит за здравно-образователна информация относно ролята на физическата активност за здравето. Недостатъчни са знанията, уменията и мотивацията сред населението за превенция и контрол на предотвратимите рискови фактори, включително и ниската физическата активност.
- Социално-икономическата и културна среда оказват влияние върху здравословния избор на значителна част от населението, особено за това, което е с ниско ниво на доходи и образование.

- Налице са изолирани действия за повишаване на физическата активност сред населението, в рамките на различни обществени структури, което затруднява преодоляването на този проблем. Традиционните инструменти за приобщаване на населението към физически активен начин на живот до този момент се оказват недостатъчни.

Всичко това показва, че се налага разработването и реализирането на съответна политика в тази област с участието всички обществените структури, ангажирани с този проблем (здравеопазване, образование, транспорт, околна среда, градско планиране, бизнес структури, спорт и туризъм и др.), което ще позволи провеждането на популационно базирани, нормативно подкрепени действия както в държавния, така и в частния сектор и неправителствените организации, съобразени с културата на хората, с възрастта и начина им на живот в ежедневието.

Действия на национално ниво:

- Включване на физическата активност, като задължителен елемент на здравната политика и важна съставна част от общественото здравеопазване;
- Осъществяване от страна на МЗ и неговите структури на мерки за повишаване информираността на населението и на ръководителите на политическо ниво относно протективната роля на физическата активност, както и във връзка с организацията на междусекторните действия;

- Осигуряване на политическа, техническа и икономическа подкрепа за инициативите на местно ниво, които притежават най-голям потенциал за стимулиране на физическата активност на населението;
- Интегриране на физическата активност навсякъде в ежедневието на хората - на работното място, в училището, по пътя към работното място и училището, в дома, на местата за отдих и т.н.

- Организиране на междусекторните действия и участие в тях на всички нива (национално, регионално, местно) – умения и мотивация за привличане на различни сектори и партньори.
- Изграждане на капацитет сред лекарите и медицинските сестри по въпросите на мотивационното консултиране относно ролята на физическата активност за целите на профилактиката и лечението.



Осигуряване на възможности за здравословен избор:

- Интегриране в ежедневието на възможности за избор на физически активен начин на живот, като естествена и желана алтернатива;
- Разпространяване на информация относно ползата и възможностите за физическа активност и поощряване на хората да бъдат физически активни;
- Създаване на достатъчна инфраструктура, адекватна на изискванията за физически активен начин на живот, така че физическата активност да се превърне в норма на живот;

- Осигуряване на социална подкрепа за положителни практики – пешеходни зони в градовете, алеи за велосипедисти и др.
- Необходимо да бъде изградена стандартизирана система за мониторинг и оценка на физическата активност. Това ще даде възможност да бъде извършвана обективна оценка на действията за превенция и контрол, както и да бъде повишена ефективността на мерките за намаляване на нейното въздействие върху здравето на населението.



Основополагащите принципи при разработване на национални стратегии в областта на физическата активност са:

1. Популационен подход
2. Многостранен характер
3. Вертикална и хоризонтална интеграция
4. Взаимно допълване с други стратегии
5. Устойчивост
6. Резултати, основани на доказателства
7. Разпространение на информация

Подходите за насърчаване на физическата активност се променят драстично през последните години. В продължение на няколко десетилетия почти всички интервенции са предназначени да образуват и мотивират хората да бъдат физически активни. Интервенциите през 21-ви век се разширяват с оглед интегрирането на двигателната активност в ежедневието на хората чрез дейности по време на отдых, придвижване, работа и обучение. Физическата активност трябва да бъде вградена в ежедневието и начина на живот.

В Насоките на ЕС за физическа активност се набляга на това, че повишаването на нивото на физическа активност на населението попада в обхвата на няколко важни сектора, а именно организиран и неорганизиран спорт, здравеопазване (особено общественото здравеопазване), образование, транспорт, околна среда, градоустройство и обществена безопасност, труд и услуги за граждани в по-напреднала възраст.

Добри практики в рамките на междусекторното сътрудничество и на отделните сектори

Ефективно междусекторно сътрудничество

- **В Люксембург** четири министерства (на образованието, здравето, спорта и младежта) стартират междуведомствен план за действие „Gesond iessen, méi bewegen“ („Храни се здравословно, движи се повече“). Местните заинтересовани страни се насърчават да започнат дейности, свързани по възможност, както с храненето, така и с физическата активност. Над 60 заинтересовани страни, представляващи различни общности, клубове, работодатели, здравни асоциации, получават правото да използват логото на Националния план за действие.

Спорт

- **В Англия** е събрана информация за над 50 000 съоръжения за спорт и отдих, достъпна чрез интернет. Базата данни „Активни места“ включва информация за широка гама от спортни съоръжения — от спортни зали до ски писти, от плувни басейни до места за здравословни дейности и фитнес. Тя включва съоръжения за отдих на местни организации, търговски и клубни обекти. Понастоящем местното самоуправление също така се подлага на оценка с оглед на процента от населението, което живее на не повече от 20 минути пеша (в градски зони) или 20 минути с кола (в селски райони) от висококачествени спортни съоръжения.

- **В Австрия** програмата „В добра форма за Австрия“ е публично-частно партньорство. Тя се финансира с бюджетни средства, но се ръководи от Австрийската спортна федерация (неправителствена организация за организирани спортове в Австрия).
Партньорството си сътрудничи с Министерство на здравето, Държавната агенция за здравно осигуряване и органите на държавно управление.



За да се осигури общонационална експертна подкрепа за клубовете с цел повишаване на качеството и количеството на програмите за физическа активност със здравословна цел е изградена мрежа от 30 координатора на програмата „В добра форма за Австрия“. Ежегодна конференция „В добра форма за Австрия“ играе ролята на борса с практическа насоченост за обмен на идеи сред тренъорите. „Значка за качество“ за физическа дейност със здравословна цел се присъжда на програми, които отговарят на специални изисквания за управление, съдържание и квалификация на ръководството.

- **В Унгария** правителството финансира програма „Отворени врати“, в рамките на която някои спортни съоръжения остават отворени извън официалното си работно време (през почивните дни и вечер), за да се предостави възможност на семейства, хора от околността и други да спортуват. Освен нея, програма „Лунна светлина“ цели да предлага безплатни вечерни или нощни спортни дейности (например тенис на маса) на групи от млади хора, които живеят в райони с твърде неравносгодно положение. Клубовете, които организират тези дейности, се подпомагат от правителството.

Здравеопазване

- През 2007 г. правителството на **Словения** приема Национален план за общественото здраве относно физическа активност за укрепване на здравето (НЕРА, Словения 2007—2012 г.). Трите основни стълба на този план са физическа активност в свободното време, физическа активност в училищата и на работните места и физическа активност, свързана с транспортирането.



Основната цел на националната програма за НЕРА е насърчаването на всички форми на редовна физическа активност, която да бъде поддържана през целия живот. Програмата има широк обхват от области и целеви групи, включително деца и младежи, семейства, работно място, хора в напреднала възраст, хора със специални потребности, здравен/социален сектор, транспортен сектор и спортни организации.

- **В Англия** „Хайде да се раздвижим“ е името на клинична пътека за физическа активност, която се е прилагала пилотно в петнадесет кабинета на общопрактикуващи лекари в Лондон. Общопрактикуващите лекари измерват нивото на спортна и физическа активност на пациента посредством Въпросник на общопрактикуващия лекар за физическа активност. След това те помагат на своите пациенти да променят поведението си, като им дават съвети и ги насърчават да си поставят цели за активност.

Здравните специалисти работят с пациенти за преодоляване на пречки за извършването на упражнения, помагат за определяне на индивидуални цели, известяват пациентите за възможности за физическа активност по места и следят техния напредък.

Пациентите, готови да се променят, са насърчавани да намират свои собствени решения във връзка с пречките по отношение на активността си, като бъдат съветвани да се стремят към осъществяване на 5 x 30 минути умерена активност седмично.



Пътеката разширява възможностите за физическа активност от аеробика на закрито и в спортни зали до здравословни разходки в местни зелени площи и други упражнения на открито сред местната природа. Ако пациентите искат да станат по-активни физически след оценката, те получават пакет „Хайде да се раздвижим“, който включва личен план за упражнения, информация за дейностите по места, към които могат да се присъединят, карта на най-близкия парк и открити площи и съвети за хранителен режим и упражнения. Общопрактикуващите лекари следят напредъка на пациента на три и шест месеца.

- **В Швеция** основните институции за здравеопазване в провинция Östergötland предписват физическа активност на пациентите. При извършването на оценка е установено, че след 12 месеца 49 % от получилите предписанието лица са заявили, че го спазват, а други 21 % са редовно активни.

- През последните две десетилетия **Австрия** разработи различни оферти за клиентите на дружествата за социално осигуряване. Дружествата за социално осигуряване предлагат на всеки клиент годишен медицински преглед. Освен това, заедно с различни неправителствени организации и спортни клубове, дружествата са разработили превантивни програми за специфични ситуации (например профилактика на диабет).

Образование

- **Във Франция** ICAPS (Инициатива за физическата активност и преодоляване на заседналия начин на живот при подрастващите) е многостепенна програма с множество участници, в която са включени млади хора, училища, родители, учители, специалисти, които работят с младежи, младежки клубове, спортни клубове и др. Целта е да се насърчат младите хора да са по-активни физически и да се предложат възможности за това, както във, така и извън училищата. Резултатите от първите четири години са положителни и показват, че действията, насочени към намаляване на нивото на затлъстяване, могат да бъдат успешни.

Транспорт

- Общинските органи в Одензе, **Дания**, популяризират колоезденето чрез различни инициативи, което е довело до увеличаване броя на пътуванията с велосипед с над 20 % в рамките на пет години. Същевременно броят на инцидентите с колоездачи е бил с 20 % по-нисък в сравнение с останалата част от държавата.

Процентът на пътни произшествия с колоездачи е по-нисък, тъй като в тези държави (най-вече Холандия и Дания) е налице инфраструктура с безопасни маршрути за колоездене, а водачите на моторни превозни средства са свикнали да се съобразяват с колоездачите. В някои градове се използват публично-частни партньорства, които предлагат безплатни публично достъпни велосипеди, поради факта, че те служат като превозни средства за реклами. Пример за това е градската система от велосипеди в датския град Аархус и Копенхаген.

- От 2003 г. водачи на моторни превозни средства в **Лондон** заплащат по 8 лири, за да шофират в централната част на града (такса за задръстване в Лондон). Макар че основната цел на тази такса е била да се намалят задръстванията, тя значително е допринесла за увеличаване на колоезденето в града, наред с новите инвестиции в инфраструктура за колоездене. По изчисления на „Транспорт за Лондон“ нивото на колоездене се е увеличило с над 80 % след въвеждане на таксата, без нещастните случаи да са нараснали значително.

Работна среда

- **В Люксембург** Министерство на здравеопазването присъжда ежегодни награди на предприятия, които предлагат програми за укрепване на здравето на работното място, включително програми и инициативи във връзка с физическа активност. Наградата се нарича „Prix Santé en entreprise“ („Награда за здраве на работното място“) и е присъдена за първи път през 2008 г.

- **В Обединеното кралство**, в двугодишна пилотна схема, наречена „Well@Work“ са участвали 32 работодатели. Схемата обхваща различни по вид предприятия - от голям производител на хранителни стоки и окръжна болница до малко предприятие в селски регион. По време на пилотния проект на оценка са били подложени редица дейности, които биха насърчили спорта и физическата активност на работното място. Инициативата „Активирай работното си място“ се базира на успеха на „Well@Work“.

Този проект представлява едногодишна програма за обучение и подпомагане на проектирането, прилагането и проследяването на здравословни дейности на работните места, като същевременно се изгражда вътрешен капацитет, за да се гарантира, че програмите са устойчиви.

След завършване на програмата, включените организации разполагат с политика за активни и здравословни работни места и член на персонала, който е обучен и запознат със здравните условия на работното място, плюс квалификация от Кралския институт по общественото здраве.

Партньорската работа която се води от Центъра за здраве на работното място към St Mary's University College, Twickenham, **Лондон**, в партньорство със „Спорт Англия“, „Транспорт за Лондон“, Агенция за развитие на Лондон, Асоциацията на фитнес индустрията и NHS Лондон, е в основата на „Активирай работното си място“. Партньорите осигуряват финансиране или предлагат пакети за стимулиране и достъп до своя експертен опит и услуги.

Услуги за старите хора

- **„Европейската мрежа за действия във връзка с остаряването и физическата активност (EUNAARA)“,** финансирана от Европейската комисия, е набелязала добри практики за насърчаване на физическа активност сред хората в напреднала възраст. Тук се включват добри практики по програми и курсове за упражнения за хора в напреднала възраст, които се осъществяват в различните държави-членки.

- **Германската асоциация по олимпийски спортове** провежда програма, наречена „В наистина добра форма от 50 години нататък“, която цели да привлече по-възрастните хора да се присъединят към специално организирани часове с упражнения. **Правителствени организации в Нидерландия** успешно свързват темата за физическата активност с инициативи, които са били насочени изцяло към насърчаване на елитни спортове преди олимпийските летни игри.

- **Във Финландия** е разработена национална програма за здравословни упражнения за по-възрастни граждани „Сила в напреднала възраст“, която насърчава самостоятелността и качеството на живот при живеещите сами по-възрастни хора с намалени функционални способности чрез увеличаване на силата на мускулите на краката и упражнения за баланс, както и чрез разработване на услуги за целевата група.

Деятелностите се осигуряват специално за хора над 75-годишна възраст. Програмата е голям съвместен проект, осъществен от Министерство на социалните грижи и здравето, Министерство на образованието, финландската Асоциация за машини за хазартни игри и няколко други участника. Тя се координира от Института по възрастта. В рамките на програмата се разработват подходящи форми на групови упражнения, включително упражнения в спортна зала, както и гимнастика в домашни условия. Публичният, частният и други сектори се насърчават за участие в дейностите за повишаване физическата активност на възрастните хора.



Кампании за обществена осведоменост

- **Мрежата НЕРА Европа** провежда ежегодни срещи, открити за всички организации или отделни лица, които се интересуват от насърчаване на физическа активност за укрепване на здравето с европейска перспектива. Членовете и заинтересованите страни са редовно уведомявани за текущите дейности и прояви чрез уебсайт на НЕРА Европа. Посредством мрежата се разпространяват брошури, препоръчващи физическа дейност и здравословен начин на живот с ключови за разработването на стратегии факти.

Редовно се актуализират съществуващите подходи, стратегическите документи и цели, свързани с насърчаване на физическа активност в различни европейски страни.

Мрежата взима участие в събирането на данни за конкретни случаи на сътрудничество между общността за физическа активност и транспортния сектор, като прави преглед на опита на европейско равнище. Един от текущите проекти е „Преглед на методологията за анализ на съотношението разходи-ползи във връзка с ходенето пеш и колоезденето“, като се разработва и инструмент за такъв анализ.

Предвид изброените добри практики в ЕС можем да кажем, че у нас е необходимо реализирането на целенасочени действия за утвърждаване на физическата активност и нейното повишаване сред населението от всички възрастови групи.

Показатели за успешността на тези действия могат да бъдат:

- участие на представители на здравеопазването при планиране на транспортната система и регулация на терените в населените места;
- проектиране на паркове, съобразени с предпочитаната от жителите на района физическа активност:

- безопасни общински пешеходни и велосипедни маршрути на кратки разстояния, проектиране на сгради, които насърчават използването на стълбища;
- осигурени с добра материална база и проследявани часове по физическо възпитание, които гарантират физическата активност на учениците;
- включване на обективно измерване на физическата активност в различни национални проучвания;

- редовно представяне на образователни и информационни материали за насърчаване на физическата активност по всички медии;
- разработване и прилагане на Национален план за действие за физическата активност с подкрепа от правителството, неправителствените организации и частния сектор.

Здравният сектор трябва да има водеща роля при изготвянето на политическите решения по отношение повишаването на физическата активност сред населението:

- Осигуряване на национална подкрепа, базирана на доказателства за здравните, социалните и икономическите ползи от физическата активност.
- Развитие на действено ориентирани мрежи с други сектори и лица, имащи отношение към физическата активност.
- Промоция на интегрирана мултисекторна обществена политика.

- Подготовка на здравни специалисти и по-специално специалисти в областта на физическата активност и развитието на програми.
- Организиране на специфични програми за физическата активност в здравните служби.
- Участие в глобални дейности за промоция на физическата активност.

Едно от главните предизвикателства в промоцията на физическа активност е да се предаде посланието за важността от действията сега, като предпоставка за ползи в бъдеще.