



BG051PO001-5.3.01-0001-C0001  
„ИНФОРМИРАНИ И ЗДРАВИ”



# АНАЛИЗ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ И ПРОБЛЕМИТЕ НА ЦЕЛЕВИТЕ ГРУПИ



**АВТОРСКИ КОЛЕКТИВ**

*Проф. д-р Емилия Иванович, Ръководител лаборатория „Мениджмънт в трудовата медицина”, НЦООЗ*

*Доц. д-р Веселка Дулева, Лаборатория „Хранене и обществено здраве”, НЦООЗ*

*Проф. д-р Елена Шипковенска, дм, Зам. декан на Факултета по обществено здраве Медицински университет – София и ръководител Катедра по превантивна медицина*

*Момчил Василев, Директор на Национален фокусен център по наркотици и наркомании*

*Проф. Владимир Пилософ, дм, Председател на Дружество на кардиолозите в България*

*Доц. Елина Трендафилова, Научен секретар на Дружество на кардиолозите в България*

*Д-р Красимира Кръстева, Директор дирекция "Опазване на общественото здраве", РИОКОЗ - Велико Търново*

*Д-р Жени Стайкова Николова, дм, Директор, РИОКОЗ – Кърджали*

*Мариана Георгиева Тончева, Главен експерт, Д „ООЗ”, РИОКОЗ – Кърджали*



BG051PO001-5.3.01-0001-C0001  
„ИНФОРМИРАНИ И ЗДРАВИ”



*Д-р Радосвета Стаменкова, Изпълнителен директор на Българска асоциация по семейно планиране и сексуално здраве*

*Мария Кръстева, Председател на Асоциация на родителите на деца с увреден слух*

*Алекси Кесяков, Секретар на Държавно обществената консултативна комисия по безопасност на движението*



## *СЪДЪРЖАНИЕ*

- 1. Въведение (обосновка)*
- 2. Анализ на сегашното състояние (анализ на проблемите)*
  - Правна уредба*
  - Проведени проучвания, анализи и кампании през последните три години*
- 3. Анализ на потребностите на целевите групи*
- 4. Изводи, заключения и препоръки*
- 5. Библиография*
- 6. Съкращения*



## ВЪВЕДЕНИЕ

Преобладаването на хроничните неинфекциозни болести в света и различните причини за смъртност и модели за развитието им в отделните страни са доказателство, че условията на живот на хората, тяхното отношение към собственото здраве, навици и поведение могат да предотвратят тяхната поява или да ускорят процеса на висока заболяемост. Премахване на различията – “разтворената ножица” в здравето между новите страни членки на Европейския съюз от Централна и Източна Европа и страните от ЕС15 е приоритетна задача на ЕС. И при двата пола рискът за смърт във възрастовата група 20 до 64 г. (31.1% при мъжете и 14.2% при жените) е почти два пъти по-голям в България, отколкото в страните от ЕС15 (съответно 16.8% и 8.6%). При жените този показател е също по-лош, отколкото средния за страните от ЕС10 (13.6%).

Премахването на различията в здравето между Изтока и Запада е едно от най-големите предизвикателства, пред които е изправен Европейският съюз. Тенденцията към подобряване на здравето на възрастните, която започна в страните от Източна Европа след Втората световна война достигна застой и след това претърпя обрат с бедствени последици за благосъстоянието на тези страни. През годините 1960 - 1990 очакваната средна продължителност на живота на възраст 20 г. спада при мъжете и остава статична при жените, за разлика от тези в огромното мнозинство на всички индустриализирани страни в света. Преждевременната смъртност при възрастните (умирания на възраст 20-64 години), особено при мъжете, включително на умирианията от сърдечносъдови болести, рак на белия дроб и травми, достига нива за тези състояния, които са сред най-високите в света.

Още по-обезпокояващ е факт, че заболяемостта от социално значими хронични неинфекциозни болести в Република България е с тенденция към нарастване според национални проучвания в края и началото на XXI век. Тази тенденция вероятно ще продължи и през следващите десетилетия на века. Една от причините е демографското състояние на нацията - дългогодишният отрицателен естествен прираст на населението и неговото застаряване. Успоредно с това редица изследвания, сред които Bulgaria Heart Study 1998/99 и трите проучвания на популационно ниво CINDI Health Monitor през периода 1997-2007 по програма CINDI на Световната здравна организация (СЗО) показват, че значителна част от населението на страната ни е носител на сериозни поведенчески *рискови фактори*, които кореспондират преди всичко с болестите на органите на кръвообращението, болестите на дихателната система, раковите новообразувания, травмите и др.

Сложните и преплетени проблеми на здравето винаги са многофакторно обусловени и изискват ясна представа за подходите и времевите аспекти за тяхното решаване. Затова грижите за него влязоха в дневния ред на правителства и политици, научни форуми, международни неправителствени организации, асоциации, медии и др.

През последното десетилетие СЗО (2006) представи една нова стратегия за подобряване и повишаване здравето на обществото и борбата с хроничните неинфекциозни заболявания, основана на посоечните по-долу тези:



- Всяко широко разпространено социално значимо заболяване се дължи (изцяло или частично) на обществените и поведенческите процеси, които могат да допринесат за неговото разпространение и лечение.
- Всички поведенчески и обществени процеси подлежат потенциално на промяна.
- Успешната намеса, с която се целят обществени и поведенчески промени, може да намали значително световното бреме от заболявания, инвалидност и преждевременна смърт.
- Тази стратегия намира своята реализация чрез използване на методите за промоция на здраве, включващи повишаване на здравната култура и самомотивация на индивида за осъществяване на самоконтрол върху собственото здравно поведение като шанс за по-добро здраве.

Фокусът на промоцията на здраве е ориентиран към хората и към институциите, които биха осигурили условия за по-здравословен начин на живот. Факт е обаче, че здраве не се постига само със здравословно хранене, отказ от тютюнопушене, двигателна активност и т.н., а и чрез равновесие между тяло, ум и дух. Същността на промоцията на здраве е в осъзнаването, че те непрекъснато си взаимодействат, и че те определят отношението ни към болестта (отчаяние или пълноценно участие за оцеляване) или как да живеем. Законите за здравето (физическо, психическо и социално) са в сила само когато действат заедно. Здравето и неговите детерминанти - както на отделния индивид, така и на обществото като цяло – добива все по-голямо значение **като социално-икономически фактор, като лична и обществена ценност, право и отговорност на всеки и всички.**

Здравето в неговите многобройни аспекти се оказва пресечна точка за разрешаването на проблеми като продължителност и качество на живота, работоспособност, създаване на здраво потомство, икономически просперитет и пр. Това са и причините, поради които въпросите, свързани със здравето и ограничаването на някои от рисковите поведенчески фактори за него, застават във фокуса на внимание при реализацията на проект „ИНФОРМИРАНИ И ЗДРАВИ”, предмет на настоящата разработка.

## **АНАЛИЗ НА СЕГАШНОТО СЪСТОЯНИЕ (АНАЛИЗ НА ПРОБЛЕМИТЕ)**

### **Правна уредба**

В българското и европейското законодателството липсват документи, определящи специфични нива за прием на сол при различни популационни групи от населението или такива за влагане на сол в храни.

В националното законодателство изискванията към състава и характеристиките на солта за хранителни цели, която се предлага на потребителите, употребява се в заведенятия за обществено хранене и се влага в производството на хранителни продукти се регулират от Наредба за изискванията към състава и характеристиките на солта за хранителни цели, приета с ПМС № 23 от 2001 г. (обн., ДВ бр. 11 от 2001 г., изм. доп. бр. 96 от 2001 г.). Наредбата регламентира използване за хранителни цели само на сол, йодирана с калиев йодат (в количества, в зависимост от произхода на солта - естествена каменна сол или морска кристална сол), определени са и условията за етикетирание на солта за хранителни



цели. Наредбата е приета на основание Закона за храните, като контрола по изпълнението ѝ се осъществява от органите на държавния здравен контрол.

Наредба № 23 от 17 май 2001 г. за условията и изискванията за представяне на хранителната информация при етикетирането на храните (обн., ДВ, бр. 53 от 2001 г.; изм. и доп., бр. 41 от 2005 г. изм и доп. 74 от 2009 г.) предвижда при етикетирането на храните доброволно представяне на хранителна информация, която включва и данни за количествата на натрий на 100 g или на 100 ml от продукта. Формулирани са хранителни претенции по отношение съдържанието на натрий/сол в 100 g или на 100 ml продукт - "Храна с ниско съдържание на натрий/сол"; "Храна с много ниско съдържание на натрий/сол"; "Храна, несъдържаща натрий" или "Храна, несъдържаща сол", определени са и условията за прилагането им.

Наредба № 23 от 19 юли 2005 г. за физиологичните норми за хранене на населението, издадена от Министерство на здравеопазването (обн., ДВ. бр.63 от 2005 г.) дефинира нива за адекватен хранителен прием и горни граници за нерисков хранителен прием на натрий (г/ден), диференцирани по възраст, пол и физиологични състояния (бременност и кърмене). Физиологичните норми за хранене се използват при: определяне на националната политика по хранене на населението; оценка на индивидуалния хранителен прием и на хранителния прием на групи от населението; разработване на препоръки за здравословно хранене на индивиди и групи от населението; планиране и контрол на организираното хранене на групи от населението.

В "Препоръки за здравословно хранене на населението в България" е формулирана препоръка за прием на натрий под 2000 mg, съдържащи се в около 5 g сол на ден.

Въпросите, свързани с борбата срещу употребата на наркотици са уредени правно в поредица от нормативни документи. Основният сред тях е Законът за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите (обн., ДВ, бр. 30 от 1999 г.; в сила от 03.10.1999 г.; посл. изм. и доп., бр. 43 от 2008 г.). Този закон урежда:

1. организацията, правомощията и задачите на държавните органи, осъществяващи контрол върху производството, преработването, търговията, употребата, съхраняването, вноса, износа, транзита, пренасянето, превозването и отчетността на наркотични вещества, както и върху пускането на пазара, вноса и износа на прекурсори;

2. мерките срещу злоупотребата и незаконния трафик с наркотични вещества;

3. мерките по прилагането на Регламент (ЕО) № 273/2004 на Европейския парламент и на Съвета относно прекурсорите на наркотичните вещества, Регламент (ЕО) № 111/2005 на Съвета относно определяне на правила за мониторинг на търговията между Общността и трети страни в областта на прекурсорите и Регламент (ЕО) № 1277/2005 на Комисията за установяване на правилата за прилагане на Регламент (ЕО) № 273/2004 и Регламент (ЕО) № 111/2005;

4. научно-изследователската и експертната дейност, свързана с наркотични вещества и прекурсори.

Целта на този закон е да уреди обществените отношения, свързани с контрола върху наркотичните вещества и прекурсорите и в съответствие с изискванията на международните договори, по които Република България е страна.



Контролът върху производството, преработването, вноса, износа, транзита, търговията, съхраняването, отчетността, пренасянето, превозването, употребата и рекламата на растенията и наркотичните вещества и препаратите от приложения № 1, 2 и 3 от ЗКНВП на национално ниво се осъществява от министъра на здравеопазването. Той осъществява контрол по изпълнението на задълженията, произтичащи от международните договори, по които Република България е страна.

Контролът върху производството, преработването, вноса, износа, транзита, търговията, съхраняването, отчетността, пренасянето, превозването, употребата и рекламата на растенията и наркотичните вещества и препаратите от приложения № 1, 2 и 3 от ЗКНВП на територията на страната се осъществява от инспекторите по наркотичните вещества към регионалните центрове по здравеопазване в координация с дирекция "Наркотични вещества" на МЗ.

При извършването на своите задължения контролните органи на Министерство на здравеопазването си сътрудничат и обменят информация с останалите компетентни органи чрез национална информационна система по наркотиците при условия и по ред, определени от Министерския съвет.

През 2000 г. и 2006 г. бяха подготвени и приети промени в Наказателния кодекс, свързани с наркотиците.

В борбата с наркопрестъпленията важно значение има регламентирането на функциите, правомощията, условията и реда за изпълнение на поръчки за разследване чрез служител под прикритие, контролирани доставки и доверителна сделка. През 2005 г. в Министерство на правосъдието беше изготвен проект на Наказателно процесуален кодекс, приет от Народното събрание на 14.10.2005 г. (обн., ДВ. бр.86 от 28.10.2005 г.). В Кодекса са регламентираны контролираната доставка, доверителната сделка и разследването чрез служител под прикритие, като способи за събиране на веществен доказателствени средства.

През последното десетилетие бяха изработени и влязоха в сила поредица от подзаконови нормативни актове към Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите (ЗКНВП). Някои от по-важните от тях са:

- Наредба за условията и реда за издаване на лицензии за дейности с наркотични вещества за медицински и ветеринарномедицински цели от приложения № 2 и 3 към чл. 3, ал. 2 от Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите; приета с ПМС № 199 от 27.09.2000 г., (Обн., ДВ, бр. 81 от 6.10.2000 г., в сила от 7.01.2001 г., изм. и доп., бр. 24 от 14.03.2003 г.)
- Наредба № 21 от 12 октомври 2000 г. за изискванията към документацията и отчетността при извършване на дейности с наркотични вещества и техните препарати (Обн., ДВ. бр.86 от 20 Октомври 2000 г., изм. ДВ. бр.55 от 5 Юли 2005г.);
- Наредба № 3 от 10 януари 2001 г. за унищожаване на законно произведени, придобити и съхранявани наркотични вещества и техните препарати, станали негодни за употреба (Обн., ДВ. бр.6 от 19 Януари 2001г., изм. бр.11 от 5 Февруари 2003г., изм. бр.5 от 17 Януари 2006г.);
- Наредба № 4 от 15 януари 2001 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти (Обн. ДВ. бр.10 от 2001г., изм. бр.74 от 2002г., изм. бр. 82 от 2003 г., изм. бр.32 от 2005 г., изм. бр.34 от 2006г.);





- Наредба № 7 от 26 януари 2001 г. за условията и реда за издаване на разрешителни за внос и износ на наркотични вещества и техните препарати (Обн., ДВ. бр.11 от 2001г., изм. бр.98 от 2005г.);
- Наредба № 28 от 31 май 2001 г. за условията и реда, при които лечебни заведения, в които няма аптека, могат да закупуват, съхраняват и отпускат наркотични вещества (Обн., ДВ. бр.54 от 2001 г.).

Основен документ, който регламентира тютюнопушенето на обществени места е Законът за здравето, където в чл. 56, ал. 1 се забранява тютюнопушенето на закрити обществени места, обществения транспорт и закрити работни помещения. Алинея 2 на този член регламентира, че изключенията, при които се допуска тютюнопушене, се уреждат с Наредба на Министерския съвет. Наредбата е приета с Постановление № 329 на Министерския съвет през месец декември 2004 г. и влиза в сила от 1 януари 2005 г. В наредбата за посочени местата, при които не се допуска тютюнопушене и тези, където това е възможно в отделни помещения или в отделни зони, при наличие на вентилационни съоръжения с определени параметри. Наредба за условията и реда, при които се допуска по изключение тютюнопушене в обособени зони на закритите обществени места и на закритите работни помещения ще действа до 1 юни 2010 г., когато ще отпадне действието на ал. 2 на чл. 56. От тази дата в цялата страна ще бъде забранено тютюнопушенето обществени места, обществения транспорт и закритите работни помещения.

Изискванията към тютюневите изделия са регламентирани в Закона за тютюна и тютюневите изделия и нормативни актове към него, приети през 2004 г. и влезли в сила от 1 януари 2005 г.

Правната уредба за трудовите злополуки и професионалните заболявания се съдържа в Глава пета на Кодекса за социално осигуряване, Кодекса на труда, Закона за здравословни и безопасни условия на труд (ЗЗБУТ), Наредбата за установяване, разследване, регистриране и отчитане на трудовите злополуки, Постановление на МС № 304 от 2004 г. и Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести. За отделни икономически дейности съществуват специфични нормативни актове, напр. за строително монтажни работи - Наредба 2 от 2004 г. за минималните изисквания за здравословни и безопасни условия на труд при извършване на строително монтажни работи (ДВ 37 от 2004 г.), с която се въвеждат принципите от Директива 97/52/ЕС и се отнася за всяка инвестиционна инициатива за проектиране и строителство. За хората с увреждания се прилага и Закона за интеграция на хората с увреждания.

Станалата трудова злополука се декларира пред Териториалното поделение на Националния осигурителен институт (ТП на НОИ) в срок от 3 работни дни от узнаване на нейното настъпване.

За всяка злополука се извършва разследване от Комисия под ръководството на ТП на НОИ и задължителното участие на Изпълнителна агенция “Главна инспекция по труда” (ИА



„ГИТ“), представители на комитетите или групите по условия на труд и други компетентни органи.

Работодателят поддържа регистър на трудовите злополуки. В ТП на НОИ се съставят досиета на злополуките и се води регистър.

Контролът по спазване на нормативните изисквания за установяване, разследване и регистриране на трудовите злополуки се осъществява от контролните органи на НОИ.

Контролът по осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд и предприетите мерки за предотвратяване и намаляване на трудовите злополуки се осъществява от органите на ИА „ГИТ“.

В съответствие с Наредба 3 за службите по трудова медицина (СТМ) от 2008 год. работодателят получава съдействие от СТМ, която обслужва предприятието, при оценката на риска за здравето и безопасността при работа, избора на превантивни мерки и оценката на тяхната ефективност, формирането и приложението на фирмена политика по здраве и безопасност при работа (ФПЗБР), оценка и наблюдение на здравното състояние на работещите във връзка с условията на труд (УТ).

Основните принципи при осигуряване на безопасност и здраве при работа, въведени в националното законодателство, хармонизирано с европейското, са :

- принципът на превантивността, което означава да се предприемат действия за отстраняване/намаляване на рисковете изпреварващо, преди да са причинили увреждания на работещите или на потребителите;
- интегриране на дейностите за осигуряване здраве и бизапасност при работа в цялостната бизнес политика на фирмата и насочването ѝ към развитие на индустриалните отношения;
- фирмена политика по безопасност и здраве, базирана на оценката на риска, фирмена програма по здраве и безопасност при работа, в която системата за управление на здраве и безопасност при работа да заема водещо място, при социален диалог и участие на работещите. Основните направления на Програмата на фирмата по здраве и безопасност при работа са:
  1. разработване на вътрешни правила за безопасност и здраве при работа във фирмата;
  2. дефиниране на задълженията на длъжностните лица, работниците и служителите за осигуряване на ЗБУТ и обвързването им със степените на дисциплинарни наказания съгласно чл. 188 от Кодекса на труда;
  3. дефиниране на функциите и задачите на отделните звена в управлението на фирмата;
  4. създаване на система за информация и обучение;
  5. привеждане на работните места и работното оборудване в съответствие с изискванията на законодателството. При разработване на тази част от програмата акцентът трябва да бъде поставен на борбата с риска при източника на възникването му;
  6. осигуряване на обслужване на фирмата от служба по трудова медицина.



- формиране на позитивна мотивация за изпълнение на задълженията, регламентирани от ЗЗБУТ - не само добро познаване на съвременното законодателство, но и осъзнаване на значението на тази дейност за цялостната бизнес стратегия и икономическия просперитет на фирмата. За приложението на този принцип са необходими действия, насочени както към работодателите, така и към работещите - за придобиване на съзнание за здраве и безопасност при работа, култура за превенция, разбиране на ползите от добре функционираща система за безопасност и здраве при работа във фирмата и на персоналните отговорности, права и задължения (не само на работодателя, но и на работещите). От 2003 г. Работодателите разполагат с методични указания на Международната организация по труда за системи за управление на здраве и безопасност при работа (ILO-OSH 2001), а от 2005 год. и спецификацията OHSAS 18001 и 18002 (на базата на Британски стандарт "Система за управление на здравето и безопасността при работа"). Те нямат задължителен характер, а са практически указания, които могат да послужат като модел за изграждане на фирмена система за управление на безопасността и здравето при работа (СУБЗР). В основата им е заложен принципът за постоянното подобряване на условията на труд, както и убеждението, че доброто управление на фирмените дейности по здраве и безопасност при работа, основано на саморегулация, самонаблюдение, самооценка и подходящи мерки за подобряване, спомага във висока степен за намаляване на риска на работното място.
- първичната отговорност на работодателя за осигуряването на здраве и безопасност при работа е регламентирана в Директива 89/391/ ЕС, въведена в ЗЗБУТ;
- информирането, консултирането на работещите и съгласуването на действията по осигуряването на БЗР. На ниво фирма този принцип трябва да се прилага на всички етапи - от идентифицирането на опасностите, оценяването на риска, обучението, инструктажа, консултирането и информираността на работниците до разработването на мерките за безопасност, тяхното приложение и оценката на ефективността им.
- ТМО на работещите от служба по трудова медицина – то е с превантивен характер и има предназначението да подпомага работодателя при оценката на здравния риск, избора и прилагането на превантивни мерки, наблюдението на здравното състояние на работещите и изграждането на умения, навици и култура у работещите да опазват своето собствено здраве и безопасност като прилагат безопасна работна практика и правилата за здравословен начин на живот.

За осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд е необходимо създаване на подходяща организация на дейността по здраве и безопасност при работа в предприятията.

Движението по пътищата на пътни превозни средства и пешеходци в Република България се регулира с правилата и изискванията, записани в Закона за движението по пътищата. Правилата и изискванията са в съответствие с Конвенцията за пътното движение и Конвенцията за пътните знаци и сигнали. Търсейки пътища за ограничаване на жертвите на пътнотранспортния травматизъм както в законодателствата на Европейските държави и различни страни по света, така и у нас се въвеждат нови изисквания, като се разширява кръга от институциите, отговорни за тяхното изпълнение. Такива насоки за действия по ограничаване на жертвите на пътнотранспортните произшествия са записани в Европейската програма за подобряване на безопасността на движението по пътищата на Европа за периода



2001-2010 г., в Европейските директиви, свързани с безопасността на движението, в Националната стратегия за подобряване на безопасността на движението по пътищата на Република България за периода 2007-2010 г., в Националната стратегия за опазване на живота и здравето на децата в пътното движение 2006-2010 г. и др.

### ***Проведени проучвания, анализи и кампании през последните три години***

Сърдечно-съдовите заболявания са на първо място у нас сред причините за заболяемост и смъртност. България е сред страните в Европа с най-висока заболяемост и смъртност от сърдечно-съдови заболявания, като у нас те показват тенденция към увеличаване или запазване на високата честота, за разлика от тенденцията им за намаляване в страните от Западна Европа. По данни на НСИ, основна причина за смърт сред населението в България са болестите на органите на кръвообращението - 66.4% от общата смъртност през 2006 г. и 65.8% през 2007 г. Високата сърдечно-съдова смъртност в България, корелира с висока честота на артериалната хипертония у нас, като за лицата на възраст от 25 до 64 години честотата на артериална хипертония е 40,1 %, а за възрастта над 45 години – 50,3 %. Повишеното артериално налягане е изключително важен и с висока степен на разпространение рисков фактор за сърдечно-съдови и бъбречни заболявания, включително инсулти, коронарна болест, нарушения в сърдечната и бъбречна дейност. Повишеното артериално налягане заема първо място от всички рискови фактори като причина за смърт в световен мащаб.

Съществуват научни доказателства, че при увеличаване на хранителния прием на сол (натриев хлорид) се повишават и стойностите на артериалното налягане. В множество международни проучвания е установена връзка между прекомерната употреба на сол и последващо развитие на артериална хипертония. Екскрецията с урината на натрий над физиологичното ниво с повече от 100 mmol/дневно води до повишаване на систолното артериално налягане с 3,1 до 6 mm Hg и на диастолното с 0,1 до 2,5 mm Hg при лица на възраст 29-59 г., като тази връзка е по-изразена при възрастни лица над 40 години, отколкото при по-млади индивиди. При дългосрочно проследяване за период от 30 години се установява, че при лица с уринарна екскреция на натрий с над 100 mmol/дневно над физиологичното ниво, съществува пряка положителна корелация с по-високи стойности на артериалното налягане (12 mm Hg за систолното и 4-9 mm Hg за диастолното налягане). Авторите в това проучване правят заключението, че употребата на сол със 100 mmol дневно по-малко ще доведе при лицата на средна възраст (около 40 години) до по-ниско систолно артериално налягане (АН) с около 3-6 mm Hg и ще намали естествената крива на нарастване на АН с възрастта с 10 mm Hg.

При редукция на консумираната сол релативния риск за хипертония се намалява с 20% при или без намаляване на теглото, намалява се артериалното налягане в рамките на антихипертензивните мерки и се улеснява контрола на хипертонията. Като цяло ефектът на понижаване на налягането при редукция на натриевия прием е по-голям при индивиди на средна възраст и по-възрастни, при хипертоници, диабетици, лица с хронични бъбречни заболявания. Редукцията на консумацията на сол на популационно ниво допринася за намаляване на честотата на разпространение на сърдечно-съдовата заболяемост и смъртност и по този начин води до значително спестяване на здравни разходи. Световната здравна организация и Световният фонд за изследване на раковите заболявания препоръчват консумация на сол до 5 g дневно.



В България данните от представително за страната изследване - Национален мониторинг на храненето на населението в България, 2004 год., показват че средната дневна консумация на натрий за населението в активна възраст (18-65 год.) в зависимост от етническият произход е: при българското население - 2815 mg  $\pm$  1420 mg, за представителите на турския етнос - 3005 mg  $\pm$  1516 mg, а тези от ромски произход - 2602 mg  $\pm$  980 mg. Тези стойности съответстват на средна консумация на сол на ден както следва – за българското население от 7 g, за турското от 7,5 g и за представителите на ромския етнос от 6,5 g. При персантилното разпределение на резултатите стойностите на 95<sup>-я</sup> персантил за прием на натрий са съответно 5270 mg при българите, 5325 mg при представителите на турския етнос и 4668 mg при лицата от ромски произход, тези нива съответстват на дневна консумация на сол от – 13,2 g за българите, 13,3 g за турците и 11,7 g за ромите. Тревожен е фактът, че около 70% от изследваните лица в активна трудоспособна възраст консумират сол над препоръчаните нива от 5 g на ден (над 2000 mg натрий), като 68,8% от българското население, 73,5% от турското и 71,4% от ромското население са с прием на сол над препоръчаните нива. Данните от Националния мониторинг показват, че основни източници на сол в храненето на населението в България, са: промишлено преработените храни – хляб и хлебни изделия, месните продукти, сирената и готовите за консумация храни (супи, бульони и др.).

При проведено през 2000 г. проучване “Хранене и инсулти - Варна” е изследвана екскреция на натрий на порция от двукратни 24-часови събирания на урина през два сезона (зима и лято). Средната стандартизирана стойност на екскреция на натрий общо при двата сезонни цикъла е 246 mmol/дневно – ниво, което съответства на прием на сол с храната от 14 g на ден. Налице е изразено сезонно вариране в нивата на екскреция на натрий: по-висока през зимата – 256.6  $\pm$  94.4 mmol/дневно (прием на 14.7 g сол на ден) в сравнение с лятото – 222.8  $\pm$  77.3 mmol/дневно (прием на 12,8 g сол на ден). Най-високи стойности на екскреция на натрий са измерени през зимата при мъжете от селския район - 306.1  $\pm$  91.5 mmol/дневно (прием на 17,6 g сол на ден), а най-ниски - през лятото при жените от града - 192.3  $\pm$  70.1 mmol/дневно (прием на 11,0 g сол на ден). Тези резултати са в съответствие с разпределението по пол и местоживееене на риска от инсулти, измерен сред същата популация и през същия период - най-висока честота на мозъчни инсулти е установена при мъжете от селския регион, а най-ниска – при жените от града. Наблюдават се закономерни тенденции в модела на консумация на сол: по-висока през зимата, при селското население, при мъжете и при лицата с по-ниска степен на образование. По-висока екскреция на натрий е измерена при индивиди с наднормено тегло и затлъстяване, пушачите и употребяващите алкохол. Нивата на натрий в урината на лицата с високо артериално налягане са 3,8 пъти по-високи от максимално допустимата по международни стандарти стойност (Na < 65 ммол/дневно).

По данни от мониторинга на храненето на населението в България, 2004 год. над 10% от изследваните лица в активна възраст посоляват храната си допълнително преди да я опитат (12,3% от българите, 10,9% от турците и 15,2% от ромите), а около 35% солят храната след като я опитат, като 40,6% са с български произход, 29,7% са турци и 36% роми. По съобщени от изследваните лица данни, с установено високо артериално налягане са 33%.

Анализът на резултатите от CINDI HEALTH MONITOR за две от демонстрационните зони показват, че вредният навик да досоляват почти винаги храната си преди да я опитат имат 7,8% от анкетираните в гр. Велико Търново и 7,3% от жителите на гр. Кърджали, като делът на мъжете е почти два пъти по-голям от този на жените (съответно 10,1% срещу 5,7 %



за гр. Велико Търново и 7,3% срещу 4,1% за гр. Кърджали) и най-голям в групата 55 - 64 години (12,9%) за гр. Велико Търново, а за гр. Кърджали при изследваните лица на възраст 35-44 години (8,3%). Приблизително всеки втори (49,0%) от гр. Велико Търново и 42,9% от жителите на гр. Кърджали досоляват храната си понякога (когато не е достатъчно солена), като и в двата града тази привичка се среща отново по-често при мъжете отколкото при жените.

В рамките на дисертационен труд (К. Александрова, 2008) е извършена оценка на знанията, навиците и нагласите за промяна по отношение консумацията на сол при населението от региона на гр. Варна. Установени са негативни тенденции в навиците за хранене, предпоставка за висока консумация на сол, свързани с употребата на храни с високо съдържание на сол (хляб, сирене, консервирани храни, туршии и др.), отколкото с добавянето на сол в ежедневното хранене, липса на навици за обезсоляване на храните с високо съдържание на сол, липса на навици за проверка на етикетите на хранителните продукти поради незнание и недостатъчно адекватна информация върху етикетите. Навици за прекомерна употреба на сол са разпространени в по-голяма степен сред изследваните от селския район, мъжете, по-младите възрастови групи и ниско образованите лица. Изборът на храната според вкусовете предпочитания е един от основните фактори, възпрепятстващи намаляването на консумацията на сол, особено при по-младите възрастови групи. Хранителните навици в семейството и липсата на възможност за избор на храни с намалено съдържание на сол са други важни бариери за редуцията на приема на сол. Сред факторите, мотивиращите промяна в приема на сол на първо място са поставени страхът от заболяване и конкретните препоръки на медицински специалисти, които имат по-силно въздействие при жителите на селата и с по-ниско образование. При анализ на познанията по отношение вредата от прекомерната употреба на сол, анкетираните са посочили като основни последиствия хипертонията, бъбречните заболявания, инсултите, костните и ставни заболявания. Наред с наличието на известни познания относно заболяванията, свързани с висок прием на сол, е малък делът на лицата, които имат конкретни знания относно: механизма на въздействие на солта върху организма; формулата на солта; съдържанието на сол в храните; максималното дневно допустимо количество сол; източниците на сол в храната: подценена е ролята на индустриално-произведените храни като източник на сол. Налице са сходни тенденции в знанията и навиците за консумация на сол по социално-демографски признаци: хората от селския район и с по-нисък образователен статус имат по-ниски нива на знания. Основни източници на информация при анкетираните лица по темата за солта са медиите – телевизия, здравни списания и вестници. Сред предпочитаните източници на информация на първо място са здравните специалисти, а като форма на предаване на информация са посочени консултациите, беседите, дискусиите.

От посочените данни сава ясно, че прекомерната употреба на сол засяга над 70 % от населението в България и е почти равномерно разпределена сред градското и селско население, сред различните възрастови групи, както и сред различните етнически групи. Не са правени изследвания в отдалечени населени райони и специално върху хора с увреждания. Тази повишена консумация на готварска сол корелира с високата честота на артериална хипертония, миокарден инфаркт и мозъчен инсулт у нас.

Известно е, че ако активно въздействаме чрез немедикаментозни мерки върху рисковите фактори за сърдечно-съдови заболявания, можем да намалим риска от развитие им. Проучването MRFIT показва, че медикаментозният и немедикаментозен контрол на рисковите фактори след период на наблюдение от 7 години е довел до 7 % намаление на



смъртността от исхемична болест на сърцето. Проучването REACH OUT показва, че целенасоченото въздействие върху рисковите фактори, в това число и консумацията на сол, води само след 6 месеца до сигнификантно намаляване на сърдечно-съдовия риск, оценен чрез Фрамингамската скала. Европейските препоръки за профилактика на сърдечно-съдовите заболявания и Европейските препоръки за лечение на артериалната хипертония подчертават факта, че ограничението на приема на готварска сол чрез храната е част от здравословния начин на живот и трябва да се препоръчва както на лица с вече установени сърдечно-съдови заболявания, така и на индивиди без сърдечно-съдови заболявания.

Съществуващите данни подкрепят препоръка към общата популация за изграждане на хранително поведение и навици, свързани с намаляване консумацията на сол чрез избор на храни с ниско съдържание на сол и ограничаване добавянето на сол в храната. В “Препоръки за здравословно хранене на населението в България, 2006 г.” е формулирана препоръка за прием на натрий под 2000 g дневно, съдържаща се в 5 g сол, това количество съответства и на препоръката на СЗО, предложени са и практически подходи за редукция приема на сол.

В последните три години са проведени следните проучвания и анализи в областта на разпространението на наркотични вещества:

А) Сред населението в активна трудоспособна възраст (между 18 и 65 години)

По данни от национално проучване в края на 2008 г. 8,6 % (8,2 – 9,0 %) от възрастното население между 15 и 64 г. в страната е опитвало някакъв наркотик поне веднъж в живота си. Това означава, че поне 430 000 - 475 000 български граждани от 15 до 64 години имат минимум една употреба на наркотик през живота. В рамките на същото проучване беше регистрирано, че 16,4 % (15,6 - 17,2 %) от младите хора на възраст между 15 и 34 години в страната са опитвали някакъв наркотик поне веднъж в живота си. Това от своя страна означава, че около 335 000 - 370 000 български граждани от 15 до 34 години имат минимум една употреба на наркотик през живота си. Лесно може да се направи изчислението, че младите хора на възраст между 15 и 34 г. представляват около 70-85 % от всички лица във възрастовия диапазон 15-64 г., които поне веднъж в живота си са употребили някакъв наркотик (делът на употребилите поне веднъж някакъв наркотик на възраст 35-64 години е 2,9 %). В София делът на опитвалите поне веднъж наркотик (17,4 %) е значително по-висок от този в градовете-областни центрове (8,5 %), другите градове (6,6 %) и селата (4,4 %).

Канабисът е най-масово употребяваното незаконно вещество – поне един прием в живота си имат 7,3 % от възрастното население между 15 и 64 г. в страната (около 365 000 - 405 000) и 14,3 % от младите хора на възраст 15-34 години (около 290 000 -320 000). Изхождайки от данните вероятно около 25 000-30 000 лица са с някаква форма на интензивна употреба на канабис – повече от осем пъти през последните 30 дни. Практически всички те са на възраст до 34 години.

Като втора по размер по отношение на незаконните наркотици може да се определи групата на употребилите стимуланти, включително синтетични (амфетамини, екстази, кокаин) – всеки от тези типове вещества са били употребявани от между 1,7 и 2,1 % от възрастното население.



Групите на употребилите поне веднъж в живота си хероин или други опиати, халюциногени и летливи вещества (лепила, бронз и т.н.) са почти еднакви по размер – всички по около 0,4-0,7 % от населението 15-64 години. Прави впечатление и сравнително широката употреба на приспивателни и травквизатори най-вече сред по-възрастното население. Това са медикаменти, които не влизат в листата на забранените вещества, но са често използвани без лекарско предписание, в търсене на определен ефект.

Според данни от национално проучване 35,2 % (или около 75 000) от студентите в страната са опитвали някакъв наркотик поне веднъж в живота си. Освен това 9,2 % (или приблизително 20 000) от студентите са употребили някакво наркотично вещество през последните 30 дни преди анкетирането. Можем да ги определим като “актуално употребяващи”. Данните сочат съвсем ясно, че канабисът (и по-специално марихуаната) е най-масово използваното незаконно вещество. Поне веднъж през живота си са я употребили 32,9 % от анкетираните, или около 70 000 студенти, а през последните 30 дни - 8,6 % от анкетираните, което представлява около 18 000 студенти. Близко 1/3 от тях, или 2,6 % от всички анкетираните (около 5 000 - 6 000 студенти) декларират някаква форма на интензивна употреба – повече от пет пъти през последните 30 дни. Най-вероятно преобладаващата част от тях са ежедневни пушачи на марихуана.

Като втора по размер по отношение на незаконните наркотици може да се определи групата на употребилите синтетични стимуланти - тук става дума предимно за амфетамини и вещества от типа на екстази. Употребилите поне веднъж в живота си екстази са 8,4 %, а 1,5 % са го направили през последните 30 дни; по отношение на амфетамините дяловете са съответно 6,5 % и 1,3 %. В обобщение ще посочим, че 10,5 % от анкетираните са употребили поне веднъж в живота си амфетамини и/или екстази (приблизително 22-23 000 студенти). Все пак според изследването данни за употреба повече от пет пъти през последните 30 дни (което според работната дефиниция на EMCDDA може да се възприеме като признак за проблемна употреба) има за около 0,3 % от анкетираните, което отговаря на не-повече от 1 000 студенти в страната.

Прави впечатление леко увеличаващата се употреба на кокаин. Проучване сред младите хора в гр. София през 1999 г., имаща за обект почти същата възрастова група показва употреба някога през живота при 2,6 %, а през последните 30 дни - при 0,7 % от анкетираните. Изследването през 2006 г. вече показва съответно 4,9 % и 1,2 %. Интерес представлява и още една тенденция, доловена в проучването – с приближаването на края на следването все повече студенти са опитвали дрога и все по-малко от тях продължават да го правят.

Национално представително проучване “Употреба на алкохол и други наркотици в българските училища (9-12 клас)”, осъществено през 2007 г. от Национален фокусен център за наркотици и наркомании, Националният център по опазване на обществено здраве и Институт за маркетингови изследвания GfK България по методиката на Европейски училищен изследователски проект за употреба на алкохол и други наркотици (ESPAD) за пореден път показва, че най-масово употребяваното вещество е канабисът във всичките му разновидности – близо една трета (30,3 %) от анкетираните ученици (при предходното аналогично проучване през 2003 г. - 27,1 %) най-малкото са опитали някога в живота си марихуана или хашиш. Това отговаря на около 105-110 000 днешни ученици между 9 и 12 клас (през 2003 г. - 90-95 000). Следват амфетамини (9,0 % или около 30-33 000, през 2003 - 2,0 %), екстази (7,5 % или около 25-28 000, през 2003 - 2,5 %), кокаин (4,7 % или около 15-





18 000, през 2003 - 1,6 %), транквиланги и седативи (3,8 % или около 12-15 000, през 2003 - 2,1 %) и т.н.

Два факта правят най-силно впечатление – почти двойното повишаване между 9 и 12 клас на дела на тези, които са употребили канабис, и вероятно най-вече марихуана (от 22,9 % до 38,9 %) и на амфетамини (от 6,6 % до 12,1 %), Увеличаване на дела между 9 и 12 клас се забелязва и по отношение на екстази и кокаин. При всички вещества делът на употребилите се е увеличил в сравнение с 2003 г. (най-много при амфетамините – от 2,0 на 9,0 %). Единственото изключение е при летливи вещества, при които има ясно намаление на дела на опиталите през последните 4 години. Това обаче като че ли по-скоро коригира известни отклонения, получени при предишното проучване. Трябва да се отбележи, че става дума предимно за експериментална или минала употреба. Обработката на данните показва, че около 4 % от всички анкетиранни, или приблизително 1/7 от употребявалите някога канабис са имали сравнително по-честа употреба през последните 30 дни – повече от 5 пъти. Това означава, че около 15 000 днешни ученици в България сравнително често пушат марихуана. Наблюденията сочат, че канабисът все повече се утвърждава като дрога за развлечение. Освен това все по-осезаемо се забелязва проникването на амфетамини, екстази и дори кокаин като едни от основните вещества при развлечения. Според други проучвания героинът пък е най-масово употребяван сред зависимите.

Като обобщение трябва да се каже, че през 2007 г. 33,2 % (или точно една трета) от учениците от 9 до 12 клас в България са опитали поне веднъж в живота си някакво незаконно наркотично вещество. Преведено в абсолютни числа това означава около 115 000-120 000 днешни средношколци са със някакъв опит с каквото и да е незаконно наркотично вещество. При това този дял се покачва значително при горните класове. В 9 клас такъв опит има приблизително всеки четвърти, в 12 клас обаче двама от всеки пет вече е опитал нещо – предимно марихуана и канабис.

В края на 2006 г. в София беше проведено ученическо проучване под наслов „Изследване за живота и условията на живот на младите хора в Европа”. То беше част от международната програма „Младежта в Европа” в рамките на проекта „Европейски градове срещу наркотиците” (ЕСАД). В проучването участваха градовете Вилнюс, Каунас и Клайпеда (Литва), Осло (Норвегия), Рейкявик (Исландия), Рига (Латвия), Санкт Петербург (Русия), София (България) и Хелзинки (Финландия). В София събирането на данните протече в периода 8-19.11.2006 г. Бяха обхванати 5181 ученици от гимназиалния курс (9-13 клас) от 262 паралелки в 99 училища. Проучването беше осъществено от Превантивно-информационен център по проблемите на наркоманиите – София, с помощта на Националния фокусен център за наркотици и наркомании и партньори от различни столични общини. Анализите в международното проучване маркираха няколко извода, които са показателни в сравнителен план:

- сред сравняваните 9 града учениците в София са на първо място по признака “напиване поне веднъж през последните 30 дни” (33,8 %);
- измежду сравняваните 9 града учениците в София са на второ място по признака “ежедневно пушене на тютюн” (32,6 %);
- измежду сравняваните 9 града учениците в София са на второ място по употреба на канабис поне веднъж в живота (27,3 %);



- най-често споменаваните места за пиенето на алкохол понякога или често сред учениците в София са: в чужди домове (48,1 %), в клубове/дискотеки/барове (44,0 %) или другаде навън (41,2 %).

В рамките на същото проучване бяха заложени индикатори, с които да се проследи влиянието на 3 основни сфери в живота на младия човек: семейството, училището и приятелския кръг. Бяха открити някои елементи, които наистина биха могли да се определят като рискови фактори на социално ниво. В рамките на семейството такива са например липсата на достатъчно контакти с родителите и на контрол от тяхна страна, без това да означава тотален или полицейски контрол. Данните сочат, че относителният дял на употребилите някакъв наркотик през живота си сред тези, които почти никога не прекарват част от свободното си време в почивните дни с родителите си е близо три пъти по-висок от този сред учениците, които много често споделят свободното си време със семейството. От друга страна дялът на употребилите нещо в живота си сред младите, които са били извън дома след полунощ поне веднъж през последната седмица е два пъти по-висок в сравнение с тези, които не са били. В училищната сфера неудовлетвореността на младия човек от учението и неразбирателството с учителите може да бъдат определени като такива рискови фактори – например дялът на употребилите нещо в живота си сред учениците, които твърдят, че ученето им е безсмислено е два пъти и половина по-висок в сравнение с тези, които не мислят така. А в приятелския кръг най-силно действащият рисков фактор е употребата на психоактивни вещества от страна на приятелите – влиянието се изразява например с шесткратно по-висок дял опитали сред тези, чиито приятели пушат марихуана. По отношение и на трите сфери не става дума за причинно-следствена, а за корелационна връзка, а изводите са не толкова изчерпателни, колкото ориентировъчни.

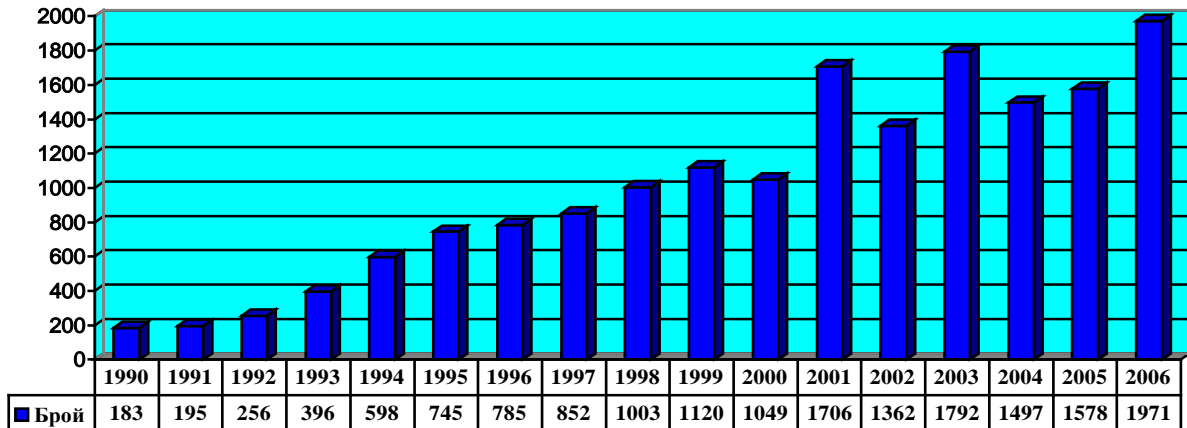
Малко под 2/5 (38,5 %) от лишените от свобода в България са употребявали наркотици поне веднъж в живота си. Най-често използваните вещества са марихуана и героин. Данните показват, че близо 1/3 от лицата са употребявали някога марихуана, около 1/4 са употребявали героин, а повече от 1/5 са посягали към кокаина. Много малка част от затворниците са се ограничили до еднократна употреба на който и да е от наркотиците. До 16-17 % достига дялът на лицата лишени от свобода, употребявали наркотици през последната година, като в повечето случаи употребата е била многократно. Дялът на затворниците, които са употребявали някакво наркотично вещество през последните 30 дни е 10,5%. Многократната употреба в рамките на последния месец се ограничава до максимум 2,4% от затворниците. Най-често се употребяват марихуана, героин и екстази. Може да се каже, че по-често героин употребяват лицата с по-ниско образование, като в повечето от случаите употребата е многократно (повече от 5 пъти) в рамките на месеца. При лицата с по-високо образование преобладава употребата на екстази и марихуана, в повечето случаи употребата е многократно в рамките на последния месец. Най-голям е дялът на затворниците, които са започнали употребата на наркотици с марихуаната (21,6%).

Сборната оценка за броя на проблемно употребяващите героин в България е между 20 000 и 30 000. Многогодишните данни показват, че в България героинът е вещество, което е най-силно свързано с проблемната употреба на наркотици (над 90 % от търсилите лечение в специализираните звена са го посочили като основно вещество).

По данни от националната здравна статистика през 2007 г. през специализираните стационарни лечебни заведения в страната са преминали 1966 пациенти с диагноза “Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на други психоактивни вещества” (Фиг. 1).



Брой постъпили болни с психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на други психоактивни вещества (МКБ 10 код f11- f19) в стационарите на психиатричните заведения в страната през периода 1990-2006 г.



Източник: Национален център за здравна информация

Броят на новорегистрираните през 2007 г. ХИВ-позитивни в България е 114 души, от които 95 мъже и 19 жени. По път на инфектиране се очертават две особено уязвими групи: 36% от новорегистрираните са лица, употребяващи интравенозно наркотици и 24% от всички новооткрити ХИВ-позитивни са мъже, които са съобщили, че са имали сексуални контакти с мъже. Запазва се тревожната тенденция да се откриват нови ХИВ-позитивни интравенозни наркомани. От 1986 г. до 22 ноември 2007 г. общият им брой достигна 105 души.

Според официалната статистика през 2008 г. от причини, свързани с употребата на наркотици в България са починали общо 74 лица. Броят на починалите мъже -56 е три пъти по-висок от този на жените -18.

#### Б) Сред уязвими групи население

##### Хора с увреждания

Няма данни за специално проведени проучвания или анализи във връзка с употребата на наркотици сред групи хора с увреждания (на слуха, на зрението или други) в страната през последните три години. Основната причина за това е липсата на надеждни сигнали и данни за наличие на специфични проблеми, свързани с наркотиците сред тези групи хора.

##### Малцинствени етнически групи

Няма данни за специално проведени проучвания или анализи във връзка с употребата на наркотици сред български граждани от турски произход в страната през последните три години. Основната причина за това е липсата на надеждни сигнали и данни за наличие на специфични проблеми, свързани с наркотиците сред тези групи хора. Що се отнася до български граждани от ромски произход – също няма данни за специално проведени проучвания или анализи във връзка с употребата на наркотици сред тях в страната през последните три години. Все пак трябва да се спомене, че през 2003 г. беше осъществено специално проучване сред младото ромско население в страната. То беше продиктувано от



известно раздвояване на картината при ромското население – от една страна имаше индикации за леко увеличаване на проблемната употреба (в София и няколко по-големи града), от друга – данни от изследвания говореха за сравнително по-слабо разпространение на експерименталната употреба на незаконни наркотични вещества сред ромите в цялата страна, отколкото сред младото българско население като цяло. Общото впечатление от данните за употреба на незаконни наркотични вещества наистина сочеше не особено сериозно разпространение на явлението сред ромското население. Трябваше да се има предвид типът на изследването и характера на проблемната област – такъв тип изследвания практически не могат да “хванат” проблемната употреба и дори немалка част от употребата за развлечение. Все пак информацията даде добра ориентация за експерименталната употреба, а това не е малко за успешното планиране и реализиране на каквато и да е превантивна дейност. Данните показаха, че сред ромите сравнително най-често са били употребявани летливи вещества (лепила, разредители, бронз и т.н.) – 2,7 % са ги използвали поне веднъж в живота си. Следва канабисът – 2,0 % най-малкото са опитали някога в живота си марихуана. Употребата на всички останали основни наркотични вещества на българския пазар е в рамките 0,6 – 1,6 %. Тук трябва да се отбележи отново, че става дума предимно за експериментална употреба, докато според редица други проучвания и наблюдения хероинът е най-проблемното вещество и сред ромското население. Като обобщение трябва да се каже, че според данните от проучването приблизително 5 % (или всеки двадесети) от изследваните млади роми бяха опитали поне веднъж в живота си някакво незаконно наркотично вещество. Освен това данните показват, че всеки четвърти (26,1 %) не може да прецени дали притежава достатъчно познания за въздействието на наркотиците върху човешкия организъм. Приблизително всеки осми (12,2 %) потвърди, че не знае какво означава понятието “наркотик” – това е контурът или на силно десоциализирана група население, или на група със свой специфичен субкултурен жаргон, отдалечен от официалната терминология. Всъщност възможни са и двете тълкувания, както и някое друго. Съотношението “достатъчно”/”недостатъчно” информирани сред останалите анкетирани (по тяхна самооценка) е приблизително 1 : 2. Най-общо казано сред ромското население преди шест години по-скоро не е достигала информация за наркотиците, отколкото обратното. Още повече, че ако се има предвид и посочените по-горе групи поне половината от младото ромско население няма (или в най-добрия случай има недостатъчно) информация относно въздействието на наркотичните вещества. Извън социологическото проучване данните от информационната система за търсенето на лечение показват, че през 2008 г. 8,7 % от потърсилите лечение във връзка с употреба на наркотици в страната са били роми. Ако се потърси сравнение с предишни години ще се види, че през 2007 г. този дял е бил 6,9 %, през 2006 г. – 5,3 %, през 2005 г. – 7,5 %. Тези данни показват, че през последните години ромите са били между 5 и 9 % от всички потърсили лечение във връзка с употреба на наркотици в страната, с лека тенденция към увеличение. Информацията от 2008 г. сочи също, че всички роми са били на хероин, а малко над 70 % са били инжектиращи.

#### В) Сред населението в отдалечени райони на страната

Няма данни за проведени проучвания или анализи във връзка с употребата на наркотици сред населението в отдалечени райони на страната през последните три години. Основната причина за това е сравнително ниският дял млади хора в тези райони, което ги прави по-слабо привлекателни за развитие на черен пазар за наркотици, а оттам – и по-слабо рискови по отношение на разпространение на употребата им.



## Проведени кампании през последните три години

### А) След населението в активна трудоспособна възраст (между 18 и 65 години)

Кампаниите сред общото население са насочени преди всичко към младите хора на възраст 15-34 г., в т.ч. и особено към учениците. Причината за тази ориентация е фактът, че употребата на наркотици в България продължава да бъде свързана предимно с младите хора – проучвания сочат, че младежите на възраст между 15 и 34 г. представляват около 88-90 % от всички лица във възрастовия диапазон 15-60 г., които поне веднъж в живота си са употребили някакъв наркотик. Тези данни напълно съответстват на дългогодишните наблюдения на специалистите.

През есента на 2006 г. Министерството на образованието и науката стартира национална информационна кампания за превенция срещу употребата на наркотици от подрастващите. В продължение на месец в ефира на националните телевизии и радиа у нас е излъчван клип, който информира за социалния проблем и апелира към обществеността за обединяване на усилията за предпазване на българските деца от риска да станат наркозависими. „Започнеш ли, животът свършва” беше посланието на кампанията. Освен от ефира на електронните медии то достигаше до подрастващите и в училищата. В тях МОН разпространяваше брошури, които представяха проблема по достъпен за подрастващите език.

Провеждането на информационни и медийни кампании е сред ключовите дейности, организирани в областта на наркотиците на национално и местно ниво. Тук се включват най-често:

- публикуване на материали в централни и месечни печатни издания, ТВ и радио
- репортажи за проблема „употреба на наркотици”;
- поддържане на интернет страници;
- провеждане на пресконференции.

През 2009 г. стартира Проект „Изграждане на българска информационна линия за наркотиците”, който се изпълнява от екипа на Асоциация за рехабилитация на зависими „Солидарност”. Насловът на проекта е: „Запознай се с наркотиците, за да не ги обикнеш!”.

Организаторите се обръщат към потенциалните потребители със следния анонс: „В нашата работа със зависими и техните родители и близки често срещаме въпроси и мнения от рода на „Наркоманията не се лекува”, „Марихуаната причинява ли зависимост?”, „Каква детоксификация може да се направи и къде?”, „Как мога да тествам детето си за наркотици?”, „Болест ли е зависимостта?”, „Амфетамините създават ли зависимост?”... Тези и подобни въпроси са помогнали да се разбере, че в нашето общество има нужда от достоверна информация за наркотиците, техните ефекти и рисковете от употребата им, както и от актуални сведения за това къде може да се намери помощ за зависимите. Според самооценката на организаторите информационната линия за наркотиците е първата по рода си в България и има следните силни страни:

- анонимност – всеки може да се обади на горещия телефон или да използва чат, e-mail и форум, за да контактува без риск от разкриване на самоличността и без страх от осъждане;



- достъпност – достъпът е 24 ч. в денонощието - работното време на екипа е от 9 до 19 ч., а през останалите 14 часа може да се види информация на уебсайта или да се прослушат записите от „горещия” телефонен секретар с автоматично набиране;
- обективност – експертите не взимат страна „за” или „против” употребата на наркотици, а подпомагат избора и намирането на отговори на трудни, понякога болезнени въпроси;
- професионализъм – екипът се състои от професионалисти, които са обучени да работят в полето на зависимостите.

Проектът „Изграждане на българска информационна линия за наркотиците” се финансира от програма МАТРА на Министерството на външните работи на Кралство Холандия. Партньори в проекта са: Тримбос Институт – Холандия, Национален център по наркомании – София, Превантивно-информационен център по проблемите на наркоманиите – София и Мобилтел ЕАД.

В някои населени места също се откриват телефонни линии, предназначени за консултиране на млади хора, но засега не са осигурени възможности за изграждане на национална гореща телефонна линия, въпреки че се полагат системни усилия в тази посока.

В много от областните центрове и общините в България се работи по общи превантивни програми, част от които са:

- „Превенция и анти-агресия I-V клас” - Фондация „Индекс” под методическото ръководство на НЦН – София, Кюстендил, Кърджали, Пазарджик, Перник, Силистра, Сливен, Смолян, Враца, Ямбол, Плевен, Бургас, Благоевград;
- Проект ”Младежта в Европа – Програма за превенция на употребата на наркотици” към Европейските градове срещу наркотиците ЕСАД - Бургас, Перушица, Пловдив, Силистра, Сливен, София, Варна, Враца;
- Обществена програма за превенция употребата на наркотици в училище и утвърждаване здравословен начин на живот сред младите хора - 8-12 клас – София, Благоевград, Варна, Враца, Кюстендил, Силистра;
- Програма за обучение на младежки лидерски екипи по младежки проект „Подай ръка – връстници обучават връстници” – превенция на употребата на алкохол, цигари и наркотици – София, Бургас, Пловдив, Силистра.

Проект „Обществена програма за превенция на употребата на наркотици в училищата” беше разработен от Тримбос Институт – Кралство Холандия и реализиран с негова подкрепа. Проектът е финансиран по Програма МАТРА/КАР на Министерството на външните работи на Кралство Холандия. Той е насочен към разработването на ясна, ефективна и последователна обществена програма за превенция на употребата на наркотични вещества в средните училища, като се използва опитът и стандартите, разработени в рамките на проекта „Европейски училища, утвърждаващи здраве”, финансиран от Европейската комисия и реализиран на територията на Европейския съюз. Основна цел на проекта е въвеждането на програма по здравно образование, приложима в средните училища в страната, като се използват най-успешните европейски практики. В дългосрочен план проектът цели намаляване на рисковото поведение на младите хора и повишаване на общественото съзнание относно необходимостта от превръщането на



училището и района около него в среда, утвърждаваща принципите за здравословен начин на живот.

Сред проектите, реализирани на местно ниво през последните години могат да бъдат споменати:

- Превантивно информационният център – София, Националният център по наркомании и Националният фокусен център участват в проект „Младежта в Европа - Програма за превенция на употребата на наркотици“. Проектът е петгодишен, инициран от организацията Европейски градове срещу наркотиците. Целта е да се извърши сравнение на превантивни стратегии, които се прилагат в различни европейски столици и да се търсят най-добрите практики за превенция на употребата на наркотици;

- Съвместно с неправителствени организации от града Превантивно-информационен център – гр. Ямбол участва в провеждането на следните проекти: „Изграждане център за семейно консултиране и подкрепа на семейства в риск“, „Не убивай себе си, помогни на другите като кажеш стоп на дрогата“ - връстници обучават връстници;

- В Пазарджик беше осъществено обучение на младежи – лидери за участие в бъдещи превантивни кампании. Участие взеха 12 представители от Професионална гимназия „Аксаков“ и клуб „Здраве“ от Математическа гимназия. По-нататък обучените младежи – доброволци взеха активно участие в превантивната дейност;

- В Русе беше реализирана програмата „Личностна и социална компетентност“. От началото на учебната 2006/2007 г. 3-годишна превантивна програма в областта на наркоманиите стартира с пилотно училище ОУ „Братя Миладинови“. За целите на обучението 2 паралелки от 5 клас са разпределени в 4 по-малки групи. В рамките на учебната година с всяка група поотделно са проведени по 10 занятия, съчетаващи адекватни на възрастовите специфики на участниците форми на изпълнение – лекции, дискусии, игри (симулационни, поведенчески, дидактични), както и практикуване на умения чрез преживяване. През следващата учебна година в програмата се включват всички 3 паралелки пети клас. Основен елемент от програмата е и обучение на част от педагогическият колектив на училището под формата на презентационен материал с последващо обсъждане и дискусии;

- Областният съвет по наркотичните вещества в Силистра стартира съвместно с „Консултантски клуб за гражданско образование“ и „Център за ученическо техническо и научно творчество“ проект „Обичам те, обичай се и ти!“. Проектът е финансиран от ДАМС. Основната цел е чрез обединяване усилията на неправителствени организации, институции и медии да се ограничи употребата на алкохол, цигари и психо-активни субстанции сред деца и младежи. Конкретната цел е чрез методи и техники на неформално образование да бъдат мотивирани и обучени 30 младежи, които да извършват превантивна работа по линия на неразпространение на употребата на алкохол, тютюн и психоактивни вещества. В рамките на проекта чрез интерактивни методи тези младежи проведоха обучения на по-малки деца и връстници, в това число младежи в неравностойно положение (от различните етноси и различно социално положение), за опасностите от зависимостите и начините за предпазване от тях;

- През 2007 г. с решение на Управителния съвет на Фонд "Социално подпомагане" са отпуснати финансови средства за реализиране на проект "Не на дрогата" на Сдружение с нестопанска цел "Изток Запад" в гр. Видин. Целта на проекта е ограничаване



разпространението и злоупотребата с наркотични вещества и неблагоприятните здравни и социални последици от нея за подрастващото поколение в региона, чрез изготвяне на програма за превенция на злоупотребата с психо - активни вещества и на базата на ефективно взаимодействие и сътрудничество между държавните власти, местните власти, частния бизнес, неправителствените организации и гражданското общество. Целева група на проекта са ученици от 12 клас от областите Видин, Враца и Монтана.

Други превантивни проекти, осъществявани само в отделни градовете в страната са: „Тийнейджъри, ангажирани в превенцията на рисковото поведение” - международен превантивен проект - България, Франция, Италия – гр. Монтана; Be aware with the drug addiction – USIS/САЩ, гр. Пловдив; Don’t give up – програма МАТРА/КАР – гр. Пловдив; Работа на полицията в училищата „Детска полицейска академия” – гр. Силистра, и др. Една от рисковите групи, които са обект на селективна превенция е тази на децата и подрастващите. Поради тази причина ключово направление на работа на национално ниво е осигуряването на възможности за тяхното консултиране и подкрепа. В тази посока Държавната агенция за закрила на детето (ДАЗД) осигурява постоянно действаща интернет – рубрика (клуб „Тийнейджър”). На адреса на клуба всеки може да постави въпросите, които го интересуват и да получи професионално и компетентно мнение. Към Клуб “Тийнейджър” се обръщат както подрастващи, така и родители, учители, граждани. Писмата най-често са свързани с информиране за възможностите за лечение на деца, зависими от наркотични вещества. ДАЗД продължава да поддържа на Интернет страницата си подробна информация с телефоните и адресите на заведения, които предлагат помощ – лечение и рехабилитация на лица, зависими от психоактивни вещества, както и данни за неправителствени организации, работещи по проекти за превенция употребата на наркотични вещества. През 2007 г. цялостно се обнови рубриката “Превенция на наркоманиите” в Интернет - страницата чрез обособяването на 2 специализирани модула - “Информация за родители” и “Информация за тийнейджъри”, както и публикуването на брошурата на Службата на ООН за наркотиците - “Наркотиците под международен контрол”. То се осъществи в тясно взаимодействие и сътрудничество със Столичния превантивно-информационен център по наркомании и регионалния офис на Службата на ООН по наркотиците.

#### Б) Проведени кампании сред уязвими групи население

Няма данни за специално проведени кампании във връзка с употребата на наркотици сред групи хора с увреждания (на слуха, на зрението или други) в страната през последните три години. Основната причина за това е липсата на надеждни сигнали и данни за наличие на специфични проблеми, свързани с наркотиците сред тези групи хора.

Няма данни за специално проведени кампании във връзка с употребата на наркотици сред български граждани от турски произход в страната през последните три години. Основната причина за това е липсата на надеждни сигнали и данни за наличие на специфични проблеми, свързани с наркотиците сред тези групи хора. Що се отнася до български граждани от ромски произход – през 2007 г. във Варна бяха предприети пакет от интервенции по селективна превенция на високо рискови групи с акцент върху превенция на употребата на психоактивни вещества сред подрастващите и семействата в риск. На практика бяха обхванати около 2730 лица от ромския етнос, с допълнителен фокус върху превенция на HIV/СПИН. В София, Пловдив и Бургас бяха разработени и стартираха аутрич мобилни кабинети и дроп-ин центрове, специфично насочени към роми. В Перник стартира реализирането на проект ”Не оставяй да те заблудят... научи истината за ХИВ/СПИН”, финансиран от УНИЦЕФ. Целевата група са деца и младежи от ромски произход (VII и VIII





кл.) от IX ОУ “Темелко Ненков”, V СОУ “П.Р.Славейков”, VI СОУ “Св.Св.Кирил и Методий”, както и бенефициентите на читалище “Рома” и читалище “Рудничар”. Целта на проекта е децата и младежите от целевата група да повишат нивото на знанията си относно превенцията и начините на предаване на ХИВ/СПИН и да променят нагласите си относно рисковото поведение, включително по отношение на наркотиците.

Няма данни за проведени кампании във връзка с употребата на наркотици сред населението в отдалечени райони на страната през последните три години. Основната причина за това е сравнително ниският дял млади хора в тези райони, което ги прави по-слабо привлекателни за развитие на черен пазар за наркотици, а оттам – и по-слабо рискови по отношение на разпространение на употребата им.

Тютюнопушенето е с уникално значение от гледна точка на неговото настоящо и прогнозирано в бъдещето влияние върху глобалната смъртност на населението. Ако настоящата възходяща тенденция се запази, броят на жертвите от тютюнопушене ще се увеличи неколкостратно и ще достигне до 10 милиона годишно, твърдят CJL. Murray and AD Lopez.

Тютюнопушенето е поведенчески фактор с изключително неблагоприятни здравни последици. Натрупаните научни данни посочват, че тютюнопушенето и пасивното пушене са пряк или косвен фактор за заболяемост и смъртност при повече от 25 вида заболявания. То има изключително голямо значение за възникването и по-тежкото протичане на най-сериозните и най-широко разпространение заболявания с обществена значимост като:

- онкологичните заболявания и по-специално рака на белите дробове, устата, устната кухина и фаринкса, хранопровода и ларинкса, трахеята и бронхите;
- сърдечно-съдовите заболявания - хипертонията, исхемичната болест на сърцето, мозъчно-съдовата болест и атеросклерозата. Рискът от сърдечни заболявания при пушачите е от 1.5 до 3 пъти по-висок, а вероятността за мозъчни инсулти при пушачи е от 2 до 4 пъти по-голяма. Опасността нараства с увеличаване на интензитета на пушенето;
- хроничните неспецифични белодробни заболявания (хроничен бронхит, хронична обструктивна белодробна болест, астма и др) и емфизема, като причинява 75% от заболяемостта и 80% от всички умирения при тези заболявания.

Тютюнопушенето причинява икономически загуби, както на пушачите и техните семейства така и на цялото общество.

Относителният дял на умиренията на мъжете от всички причини, дължащи се на тютюнопушенето е най-голям във възрастта 45-64 години, където той е 44% (фигура 1). Висок е този дял и във групите 35-44 години (28%) и над 65 години (25%).

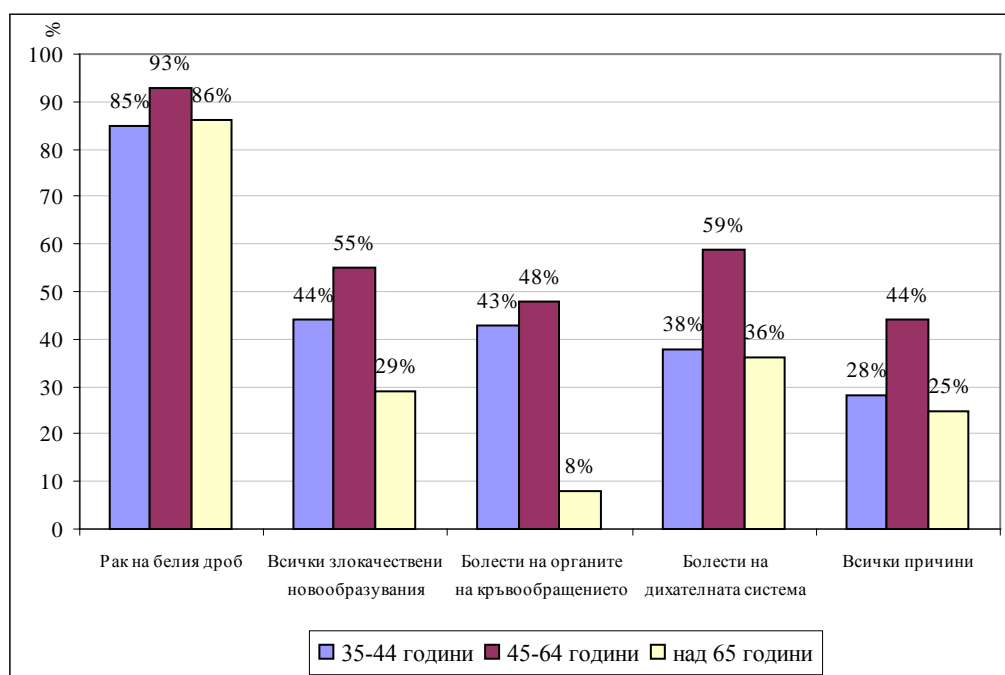
Най-висок е относителният дял на умиренията от рак на белия дроб в сравнение с други класове болести или нозологични форми. Във възрастовата група 45-64 години той достига до 93%, т.е. в тази възрастова група 93% на смъртните случаи от рак на белия дроб се дължат на тютюнопушенето. За възрастовите групи 35-44 години и над 65 години този процент е 85% и 86%.



Високият принос на тютюнопушенето за смъртността от рак на белия дроб влияе и за големия относителен дял на смъртните случаи общо от всички злокачествени новообразувания. Този дял достига 55% в групата 35-44 години и 44% в групата 35-44 години.

Висок е относителният дял на смъртните случаи от болести на органите на кръвообращението, дължащи се на тютюнопушенето - в групите 35-44 и 45-64 години, той е съответно 43% и 48%, т.е. почти всеки втори смъртен случай от болести на органите на кръвообращението се дължи на тютюнопушенето (Фиг.2).

**Относителен дял (%) на умираанията на мъжете, дължащи се на тютюнопушенето по възрастови групи**



Делът на умираанията на жените от всички причини, дължащ се на тютюнопушенето е по-нисък от този на мъжете и е 8% в групата 45-64 години и 5% в групата 35-44 години. По-ниски са и относителните дялове на умираанията, дължащи се на тютюнопушенето от избраните причини.

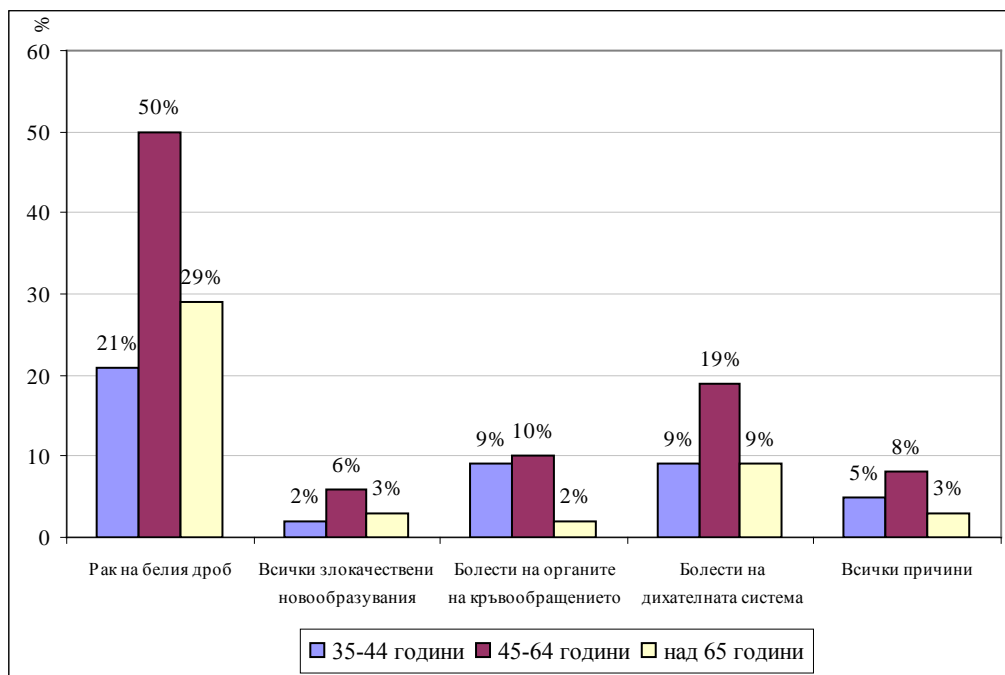
И при жените, както и при мъжете делът на умираанията от рак на белия дроб, свързани с тютюнопушенето по възрастови групи е най-голям в сравнение с останалите болести. За възрастовите групи 35-44, 45-64 и над 65 години, той е съответно 21%, 50% и 29%, т.е. при жените на възраст 45-64 години всеки втори смъртен случай от рак на белия дроб се дължи на тютюнопушенето.

По отношение на приноса на тютюнопушенето в смъртността от болести на органите на кръвообращението, данните показват, че при възрастовите групи 35-44 и 45-64 години, той е съответно 9% и 10%, т.е. в сравнение с мъжете, делът на смъртните случаи дължащи се на тютюнопушенето е значително по-нисък.

Прави впечатление сравнително високият дял на смъртните случаи от болести на органите на дихателната система, дължащи се на тютюнопушенето при жените на възраст 45-64 години, където той е 19%, т.е. една на всеки пет жени (Фиг. 3).



## Относителен дял (%) на умираяните на жените, дължащи се на тютюнопушенето по възрастови групи



От Втората световна война насам, но особено през последното десетилетие, консумацията на цигари на глава от населението в България се е утроила, достигайки едно от най-високите нива на глава от населението в целия свят: 2702 броя на човек за една година през 2005 г. (2). Ако приемем средна цена от 2 лева за кутия цигари у нас, това прави около 2,5 млрд. лева разходи на българското население за цигари на година. (Табл. 1.)

Потребление на цигари в някои страни от Югоизточна Европа (2000 г.)

№	Страна	Година	Брой цигари на глава от населението
1.	Албания	2000	744.06
2.	Босна и Херцеговина	2000	1244.01
3.	<b>България</b>	<b>2000</b>	<b>2792.60</b>
4.	Хърватия	2000	1736.68
5.	Румъния	1997	1392.63
6.	Сърбия и Черна гора	-	-
7.	Македония	2000	1794.36

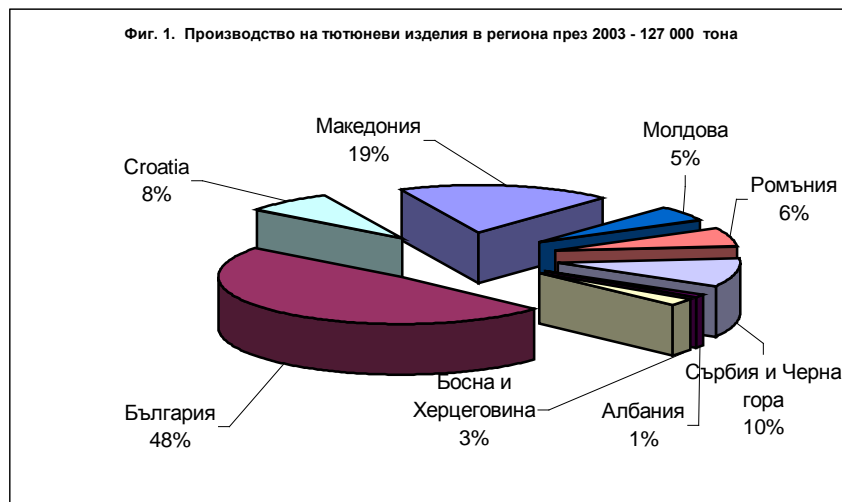
Източник: WHO, Regional Office for Europe EHFA, 2003.



По данни на СЗО в световен мащаб се наблюдават противоположни тенденции в броя на пушачите по региони. В Западна Европа и САЩ техният брой намалява, докато в Източна Европа, Азия, Южна Америка и Африка нараства. Установява се обратнопропорционална взаимовръзка между степента на икономическо развитие и потреблението на цигари. Тревожни са данните, че около 30% от лицата на възраст 15-18 години в Европа пушат, а за България – 38% (2005 г.).

По отношение на разпределението по пол прави впечатление, че средно за Европа момчетата пушат повече от момичетата, докато в България – обратно, при уговорката, че статистическите данни, макар и получени при анонимни анкети, може и да се различават от реалността, поради възможността някои от анкетираните да не са дали верни отговори. Като важни причини за нарастването на броя на пушачите, особено при юношите, могат да бъдат посочени относително ниските цени на цигарите, предлагането на контрабандни цигари на дъмпингови цени, неспазването на забрана за продажба на цигари на непълнолетни, недостатъчната активност на семейството и училището като основни фактори в борбата срещу тютюнопушенето.

България е водещ производител на тютюневи изделия в района на Балканите (Фиг.4).



В България по официални статистически данни се заделят около 4,3% от брутният вътрешен продукт за здравеопазване. В същото време населението харчи за цигари сума, възлизаща на 4,5% от БВП (2005 г.).

Данните от проведени епидемиологични проучвания Bulgaria Heart Study 1998/99, трите проучвания на популационно ниво CINDI Health Monitor през периода 1997-2007 по програма CINDI на СЗО, Национално проучване на факторите на риска за здравето (2007 г.) показват изключително неблагоприятни тенденции в разпространението на тютюнопушенето и честотата на заболяемостта и смъртността от свързаните с него заболявания.

Данните от представително за страната национално изследване проведено през 1998/9 г. сочат:



- висок дял на пушачите в млада възраст (< 45 години - над 55.0% за двата пола в най-големите градове на страната – София, Пловдив, Варна;
- пушачите намаляват в групата след 55 години над 2 пъти ( $p < 0.001$ ). (Табл. 2)

**Честотно разпределение на тютюнопушенето по пол и възрастови групи**

Пол:						Общо
	25-34 г.	35-44 г.	45-54 г.	55-64 г.	65-74 г.	
<b>Мъже</b>						
Настоящи пушачи*	115	112	75	44	23	369
%	58.7	53.6	37.9	23.0	13.5	38.3
Бивши пушачи	30	42	60	55	68	255
%	15.3	20.1	30.3	28.8	40.0	26.5
Непушачи	47	54	61	88	77	327
%	24.0	25.8	30.8	46.1	45.3	33.9
Няма данни	4	1	2	4	2	13
%	2.0	0.5	1.0	2.1	1.2	1.3
<b>Общо</b>	<b>196</b>	<b>209</b>	<b>198</b>	<b>191</b>	<b>170</b>	<b>964</b>
Коефициент на отказване **	0.21	0.27	0.44	0.56	0.75	0.41
<b>Жени</b>						
Настоящи пушачи*	106	108	73	40	17	344
%	57.3	49.3	31.2	19.5	9.0	33.3
Бивши пушачи	26	32	25	16	13	112
%	14.1	14.6	10.7	7.8	6.9	10.9
Непушачи	53	78	131	142	158	562
%	28.6	35.6	56.0	69.3	83.6	54.5
Няма данни	0	1	5	7	1	14
%	0	0.5	2.1	3.4	0.5	1.4
<b>Общо</b>	<b>185</b>	<b>219</b>	<b>234</b>	<b>205</b>	<b>189</b>	<b>1032</b>
Коефициент на отказване **	0.20	0.23	0.26	0.29	0.43	0.25

\* включва редовните пушачи и пушещите от време на време

\*\* съотношение между бивши пушачи и (настоящи + бивши пушачи)



- с намаляването на възрастта се наблюдава ясно изразена тенденция на намаляване на никога непушилите, което означава, че епидемията на тютюнопушене в България се разраства. При мъжете относителния дял е 45.3% за възрастовата група 65-74 години, срещу 24.0 за най-младата възрастова група – 25-34 години, респ. при жените 83.6% срещу 28.6%;
- коефициентът на отказване от тютюнопушене, изчислен като съотношение между бивши пушачи и общия брой на настоящите и бившите пушачи, нараства с възрастта и при двата пола, но със значително по-голяма стъпка при мъжете и при селското население, вероятно по икономически съображения;
- наблюдават се съществени различия в количеството изпушени цигари дневно: мъжете изпушват 2.6 по-голямо количество цигари в сравнение с жените;
- относителният дял на “тежките” пушачи - над 20 цигари дневно при мъжете е 49,7%, а при жените – 12,4%;
- средното количество изпушвани цигари на ден е 19.1 при мъжете и 13.0 при жените;
- регистрирана е ниска граница на пропушване – 13 години, подчертана особено в най-големите градове на страната - различията между големия град и село възлизат на 1.8 пъти;
- факторите, които имат най-голямо значение за започване на пушенето и разпространението на тютюнопушенето са: лесната достъпност до цигарите; примерът на родителите (в 38% от семействата пушат и двамата родители) и колегите (около 34% са настоящи пушачи); натискът на връстниците;
- разпределението на пушачите според семейното им положение показва най-висок процент на пушачите в групата "Разведени или неженени"- над 50%;
- съотношението между пушещите с начално или основно образование и пушещите със средно и университетско образование е 2:1, т.е. по-често пушат мъжете с по-ниско образование;
- като главни причини за отказ от пушенето бившите пушачи са посочили здравето си (66,8%) и финансовите разходи (14,4%). При 4,1% важна роля са играли натискът от други лица или чувството, че трябва да дават пример на другите.

Коефициентът на отказване от тютюнопушенето, изчислен като отношение на бившите пушачи и общия брой на настоящите и бивши пушачи, нараства с възрастта и при двата пола, но със значително по-голяма стъпка при мъжете, в сравнение с жените (съответно 0.44 и 0.26).

Основното национално представително проучване, през последните три години, което дава данни за разпространението на тютюнопушенето сред населението на възраст 25-64 години е Проучването на факторите на риска за здравето, проведено в края на 2007 г. от Националния център по опазване на общественото здраве и Националния статистически институт. (До момента данните от проучването не са публикувани). Резултатите от изследването показват, че почти всеки втори анкетиран пуши цигари (52.4% от мъжете и 38.1% от жените), като съотношението на пушещите мъже/жени в градовете е 1.2: 1, а в селата - 2:1. Редовни пушачи (тези, които пушат поне една цигара дневно) са 46.6% от



мъжете и 32.7% от жените, епизодични (тези, които пушат поне една цигара, но не всеки ден) – съответно 5.8% и 5.4% от тях. Редовните пушачи са представени с почти равен относителен дял в градовете и селата (съответно 39.7% и 39.3%), докато епизодичните пушачи в градовете са два пъти повече (6.4% срещу 3.3). С нарастване на възрастта тютюнопушенето при жените намалява (съответно от 42.7% до 12.8%), докато при мъжете най-висок е дялът им във възрастовата група 35-44 г. (53.7%). Дялът на редовно пушещите мъже е по-висок от този на жените във всички възрастови групи, като съотношението мъже/жени намалява в по-младата възраст. Дялът на непушачите сред мъжете в най-младата възрастова група и тази на 55-64-годишните е по-висок от този на редовните пушачи, като при жените това съотношение се наблюдава във всички възрастови групи и се увеличава с възрастта. Най-висока е честотата на тютюнопушене сред разделените/разведените (54.1%) и несемейните (51.3%); лицата с основно и средно образование; работниците (промишлени, строителни и др.) - 56.2% и безработните (46.1%). Над 60% от изследваните както в градовете, така и в селата са пропусчили на 16-20-годишна възраст - 64.2% от мъжете и 57.8% от жените, всеки пети на 21-30 години, по-често жените. Тревожен е фактът, че 13.9% от анкетираните са започнали да пушат още на 10-15 г., като дялът на мъжете е по-висок от този на жените (16.4% срещу 10.4%). Прави впечатление, че дялът на рано пропусчилите лица, живеещи в селата, е по-висок в сравнение с тези, които живеят в градовете (17.8% срещу 12.6%), което се отнася и за двата пола и възрастта след 35-44 години.

Доказано е, че продължителността на тютюнопушенето се асоциира със степента на риска за здравето. Разпределението на анкетираните, според продължителността на тютюнопушене показва, че всеки четвърти пуши цигари 26 и повече години, като не се наблюдават съществени различия между живеещите в градовете и селата. Дялът на мъжете е два пъти по-голям от този на жените (съответно 32.9% и 16%) и нараства с възрастта. Следват лицата с „пушачески стаж” 6-10 г. и 16-20 г., като и в двата случая дялът на жените е по-висок. Може да се каже, че при мъжете преобладават лицата, които пушат 26 и повече години, следвани от пушещите 16-20 г. и 6-10 г., а при жените - съответно 6-10 г., 16-20 г. и 11-15 г.

Броят на изпушените цигари също има значение за нивото на риска за здравето. В зависимост от техния брой, редовните пушачи са разделени на умерени (тези, които пушат по 1-10 цигари дневно), интензивни (тези, които пушат по 11-20 цигари дневно) и свръхинтензивни (тези, които пушат над 20 цигари дневно).

От 1-10 цигари дневно пушат 35.4% от живеещите в градовете, като дялът на жените е над два пъти по-висок от този на мъжете - съответно 49.4% срещу 23.2%. Почти всеки втори от тях изпушва по 11-20 цигари дневно (55.4% от мъжете и 43.5% от жените), като с най-висок дял сред мъжете са 35-44-годишните, а сред жените – тези на 45-54 години. Свръхинтензивно пушат 21.4% от мъжете и 7.1% от жените. В селата близо 1/3 от изследваните са умерени пушачи, като преобладават жените (37.4% срещу 23.1%) и лицата на 55-64 години, интензивни пушачи са над половината от тях (57.5%). Свръхинтензивни пушачи са 18.6% от мъжете и 6.6% от жените, като сред мъжете преобладават 35-44-годишните, а при жените тези на 25-34 години. Данните показват, че както в градовете, така и в селата жените са предимно умерени пушачи, а мъжете – интензивни и свръхинтензивни.

Един от критериите за определяне на степента на никотиновата зависимост е интервалът от време между събуждането и запалването на първата цигара. Всеки пети от анкетираните пуши повече в първите часове след събуждането, по-често в градовете. До 5 минути след ставане от сън запалва първата си цигара всеки шести - 20.3% от мъжете и 9.6%



от жените; от 6-30 минути след това - почти всеки втори, с незначителен превес на мъжете (съответно 44.5% срещу 43.0%). Данните показват, че до 30 минути след събуждането си изпусват първата цигара 2/3 от мъжете и над половината от жените, като това е характерно за живеещите както в градовете, така и в селата.

Трудно се въздържат да не пушат на места, където тютюнопушенето е забранено 40.3% от пушачите, като делът на мъжете е по-висок от този на жените - съответно 46.7% и 31.7%. И при двата пола това е проблем предимно за възрастовите групи 35-44 и 45-54 години.

Изследването показва, че близо половината пушачи желаят да спрат цигарите - 51.9% от жените и 41.3% от мъжете, като и при двата пола преобладават лицата на възраст 55-64 години; не са сигурни в това 1/3 от тях; не желае да спре цигарите – всеки пети, като преобладават мъжете и лицата в по-младата възраст. Желаящите да спрат цигарите са предимно от градовете, семейни/в съжителство, лица с по-висока степен на образование (54.8%), учащи (57.8%) и служители (54.2%). Над половината от пушачите са правили опит да се откажат от този вреден навик и са успели да задържат това състояние поне 24 часа, повече жените. През последните 6 месеца са правили такъв опит 16.3% от мъжете и 22.6% от жените, повечето в градовете, като преобладават семейните/в съжителство (20.2%); лицата с по-висока степен на образование (23.6%) и учащите (42.2%). При мъжете това са предимно 55-64-годишните (23.3%), докато при жените - тези на 25-34 и 35-44 години (съответно 24.2% и 24.4%). Честият провал при първите опити води до демотивация на пушачите, което изисква допълнителна помощ и подкрепа както от съответен специалист, така и от семейството и близките им. Данните показват, че всеки четвърти пушач се нуждае от специализирана помощ в тази насока, по-често жените и лицата на 35-44 години, като не се установяват съществени различия между живеещите в градовете и селата.

Близо половината от бившите пушачи, и при двата пола, са спрели да пушат преди 1-5 години, като това са предимно лица от по-младите възрастови групи, живеещи в градовете. Всеки четвърти от тях е отказал цигарите преди 6-10 г., всеки пети - преди повече от 11 години. От 1-10 цигари дневно са изпусвали близо половината от тях, по-често жените (съответно 68.5% срещу 33.6%); от 11 до 20 цигари - 40.4% от тях, като делът на мъжете е почти два пъти по-голям от този на жените (съответно 48.6% и 26.1%). С най-висок дял сред мъжете са 45-54-годишните, а сред жените – тези на 25-34 и 55-64 години. Свърхинтензивно са пушили 17.8% от мъжете и 5.4% от жените. Сред мъжете преобладават лицата от възрастовите групи 25-34 и 55-64 години, а сред жените тези на 45-54 години. Данните показват, че жените са били предимно умерени пушачи, а мъжете – интензивни и свърхинтензивни, като това се наблюдава както в градовете, така и в селата.

Доказано е, че цигареният дим е вреден и за непушачите, макар рискът при тях да не е толкова голям, колкото при пушачите. Резултатите от изследването са тревожни и показват, че повече от половината анкетирани живеят в среда, където се пуши - съответно 57.5% от мъжете и 58% от жените, независимо от мястото на живеене (град/село). И при двата пола с нарастване на възрастта намаляват случаите, когато член от семейството пуши вкъщи. Сред изложените на тютюнев дим лица преобладават разделените/разведените (62.6%), лицата с по-ниска степен на образование; домакините (71.2%), безработните (65.2%) и работниците (промишлени, строителни и др.) - 64.7%). Над 5 часа дневно в среда, където се пуши прекарват 26.6% от мъжете и 16.7% от жените; от 1-5 часа дневно – съответно 28.5% и 27.5% от тях. Над един час дневно са изложени на тютюнев дим предимно живеещите в градовете;





несемейните (56.9%); лицата с основно и средно образование (съответно 50.9% и 51.8%); работниците (промишлени, строителни и др. ) – 61.1%.

Здравето трябва да бъде грижа за всеки човек. За съжаление, данните показват, че само 13.3% от пушачите са силно загрижени за здравето си, което е тревожен факт. Сред тях преобладават лицата със средно образование, с 13 и повече години образование и учащите. До известна степен са загрижени за него близо 3/4 от тях, всеки девети - изобщо не е загрижен, предимно мъжете. Не се установяват съществени различия между живеещите в градовете и селата.

Тревожен е също фактът, че само 16.6% от пушачите са получили съвет за спиране на пушенето от лекар или друг медицински персонал, по-често в градовете. Периодът на адаптация на ОПЛ към новите функции явно още не е приключил и те все още не намират достатъчно време за контрол на тютюнопушенето.

Отказването от тютюнопушенето води до увеличаване на вероятността за по-дълъг живот в добро здраве, което прави програмите и дейностите, за подпомагане на пушачите в усилията им да направят това, жизнено важни.

През 2007 г Българската лига по хипертония (БЛХ) е изследвала динамиката на сърдечно-съдовите рискови фактори за периода 1992 г – 2007 и е установила, че процентът на пушачите през 2007 г. се е увеличил спрямо тези от 1992 г. в младите възрастови групи 25-54 години и бележи лек спад в групите 55-64 години, което е видно от Табл. 3.

#### Относителен дял на настоящите пушачи по пол и възраст (1992-2007г. )

Пол	Година	25-34 г.	35-44 г.	45-54 г.	55-64 г.
Мъже	1992	56.4	52.7	38.3	24.8
	2007	64.0	58.4	36.9	21.2
Жени	1992	48.3	44.9	30.1	8.8
	2007	61.2	45.3	29.4	6.7

Проведената анкета сочи, че по-голямата част от анкетираните (78,6 %), не виждат полза от тютюнопушенето и свързват пушенето с появата на рак на белия дроб, сърдечно-съдови заболявания, бронхит, астма и др. Независимо от доброто познаване на вредните последици за здравето повечето анкетирани не са склонни да се откажат от този свой навик. Голяма част от пушачите - 45.1% споделят, че тютюнопушенето е едно от малкото “удоволствия”, които могат да си позволят в периода на икономическата криза. Като причина за тази вредна привычка са посочени: “безперспективността в професията и утрешния ден”, “тютюнопушенето успокоява и намалява страха”, и най-вече, “не позволява натрупване на излишни килограми”. Друга причина за нарастване на относителния дял на пушачите вероятно е и разширения пазар на тютюневи изделия у нас след 1990 година.

При проведено през 2000 г. проучване сред ученици на 16-19 годишна възраст от гр. Стара Загора, анкетираните идентифицират себе си като непушещи (55.32%), инцидентно пушещи (13.37% ), редовно пушещи до 10 цигари дневно (16.82%) и редовно пушещи над 10 цигари дневно (14.49%). Получените данни показват, че:

- съществува асоцииран с пушенето клъстеринг на рискови поведения при анкетираните, при който колкото по-голяма е интензивността на пушенето, толкова повече в



поведенческият репертоар на личността се откриват други рискови поведения. Съществуват позитивни корелации между интензивността на пушенето, от една страна, а от друга - интензивността на пиенето, честотата на правенето на секс и броя на сексуалните партньори;

- съществува социален клъстеринг на пушенето, при който анкетираните лица формират около себе си кръг от приятели и партньори, които пушат по идентичен на тях начин и пушенето функционира като част от някакъв общ групов модел на поведение, по-силно значим при интимните, отколкото при приятелските отношения;
- родителите фактически не участват в социалния клъстеринг на рисковото поведение и той се развива предимно вътре в поколението, в кръга на значимите връстници. При корелационния анализ по-силни корелационни връзки се откриват между интензивността на пушенето на анкетираните и тази на любимите им хора, отколкото с тази на приятелите, бащите или майките.

В Община Велико Търново данните за разпространението на тютюнопушенето сред населението от 25 до 64 години (по данни от представителното проучване „CINDI Health Monitor“ 2007 г., с което са обхванати 1574 души) показват следните резултати:

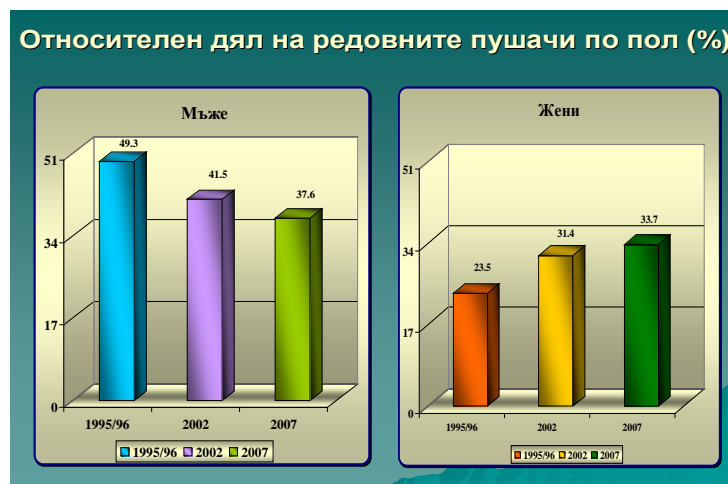
- около една трета от анкетираните лица са редовни пушачи – 35,6% (37,6% от мъжете и 33,7% от жените). При мъжете и жените най-висок е относителният дял на пушачите във възрастовата група 25-34 години – съответно 49,7%, и 49,0%, а най-нисък - в групата 55-64 г. – съответно 26,7% и 14,4%;
- половината от анкетираните лица 50,2% са изложени на тютюнев дим в къщи. Повече от 5 часа дневно прекарват на място, където се пуши 12,2% от анкетираните; между 1 и 5 часа, и по-малко от един час, съответно 20,0% и 19,9% от запитаните; почти всеки втори (47,9%) от изследваните лица прекарва на места, където никога не се пуши. Почти няма разлика в разпределението по пол, а разпределението по възраст показва, че най-малко време прекарват в среда, замърсена от тютюнев дим най-възрастните изследвани лица (от 55 до 64 години);
- сред редовните пушачи с най-висок относителен дял - 45,1% са тези, които пушат от 11 до 20 цигари дневно, т. е. интензивните пушачи, следвани с много малка разлика от умерените пушачи (от 1 до 10 цигари дневно) – 44,4% и свръхинтензивните (над 20 цигари дневно) – 10,5%. Интензивността на пушене при двата пола е различна. Повечето от жените са умерени пушачки - 64,4%; интензивни са 32,1% и свръхинтензивни – 3,5%. При мъжете преобладават интензивните пушачи (58,7%), следвани от умерените (23,7%) и свръхинтензивните (17,7%);
- с най-голям стаж на пушене (над 26 години) са 31,2% от пушачите, като дялът на мъжете е приблизително 2 пъти по-висок от този на жените (40,5% срещу 22,2%). И при двата пола този показател е най-висок във възрастовата група 55 – 64 години, съответно 91,5% за мъжете, които пушат и 62,2% за жените, които пушат;
- почти всички (89,7%) анкетираните оценяват риска за здравето от тютюнопушенето и заявяват, че пушенето вреди на здравето (90,3% от мъжете и 89,1% от жените). Само 1,3% дават отговор “не”, а 9,0% - “може би”;
- според предпочитанията на изследваните лица, източниците на информация, посветена на здравето се разпределят, както следва: разговори с лекар – 68,5%; телевизия – 59,5%; преса (вестници, списания) – 29,2%; здравни материали (дипляни, брошури) – 24,3%;



лекции и беседи – 20,8%; разговори с медицинска сестра – 17,6% и радио – 16,3%. Сборът от процентите надвишава сто, защото анкетираните са посочили повече от един отговор. Разпределението по пол и възраст е равномерно;

На базата на сравнителния анализ на резултатите от CINDI HEALTH MONITOR през 1996, 2002 и 2007 година могат да бъдат направени следните изводи:

- относителният дял на мъжете - редовни пушачи намалява постепенно - от 49,3% през 1996 г. до 37,6% през 2007 г.;
- намалението е характерно за всички възрастови групи без групата 25 - 34 години, където от 2002 до 2007 година има увеличение - от 42,1% на 49,7%.(;
- при жените делът на редовните пушачи нараства във времето - от 23,5% на 33,7%. (Фиг. 5)



Резултатите за честотата на пасивното пушене са положителни (данните са от 2002 и 2007 година) - значително намалява делът на лицата, изложени на тютюнев дим в къщи - от 60,6% на 50,2%; чувствително намалява и делът на изследваните, които прекарват повече от 5 часа дневно на място, където се пуши - от 20,1% на 12,2%, като снижението при мъжете е по-голямо (от 23,8% на 13,4%) в сравнение с това при жените (от 16,6% на 11,1%). В същото време значително е увеличен делът на тези, които никога не стоят на задимени места (от 28,4% на 47,9%). Най-вероятно съществена роля за тези промени имат здравно-образователните мероприятия относно тютюна в рамките на програмата и прилагането на разпоредбите на Закона за здравето, вкл. за забрана на тютюнопушенето на закрити обществени места.

Увеличава се, макар и незначително делът на интензивните (от 44.9 % на 45,1%) и на умерените пушачи (от 42.5% на 44,4%) за сметка на намаляване на свръхинтензивните (от 12.6% на 10,5%) – тенденцията се наблюдава и при двата пола (данните са от 2002 и 2007 година).

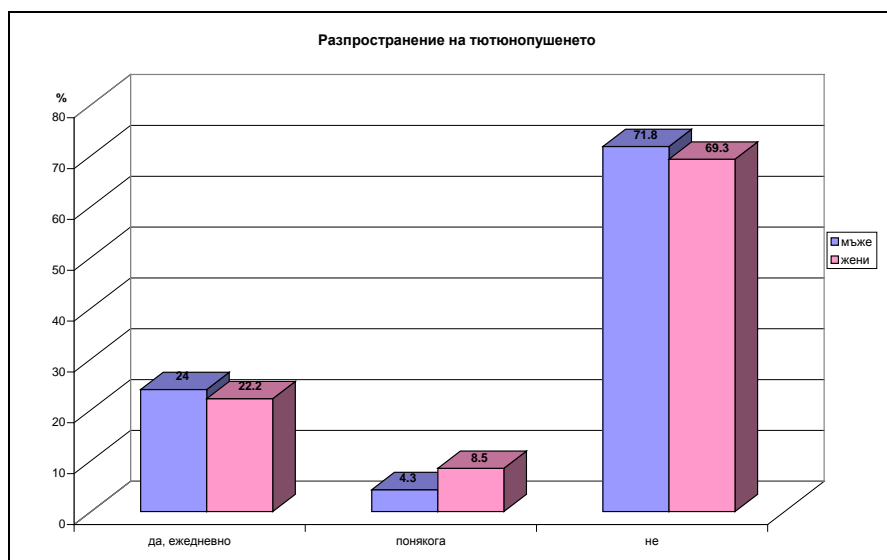
Сравнителният анализ на резултатите от CINDI Health Monitor 1996, 2002 и 2007 година показва, че са настъпили някои положителни промени в разпространението на тютюнопушенето сред населението във Велико Търново. Но въпреки това се налагат



допълнителни усилия за реализиране на интервенции, свързани с тютюнопушенето, тъй като делът на мъжете - редовни пушачи остава все още висок (37,6%), макар че делът им през годините намалява; нараства на 33,7% делът на жените, които пушат редовно.

Резултатите от проведеното през 2007 г. в Кърджали трето поред изследване CINDI Health Monitor с цел проучване нивото на основните фактори на риска (поведенчески и биологични) за хроничните неинфекциозни болести и промените в поведението за здраве на населението, с което са обхванати 1 600 лица на възраст 25-64 години, показват следното:

Почти всеки трети анкетиран пуши цигари (28.3% от мъжете и 30.7% от жените). Редовни пушачи (тези, които пушат поне една цигара дневно) са 24.0% от мъжете и 22.2% от жените, епизодични (тези, които пушат поне една цигара, но не всеки ден) – съответно 4.3% и 8.5% от тях. Делът на редовно пушещите мъже и жени намалява с нарастване на възрастта, като максимални стойности при мъжете се установяват във възрастта 25-34 г. (33.0%), а при жените на 25-34 и 35-44 години (съответно 29.0% и 29.1%). (Фиг. 6).



От 1-10 цигари дневно изпушват над половината от изследваните, близо два пъти по-често жените в сравнение с мъжете (71.7% срещу 37.7%). При мъжете с най-висок дял са лицата на възраст 25-44 г. (41.3%), а при жените тези на 55-64 г. (76.5%). Всеки трети изпушва от 11 до 20 цигари дневно, като делът на мъжете е по-голям от този на жените (съответно 44.4% и 26.2%). С най-висок дял при мъжете са 55-64 -годишните, а при жените – тези на 45-54 години. Свръхинтензивно пушат 17.9% от мъжете и 2.0% от жените. И при двата пола преобладават пушачите на възраст 45-54 години, като делът на мъжете е близо седем пъти по-голям (22.6% срещу 3.4%). Данните показват, че жените са предимно умерени пушачи, мъжете – интензивни и свръхинтензивни.

В сравнение с получените данни от проучването CINDI Health Monitor през 1997 г., тютюнопушенето е намалено както при мъжете, така и при жените, а също и интензивността му.



## Анализ анни от непубликувано проучване на Институт “Отворено общество” и Световната банка

Сравнителни данни по някои показатели за различни етнически групи в страната могат да се получат и от проведеното през месец юни 2007 г.от Институт “Отворено общество” и Световната банка Многоцелево наблюдение на домакинствата.

Проучването установява, че в сборната група от българи, роми и турци, редовните пушачи са 25.8 % . При мъжете относителният дял е 1.8 пъти по-висок в сравнение с жените (33.3% - мъже срещу 18.9% жени).

Съпоставката между изследваните групи – българи, роми и турци сочи, че различията между настоящите пушачи са значими само при жените от турски произход -10.5%, спрямо 18.4% жени от ромски произход и 18.9% (общо жени от 3-те групи: българки, ромки и туркини).

Над  $\frac{3}{4}$  от жените от 3-те етнически групи никога не са били пушачки. Най-високият относителен дял е при жените (непушачки) от турски произход – 87.1%, а най-нисък при ромските жени – 76.5%. Отношението жени/мъже не пушачи общо за 3-те групи е 1.4; при ромите- 1.3; при лицата от турски произход -1.5.

Общо интензивните пушачи (над 12 цигари дневно) за трите групи мъже възлизат на 22.8% Статистическите различия между роми, турци и българи са незначителни – под 1%.

При интензивните пушачи жени обаче, различията между етническите групи са съществени: жените от ромски произход са по-пристрастени към цигарите, в сравнение с жените от турски произход (9.9% към 4.2%). Общо за трите групи жени, относителният дял на верижните пушачки е 8.8%.

Редовните пушачи се срещат по-често в градовете (27.1% ) в сравнение със селата (22.8%), като епизодичните пушачи в градовете са два пъти повече. Различията са несъществени при 3-те етнически групи.

Най-висока е честотата на тютюнопушене сред лицата със средно образование - 35.9% (общо за 3-те групи наблюдавани лица). Този дял е значително по-висок при ромското население – 42.4%. Прави впечатление, че необразованите лица посягат към цигарата по-рядко 11.9% (групата на българи, роми и турци); 22.5% - при ромите и 10.4% - при лицата с турски произход. Над  $\frac{1}{4}$  от лицата с висше образование от трите етноса са настоящи пушачи.

След 45 години относителният дял на мъжете - редовни пушачи намалява в 3-те наблюдавани групи, като с най-висок дял са пушачите на възраст 35-45 г. (Табл. 4).

**Честотно разпределение на тютюнопушенето по етнически и възрастови групи**

Етнически групи					Общо
	18-30 г.	35-45 г.	46-60 г.	60+ г.	
<b>Настоящи пушачи</b>					
Общо (българи, роми, турци)	799	1092	944	275	3127
	<b>37.0</b>	<b>46.6</b>	<b>33.9</b>	<b>9.1</b>	<b>25.8</b>
Роми	226	233	138	43	659
%	<b>39.2</b>	<b>47.6</b>	<b>34.9</b>	<b>20.6</b>	<b>25.8</b>
Турци	105	169	88	43	409
%	<b>29.2</b>	<b>39.4</b>	<b>22.5</b>	<b>12.1</b>	<b>21.4</b>

С намаляването на възрастта се наблюдава ясно изразена тенденция на намаляване на никога непушилите, което означава, че епидемията на тютюнопушене в България се разраства.

Производственият травматизъм е съвкупност от производствени травми, в резултат от трудови злополуки, които могат да доведат до временна нетрудоспособност, инвалидизация или смърт. Съгласно чл. 55 от Кодекса за социално осигуряване “Трудова злополука е всяко внезапно увреждане на здравето, станало през време и във връзка или по повод на извършваната работа, както и при всяка работа, извършена в интерес на предприятието, когато е причинило неработоспособност или смърт”.

Трудова е и злополуката, станала с осигурен по чл. 4, ал. 1 и 2 по време на обичайния път при отиване или при връщане от работното място до:

1. основното място на живеене или до друго допълнително място на живеене с постоянен характер;
2. мястото, където осигуреният обикновено се храни през работния ден;
3. мястото за получаване на възнаграждение.

Не е налице трудова злополука, когато пострадалият умишлено е увредил здравето си.

Производственият травматизъм (ПТ) е причина за човешки страдания, материални и социални загуби, които засягат не само пострадалите, но и техните работодатели и цялото общество.



В последните години нивото на производствения травматизъм се счита за един от важните показатели за качеството на условията на труд и на дейностите за осигуряване на здраве и безопасност при работа на национално, регионално и фирмено ниво.

Причините за производствения травматизъм са многобройни: технически (напр. отсъствие на ограждения на въртящи се и движещи се части, неизправност на машини и съоръжения), технологични (използване на опасна технология или на опасна работна практика); организационни (отсъствие на фирмена политика по здраве и безопасност при работа, неправилна организация на работата; липса на контрол и обучение по техническа безопасност; недостатъчен вътрефирмен контрол на рисковете; отсъствие или неправилна употреба на защитни средства и приспособления; извършване на работа от неупълномощени лица; липса на утвърдени и ясни инструкции за безопасна работа на работните места; непровеждане или формално провеждане на инструктаж и обучение по безопасност на труда; лошо поддържане на работното място).

В последните години се отдава особено внимание на причините за производствен травматизъм, свързани със субективния фактор и поведението на работещите на работното място – “промяна в парадигмата” (въвежда се концепцията за поведенческите нагласи и културата за превенция, безопасното поведение на работещия и културата на поведение при риск, взаимовръзките между поведението, културата за превенция и нагласите, анализират се причините за рисковото поведение на работещите, вкл. нивото на стреса при работа, наред с другите известни причини за производствен травматизъм:

- недостатъчна професионална квалификация и липса на правоспособност на работещите;
- отсъствие на знания и умения за опазване на собственото здраве и здравето и безопасността на другите;
- отсъствие на култура за превенция и нов тип работно поведение (спазване не само на технологичната дисциплина, но и на правилата за безопасна работна техника и правилата за здравословен начин на живот);
- липса на утвърдени навици и мотивация за спазване на правилата за безопасна работна практика;
- индивидуални характеристики на работещите (ниво на работоспособност, капацитет за избор на правилното решение при непредвидена ситуация, координация, внимание/невнимание при изпълнение на трудовата задача; благосъстояние на работното място);
- трудово-социална среда: характер на трудовата задача и условията, при които тя се извършва (осветление, температура, шум, вибрации и др.); стрес, състояние на умора; възраст на работещите; ниво и качество на дейностите по ЗБР – информираност, обученост, контрол и др.
- нарушения на трудовата и технологичната дисциплина и правилата за безопасна работа;
- непознаване или подценяване на риска за безопасността и здравето при изпълнение на трудовата дейност;



- отсъствие или неправилна употреба на средствата за защита – колективни и индивидуални;
- несъобразени действия поради неточна преценка на рисковете при работа.

### **Проведени проучвания и анализи през последните три години**

Условията на труд у нас се различават от тези в страните от ЕС по няколко важни характеристики, които в значителна степен обуславят нивото на трудовите злополуки:

- по-висока заетост на работещите в традиционно рискови икономически сектори (добивна промишленост, строителство, преработваща промишленост, селско стопанство, транспорт);
- по-висок дял на експонираните работещи на различни производствени рискове: физични, химични, биологични, ергономични, психо-социални);
- повече стресови ситуации при работа и здравни оплаквания на работещите, свързани с условията на труд;
- по-ниска информираност на работещите за осигуряването на здравето и безопасността при работа, основните опасности и рискове, начините и средствата за намаляването им;
- много ниско ниво на обученост на работещите по здраве и безопасност при работа;
- много ниско ниво на участие на работещите в дейностите за здраве и безопасност при работа и др.

Други важни предпоставки за трудовите злополуки, свързани с различни компоненти на стреса при работа, проличават от данните на Европейското проучване на условията на труд:

- 19.1% от заетите работят при недостиг на работно време;
- удължена продължителност на работния ден и на работната седмица, модели на работа (късно вечер, събота и неделя);
- преобладаваща част (57.3%) от заетите работят по 40-44 часа седмично, между 45 и 60 часа седмично работят 27.2%, над 60 часа седмично се трудят 4.4%;
- сред най-младите работещи (18-25 г.) се отчита повишен относителен дял при работа от 45 до 60 часа и над 60 часа седмично;
- най-продължителна работна седмица имат хората с основно образование (12.8% от тях работят над 60 часа);
- полагане на труд от 18 до 22 часа се наблюдава при 36,2% от работещите, като в този интервал се трудят по-често мъже (70.1% - мъже и 56.6% - жени), самонаетите и работещите на срочен трудов договор.

В Националната стратегия за здраве и безопасност при работа (12), както и в Националната програма по безопасност и здраве при работа освен характеристиките на условия на труд у нас, се отчитат неблагоприятните тенденции по отношение на абсолютния брой и структурата на работната сила. В основата на стратегията е разбирането, че





осигуряването на условия за здравословен и безопасен труд има ключово значение за икономически просперитет не само за фирмата/организацията, но и за отделния индивид и за цялата нация. Безопасността и здравето при работа са в основата на постигането на високо качество на труда, което се разглежда като важна предпоставка за по-висока работоспособност, производителност и ефективност на работещите.

Специално внимание в Националната стратегия за безопасност и здраве при работа се отделя на “Застаряването на работната сила и ограничените демографски възможности за нейното обновяване, динамичните промени в изискванията към професионално-квалификационните умения на работниците и служителите, които поставят проблема за повишаване на усилията за предприемане на допълнителни мерки за осигуряване на безопасност и здраве на младите работещи и на тези, които са на възраст между 55 и 64 години”.

В структурата на работната сила (15-64 г.) се наблюдават следните особености:

Структура по пол - относителният дял на мъжете е по-висок от този на жените. Заетостта на мъжете е концентрирана в строителството (25.2%) и в транспорта (22.3%). Следват отраслите от промишлеността с 11.9% заети, дървопреработването – 5.9%, електропроизводството и електроразпределението - 5.4.%, химията - 4.5%, здравеопазването - 4.5%, цветната металургия - 4%.

Структура по възраст. Във възрастовата структура на работната сила най-висок относителен дял има групата 35-44 г. - 27.3%; следвана от групата 45-54 г. - 27.0% и групата 25-34 г.- 25,8%. Относителният дял на младежите от 15 до 24 г. през 2002 г. е 10.1%, а делът на най-горната възрастова група 55-64 г. е 9,1%.

Младите работещи мъже - до 35 годишна възраст се насочват основно в строителството и транспорта.

Структура по региони на планиране - най-висок е делът на работната сила в Югозападния район, а най-нисък - в Северозападния район.

Образователна и професионално-квалификационна структура на работната сила - по-високата квалификация и образование са предпоставка за реализирането на безопасен и здравословен труд.

Работещите с трудов стаж под една година - са най-много в строителството (28%), хранително-вкусовата промишленост (18%), текстилната промишленост (14%) и транспорта (12%).

Средносписъчният брой на наетите (осигурените) лица се увеличава значително за периода 2000 – 2008 г. (Фиг. 7)



Източник: НОИ, [www.noi.bg](http://www.noi.bg)

### Условия на труд - Обща характеристика

Най-голям дял от работната сила е заета в различни сектори на промишлеността (29%), следвана от заетостта в търговията – 14% и в селското стопанство (13%), транспорта и съобщенията (7%), в строителството – 6% (15).

### Производствен травматизъм

За определяне на целевите групи на информационната кампания и анализ на техните потребности е извършен анализ на:

- ТЗ по икономически сектори и по ТП на НОИ (данни за първо полугодие на 2009 г. и за 2008 г., динамика на общия брой на ТЗ и на Кч за периода 2000-2008 г. На базата на Информационната система на НОИ за ТЗ са анализирани показателите „общ брой на ТЗ”, „общ брой на ТЗ със смъртен изход” и „общ брой на ТЗ с изход инвалидизация”;
- ТЗ при хора с увреждания и дейности за осигуряване на ЗБУТ в 13 предприятия на „Тих труд” ЕООД – по данни, предоставени от Съюза на глухите в България;
- Отчети на ГИТ за проведени кампании;
- Документи с национално значение във връзка със ЗБУТ: Национална стратегия по БЗР, Национална програма по БЗР.

През първото полугодие на 2009 год. в страната са станали общо 1472 трудови злополуки (ТЗ), от които 39 са със смъртен изход и 1 – с инвалидизация. Загубените календарни дни са 62105.

През 2008 год. са станали общо 3732 ТЗ, от които 161 са със смъртен изход, а 31 – с изход инвалидизация. Загубените календарни дни са 193901.

Разпределението на ТЗ (общ брой), смъртни и с изход инвалидизация по икономически дейности – общо за България, показва, че през 2008 г. най-високият брой ТЗ са регистрирани в строителството (423), Търговия на едро и търговско посредничество без търговия с автомобили и мотоциклети (210), Производство на машини оборудване и домакински уреди (208), здравеопазване (190), Сухопътен транспорт, вкл. тръбопроводния (197), Производство на хранителни продукти и напитки (178), Добив на метални руди (157) (Табл. 5).

Общ брой на ТЗ (общ брой), смъртни и с изход инвалидизация, по икономически дейности  
(2008 г.)

	общо	смъртни	инвал.
Трудови зл. - общо БЪЛГАРИЯ	3737	161	31
01 - Селско и ловно стопанство и свързани с тях услуги	72	9	0
02 - Горско стопанство дърводобив и свързани с тях услуги	6	0	0
10 - Добив на въглища и торф	82	3	0
11 - Добив на суров нефт и природен газ услуги свързани с добива на нефт и газ без проучвателните работи	4	0	0
13 - Добив на метални руди	157	1	1
14 - Добив на неметални материали и суровини	13	0	1
15 - Производство на хранителни продукти и напитки	178	4	3
16 - Производство на тютюневи изделия	6	0	0
17 - Производство на текстил и изделия от текстил без облекло	42	0	0
18 - Производство на облекло вкл кожено обработка на кожухарски кожи	66	0	0
19 - Производство на обработени кожи без косъм производство на изделия за пътуване сарашки изделия и обувки	8	2	0
20 - Производство на дървен материал и изделия от него без мебели	75	2	1
21 - Производство на дървесна маса хартия картон и изделия от хартия и картон	19	0	2
22 - Издателска и полиграфическа дейност възпроизвеждане на записани носители	11	0	0
23 - Производство на кокс рафинирани нефтопродукти и ядрено гориво	1	0	0
24 - Производство на химични продукти	48	0	0
25 - Производство на изделия от каучук и пластмаси	40	1	1
26 - Производство на продукти от други неметални минерални суровини	73	4	3
27 - Производство и леене на метали	100	1	2
28 - Производство на метални изделия без машини и оборудване	82	10	1
29 - Производство на машини оборудване и домакински уреди	208	5	1
30 - Производство на канцеларска и електронно изчислителна техника	1	0	0
31 - Производство на електрически машини и апарати неklasифицирани другаде	37	1	0
32 - Производство на радио телевизионна и далекосъобщителна техника	9	0	0
33 - Производство на медицински прецизни и оптични апарати и инструменти производство на часовници	7	0	0
34 - Производство на автомобили ремаркета и полуремаркета	5	0	0
35 - Производство на превозни средства без автомобили	84	4	1
36 - Производство на мебели производство неklasифицирано другаде	69	1	2
37 - Рециклиране на отпадъци	1	0	0
40 - Производство и разпределение на електрическа енергия газообразни горива и топлинна енергия	98	1	0



BG051PO001-5.3.01-0001-C0001

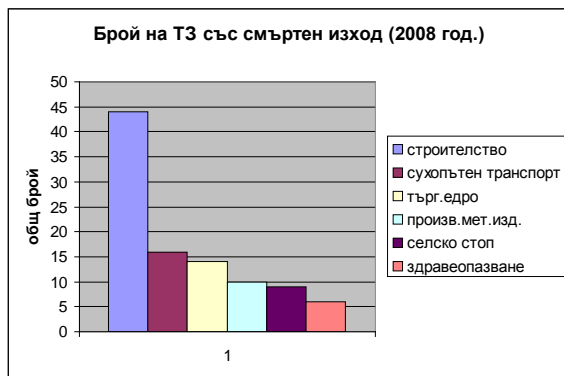
„ИНФОРМИРАНИ И ЗДРАВИ”



41 - Събиране пречистване и разпределение на вода	34	1	0
45 - Строителство	423	44	4
50 - Търговия техническо обслужване и ремонт на автомобили и мотоциклети части и принадлежности за тях търговия на дребно с горива и смазочни материали	25	1	0
51 - Търговия на едро и търговско посредничество без търговия с автомобили и мотоциклети	210	14	2
52 - Търговия на дребно без търговията на дребно с автомобили и мотоциклети ремонт на лични вещи и стоки за домакинството	92	5	0
55 - Хотели и ресторанти	62	2	0
60 - Сухопътен транспорт вкл тръбопроводния	197	16	0
61 - Воден транспорт	36	1	2
62 - Въздушен транспорт	1	0	0
63 - Спомагателни дейности в транспорта дейности на туристически агенции	90	2	1
64 - Поща и далекосъобщения	90	1	0
65 - Финансово посредничество без застраховане и осигуряване чрез самостоятелни фондове	27	0	0
66 - Застрахователна дейност и дейност на самостоятелни осигурителни фондове без задължително обществено осигуряване	3	0	0
67 - Спомагателни дейности по финансово посредничество	2	0	0
70 - Операции с недвижими имоти	11	2	0
71 - Даване под наем на превозни средства машини и друга техника без оператор на домакински и лични вещи	1	0	0
72 - Дейности в областта на компютърните технологии	20	1	0
73 - Научно изследователска и развойна дейност	15	0	0
74 - Други бизнесуслуги	162	7	0
75 - Държавно управление и отбрана задължително обществено осигуряване	195	4	0
80 - Образование	142	2	0
85 - Здравеопазване и социални дейности	190	6	1
90 - Събиране и третиране на отпадъци почистване и възстановяване	40	3	2
91 - Дейности на професионални синдикални политически религиозни и обществени организации	8	0	0
92 - Дейности в областта на културата спорта и развлеченията	22	0	0
93 - Други услуги за населението	35	0	0
99 - Екстериториални организации и служби	2	0	0



Фиг. 7

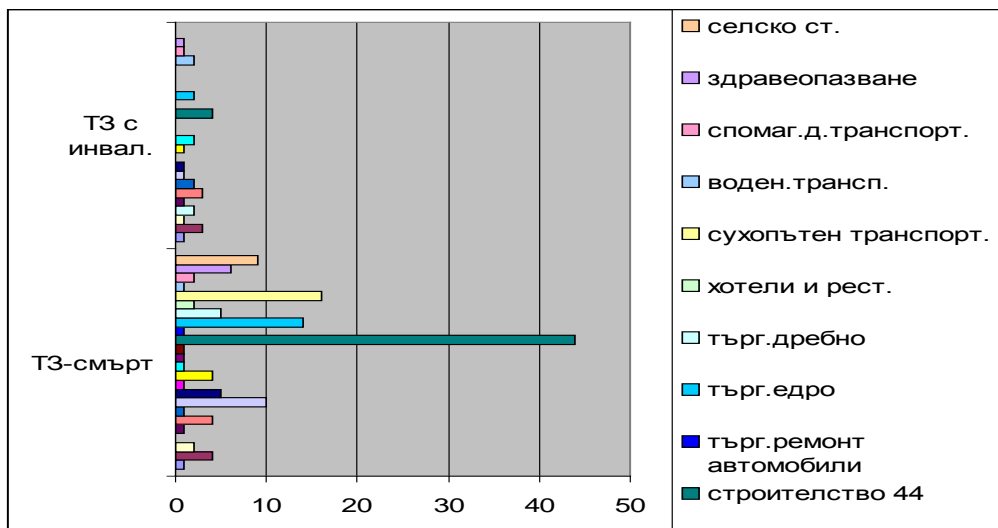


От табл. 3 и фиг. 7 се вижда, че най-високият брой на ТЗ със смъртен изход е в строителството (44), сухопътен транспорт (16), търговия едро (14), производство на метални изделия (10), селско стопанство, здравеопазване (6).

От табл.3 се вижда, че при по - нисък общ брой на ТЗ се наблюдават злополуки със смъртен изход и с инвалидизация в редица икономически дейности: производство на дървен материал, производство на дървесна маса, производство на каучук и пластмаси, производство от неметални суровини, производство на метални изделия, производство на електрически машини, производство на превозни средства, производство на мебели, производство на електрическа енергия и газ, събиране и пречистване на вода, търговия и ремонт на автомобили, воден транспорт, спомагателни дейности в транспорта.

Най-много злополуки с изход инвалидизация са станали при икономическите дейности строителство, производство на хранителни продукти, производство от неметални суровини, производство на дървесна маса, производство и леене на метали, воден транспорт (Фиг. 8).

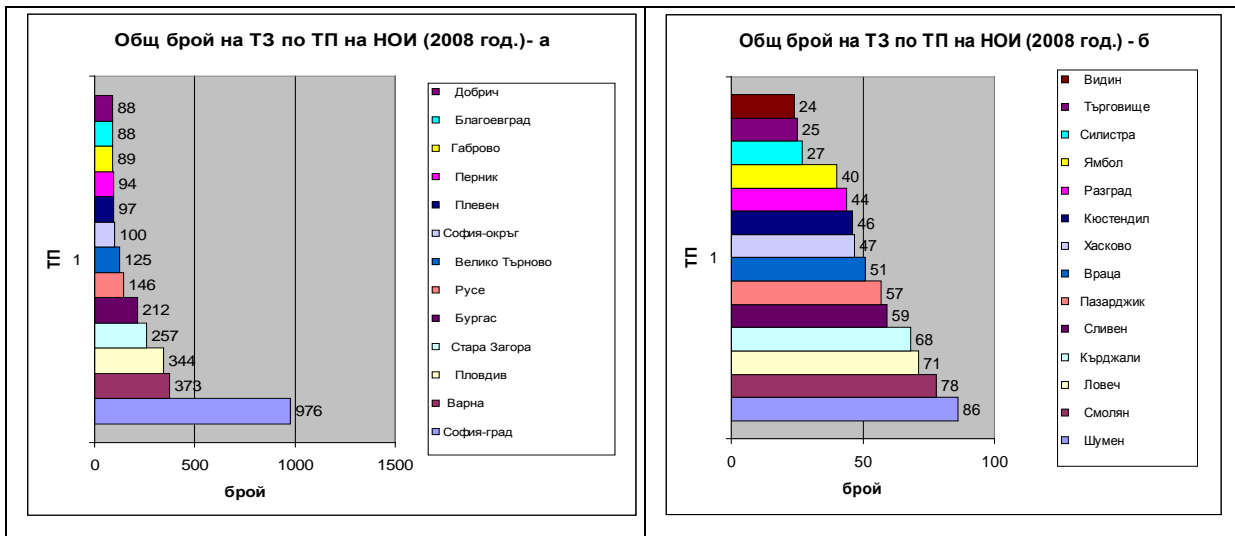
Икономически дейности с ТЗ със смъртен изход и инвалидизация (2008 г.)



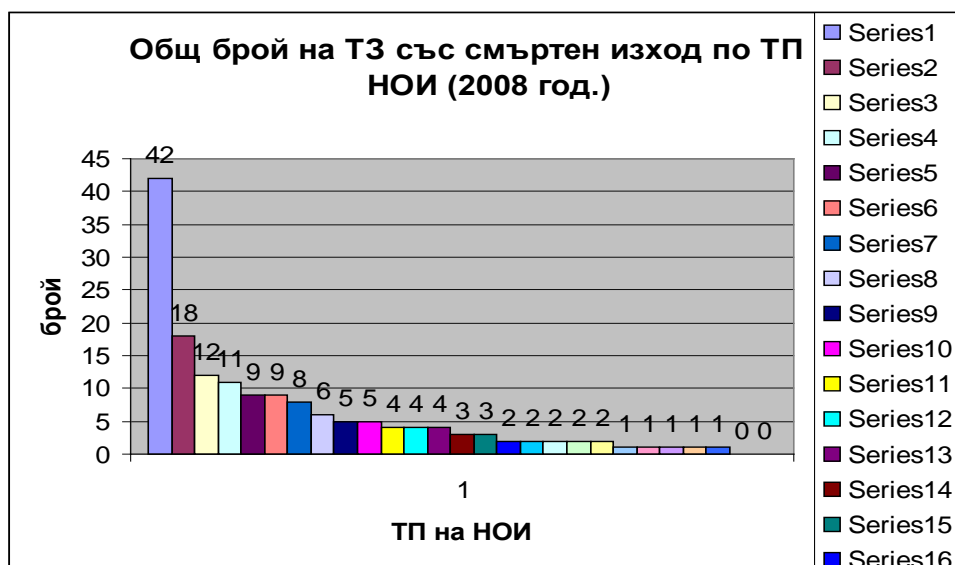
Общият брой на ТЗ по ТП на НОИ е най-висок в София-град (976), Варна (373), Пловдив(344), Стара Загора (257), Бургас (212), Русе (146), В. Търново (125), София – окръг (100). (Фиг. 9 а и б)



Общ брой на ТЗ по ТП на НОИ (2008 год.)



Общият брой на смъртните злополуки по ТП на НОИ е най-висок в София град (42), Пловдив (18), Варна (12), Ст. Загора (11), Благоевград и Бургас (9), Русе (8), Хасково (6), Перник и Разград (5), В. Търново, Враца и Плевен (4), София-окръг и Пазарджик (3), Видин, Сливен, Смолян, Търговище, Шумен (2), Кърджали, Кюстендил, Ловеч, Силистра и Добрич (1), Габрово и Ямбол (0) (Фиг. 10).

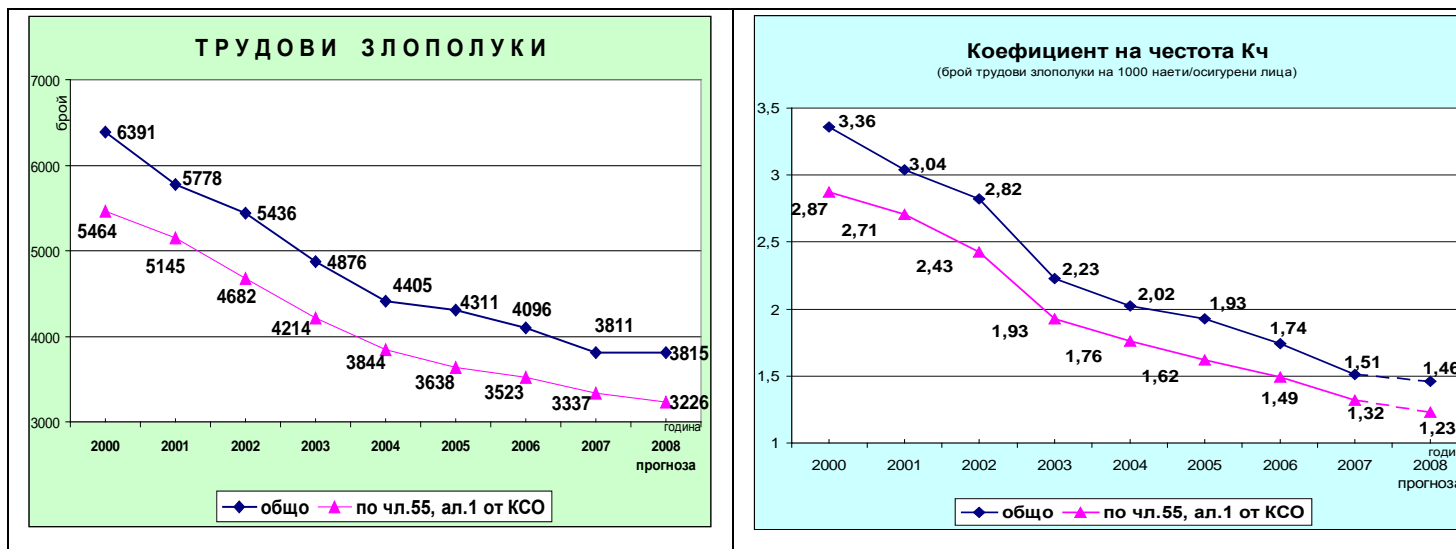


Сравнителният анализ на данните за ТЗ показва, че за периода 2000 - 2008 г. се наблюдава трайна тенденция за намаляване на общия брой на ТЗ, а също така и на броя на изгубените календарни дни (Фиг. 11 и 12). Същевременно се наблюдава изразена тенденция за увеличаване на броя на смъртните ТЗ (Фиг. 13). Общият брой смъртни ТЗ и тези, довели до временна и трайна неработоспособност, представляват сериозна тежест в социално и

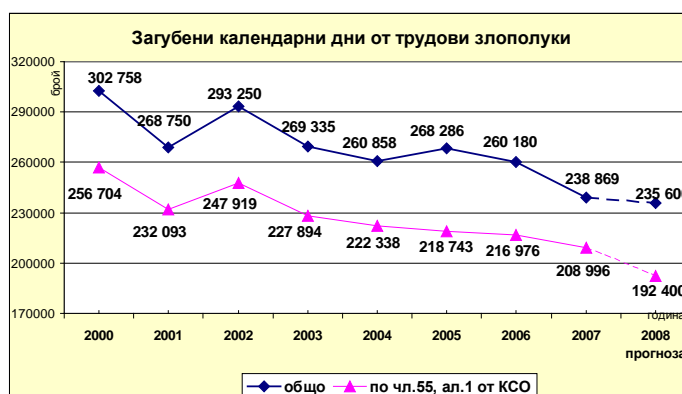


икономическо отношение. Те са сериозно предизвикателство към дейностите за подобряване на здравословните и безопасни условия на труд.

#### Намаляване на ТЗ (общ брой) и Коефициента на честота (Кч) за периода 2000-2008 г.



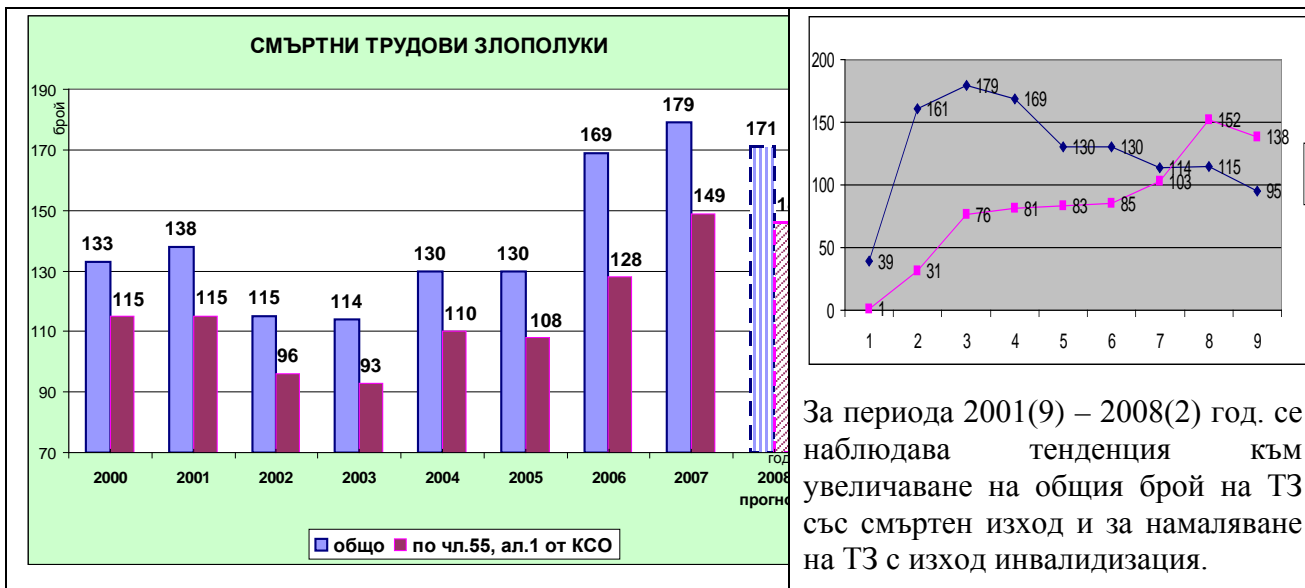
#### Общ брой на загубените календарни дни за периода 2000 - 2008 год.



Източник: НОИ, Информационна система за трудовите злополуки

Проследяването на динамиката на ТЗ с изход смърт и инвалидизация за периода 2000 – 2008 год. 2009 год. (първо полугодие) - 1, 2008 - 2, 2007- 3, 2006 - 4, 2005 - 5, 2004 - 6, 2003 - 7, 2002 - 8, 2001- 9) показва увеличаване на смъртните ТЗ при намаляване на общия броя на ТЗ и на тези с изход инвалидизация (Фиг. 14).

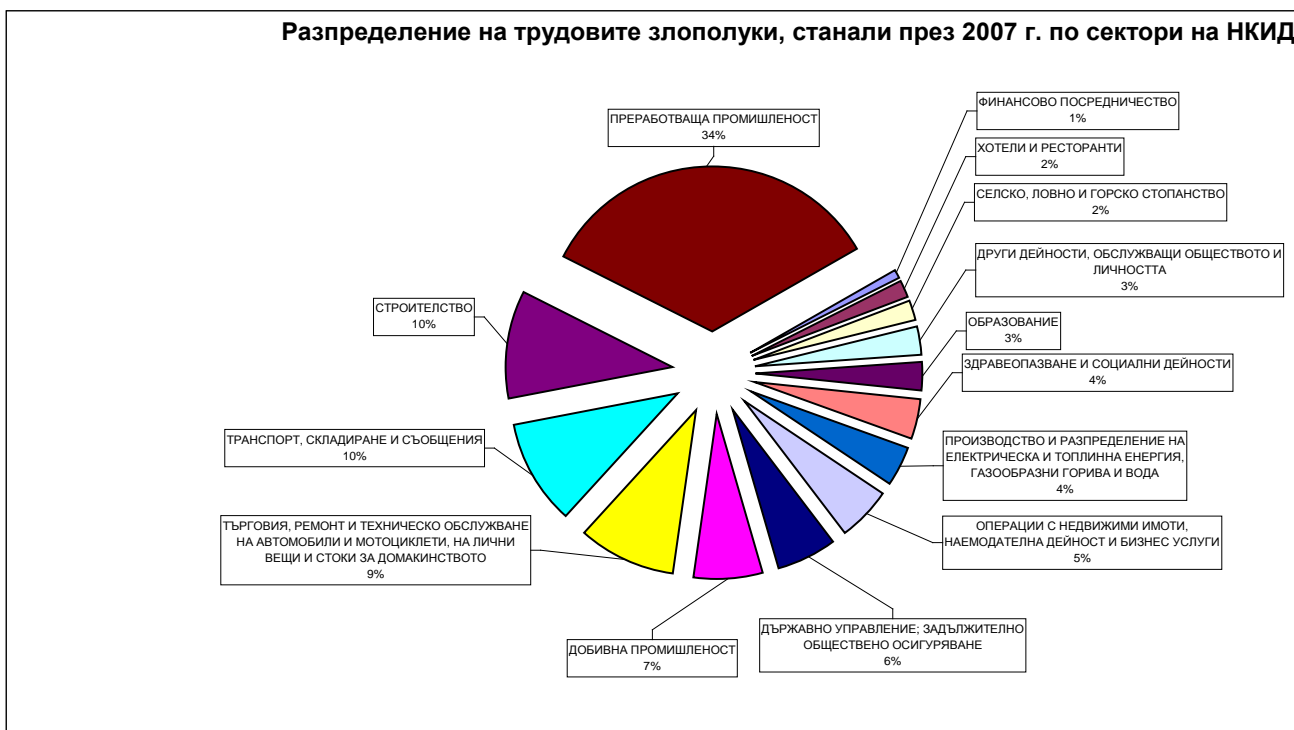
#### Динамика на ТЗ със смъртен изход и с инвалидизация за периода 2000-2008 год.



За периода 2001(9) – 2008(2) год. се наблюдава тенденция към увеличаване на общия брой на ТЗ със смъртен изход и за намаляване на ТЗ с изход инвалидизация.

Разпределението на ТЗ по икономически сектори показва най-висок брой ТЗ в “Преработваща промишленост” (34%), “Строителство” и “Транспорт, складиране и съобщения” ( 10%) “Добивната промишленост” ( 7%). (Фиг. 15)

ТЗ по икономически дейности



Източник: НОИ, Информационна система за трудовете злополуки





В Националната стратегия по БЗР се посочва:

- най-високорисков за възникване на ТЗ икономически сектор е “Добивна промишленост” с коефициент на честота 10,80 случая на 1000 осигурени лица, което е 6 пъти над средния за страната. Висока е честотата на ТЗ и в сектори “Производство и разпределение на електрическа и топлинна енергия, газообразни горива и вода”- 3,63 и “Транспорт, складиране и съобщения”- 2,95”;
- микро и малките предприятия са сериозно засегната група от ТЗ, тъй като при тях се отчита нарастване на броя на злополуките;
- разпределението на ТЗ по работно място показва, че най-голям е броят на трудовите злополуки, станали на обичайното работно място, а възрастовата група, която е най-уязвима в това отношение е в интервала от 45 до 54 години;
- внимание заслужава връзката между броя на ТЗ и продължителността на трудовия стаж в професията. През 2003 - 2006 г. най-много ТЗ са станали с работещи, които имат придобит трудов стаж до една година;
- продължителността на работа в предприятието – отчита се увеличаване на злополуките при работещите в предприятието от 3 месеца до 1 година;

От проведения от нас анализ на данните за ТЗ проличава, че най-високи стойности на Коефициента на честота на ТЗ за 2007 год. се наблюдава в: Перник (3,32), Стара Загора (2,23), Кърджали (2,24), Добрич и Шумен (2,07), Ловеч (2,00), Варна (1,98), Бургас (1,81) (Табл. 6).

**Разпределение на трудовите злополуки за 2007 год по общ брой, брой на осигурените лица по ТП на НОИ, Коефициент на честота (Кч) и брой на смъртните злополуки**

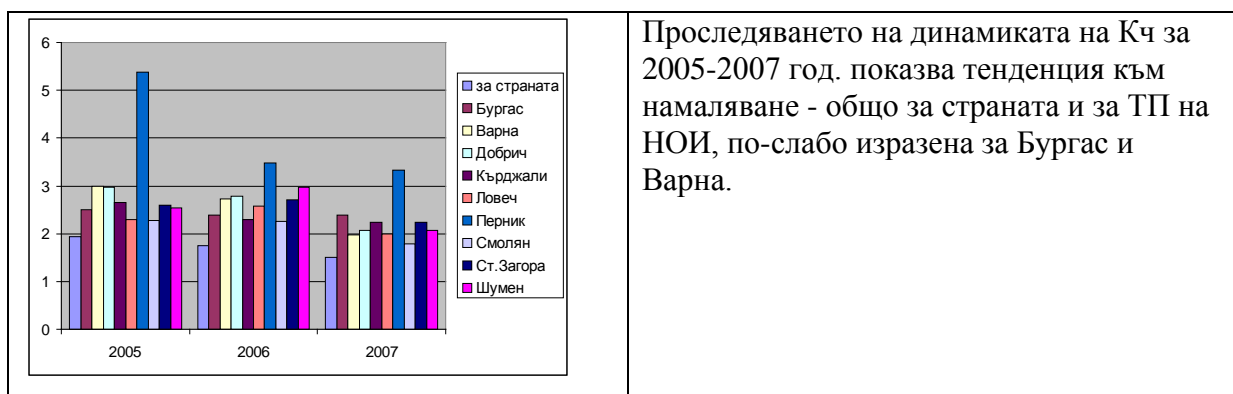
2007год.		Ср.осиг.л	ТЗ-общо	смъртни	Кч
за страната		2522140	3811	179	1,51
1	Благоевград	101743	104	8	1,02
2	Бургас	123039	223	5	1,81
3	Варна	164474	325	8	1,98
4	В.Търново	80802	109	14	1,35
5	Видин	22352	22	1	0,98
6	Враца	50089	58	2	1,16
7	Габрово	47941	77	2	1,61
8	Добрич	48411	100	8	2,07
9	Кърджали	33873	76	2	2,24
10	Кюстендил	36053	53	1	1,47
11	Ловеч	38519	77	1	2,00
12	Монтана	34305	42	2	1,22



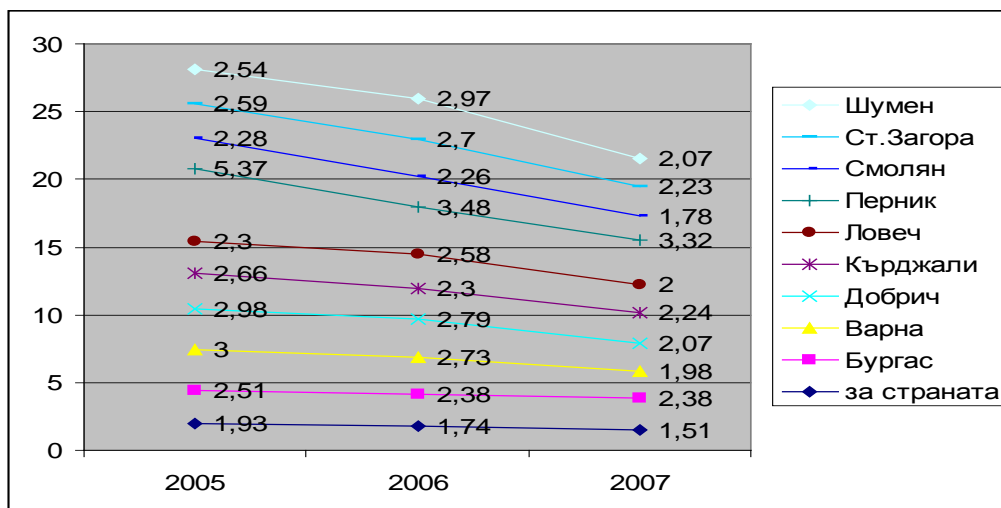
13	Пазарджик	66184	78	6	1,18
14	Перник	32798	109	12	3,32
15	Плевен	72352	91	2	1,26
16	Пловдив	225932	368	16	1,63
17	Разград	32336	52	4	1,61
18	Русе	79757	143	8	1,79
19	Силистра	25699	28	3	1,09
20	Сливен	45106	66	4	1,46
21	Смолян	37602	67	0	1,78
22	София - град	784983	984	46	1,25
23	София - окр.	56529	95	3	1,68
24	Ст. Загора	104817	234	12	2,23
25	Търговище	31980	51	2	1,59
26	Хасково	62695	38	2	0,61
27	Шумен	50136	104	4	2,07
28	Ямбол	31633	37	1	1,17

Най-високи стойности на Кч за 2005 год. се наблюдават в Перник, Бургас, Варна, Добрич, Кърджали, Ст. Загора, за 2006 – Перник, Шумен, Добрич, Варна, Ст. Загора, Ловеч, Бургас, Кърджали, Смолян, за 2007 – Перник, Бургас, Кърджали, Ст. Загора, Добрич, Шумен, Ловеч, Варна, Смолян (Фиг. 16).

Коефициент на честота на ТЗ по ТП на НОИ над средните стойности за страната за 2005 – 2007 год.

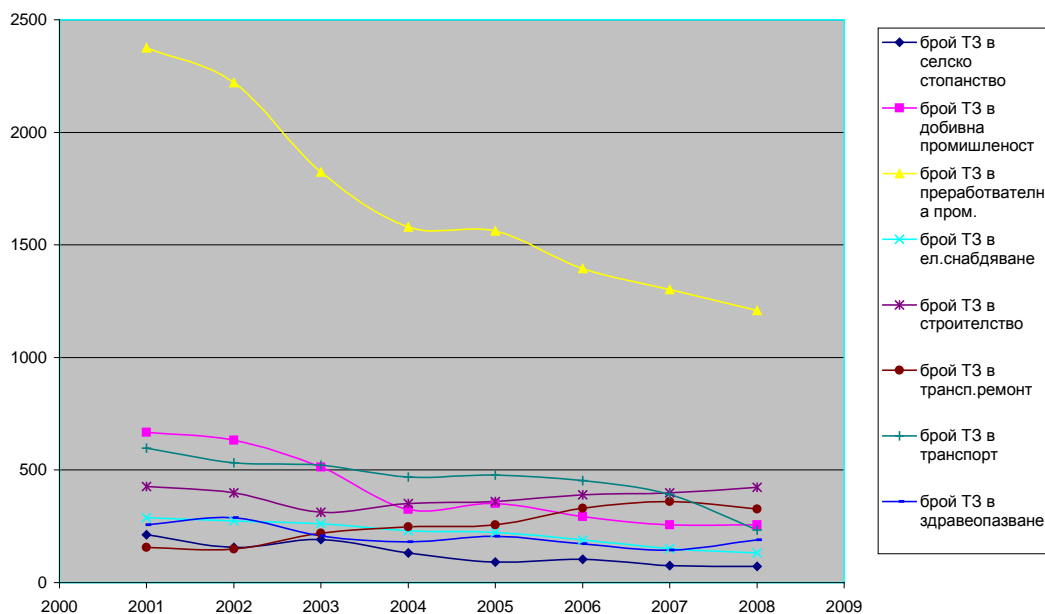


Динамика на Коефициента на честота на ТЗ за 2005 – 2007 год. (Фиг. 17)



Проследяването на динамиката на общия брой на ТЗ по икономически сектори показва значително по-слаба тенденция към намаляване в строителството и транспорта, в сравнение с други икономически сектори, напр. преработвателната промишленост, добивната, селското стопанство (Фиг. 18).

Динамика на общия брой на ТЗ в строителството в сравнение с други икономически сектори /2001-2008 г./





### **Проведени кампании по тематиката през последните три години**

Анализът на резултатите от проведената Национална кампания "Осигуряване на безопасността на труда и осъществяване на трудовите правоотношения при изпълнение на строителни и монтажни работи" за периода 04. - 30.06.2006 г. в дирекции "Областна инспекция по труда" (Д "ОИТ") Бургас, Варна, Добрич, София и София - област и от 15.05. до 30.06.2006 г. във всички Д "ОИТ", показва следните обобщени резултати от кампанията: обхванати от проверки са 2233 строителни предприятия - почти всички действащи строителни обекти; спрени са общо 476 машини, съоръжения, обекти, в т.ч., за допуснати груби нарушения на изискванията ЗБУТ; подадени са четири сигнала до прокуратурата, от които три за наемане на работа на лица под 18 години без разрешение на инспекцията. При проверките е констатирано, че: има значителен ръст на изпълнението на новите изисквания в строителството, в сравнение с кампанията през 2005 г. - първата кампания след влизането в сила на Наредба №2. Проблемите са предимно в качеството на изпълнението на изискванията и формалното им изпълнение (План по безопасност и здраве (ПБЗ); малко са обектите, на които ПБЗ се познава и изпълнява от всички участници в строителството. Допълнително утежняване на това положение се дължи на факта, че много рядко всички работещи на един обект строители и подизпълнители разполагат с копие от ПБЗ или частта от него, отнасяща се за възложената им работа; повсеместна липса на актуализирането му; Назначаване и дейност на координатор по безопасност и здраве - ефектът от наличието на координатор по безопасност и здраве е малък, съществува формализъм, както при избора, така и в действията на координатора, в повечето случаи координаторите знаят какво се изисква да правят, но не са наясно "КАК?" да го правят.

Осигуряване на безопасността на строителните обекти - броят на строителните обекти с пълно съответствие или висока степен на съответствие се е увеличил за всеки един от наблюдаваните показатели. Най-голямо е това увеличение при "Идентификация на дейностите, свързани с опасност от падане на хора в изкопи и затрупване от земни маси и съответстващите мерки за обезопасяване", като в този случай половината от обектите са с положителни показатели. Най-слаба положителна промяна се отчита по показателя "Идентификация на дейностите, свързани с опасност от падане от височина и съответстващите им мерки за обезопасяване", където и процентът на обектите, за които са отчетени пълна или висока степен на съответствие е най-малък. Този факт кореспондира с основната причина за смъртните и инвалидни злополуки в строителството. Независимо от положителната промяна, обезопасеността на българските строителни обекти е все още далеч от изискванията за безопасност. За сравнение например, по показателя "Идентификация на дейностите, свързани с опасност от падане от височина и съответстващите им мерки за обезопасяване", страните от Европейския съюз отчитат "пълно съответствие" в 11 % от строителните обекти и "висока степен на съответствие" в 31 % от обектите (данните са от европейската кампания в строителството през 2003 г.). При проверките е установено, че масово се повтарят нарушения, които са констатирани и при предишни кампании и проверки и за които многократно са давани предписания; занижен контрол от страна на работодатели и длъжностните лица по отношение използване на предоставените лични предпазни средства (каска, колани и др.), което се обуславя и от ниското качество на обучението и инструктажа, както и липса на мотивация за налагане на правилата от непосредствените ръководители (техническите ръководители и бригадирите), в чието присъствие стават нарушенията и които дават и лошия пример. Друга констатация по време на проверките, свързана с ЛПС е и погрешното схващане от страна на строителните предприемачи, че като ЛПС в строителството се ползват само каски. В случаите, когато е необходимо използване



на антифони, очила, респиратори и т.н. за предпазване от определени рискове, то основното нарушение се свежда до тяхната липса.

Вътрешно фирмената организация на дейността по ЗБУТ е оценявана по наличност на:

- разработени вътрешни правила - вътрешно-нормативни актове по ЗБУТ: плановете за предотвратяване и ликвидиране на пожари, аварии и евакуация;
- инструктаж – отсъствие или формално изпълнение;
- орган по БЗ;
- служба по трудова медицина неосигурено ТМО, пропуски в дейността на СТМ при обслужването: липсата на организация и провеждане на предварителни и периодични медицински прегледи, липсата на анализи на заболяемостта и травматизма в предприятията, както и липса на препоръки за организацията на работното място, организацията на труда и трудовото натоварване на заболелите работници и служители;
- комитети и групи по условия на труд
- оценка на риска.

По време на проверките по националната кампания е установиено, че около 50% от фирмите са извършили оценка на риска и са изготвили програма за неговото отстраняване или минимизиране в достатъчна степен.

В не малко случаи оценката на риска е изготвена формално и не отразява действителното състояние на условията на труд на строителния обект. Тези оценки са изготвени от службата по трудова медицина без участието на представители на предприятието строител, използвайки типови оценки на риска, които не отговарят на реалната обстановка в обектите. Липсва актуализиране на оценка на риска, която да обхване всички етапи на договореното строителство за конкретния обект, работното оборудване и параметрите на работната среда, съгласно чл. 15 от Наредба № 2 от 22.03.2004 г.

Нарушенията, свързани с осъществяването на трудовите правоотношения са предимно за: осигуряване на седмична почивка; полагане на извънреден труд, който не се отчита и заплаща; наемане на допълнителни работници за почистване на обекта без писмени договори, като същите не носят лични предпазни средства, не са инструктирани, не спазват установения ред на строежа и им се заплаща на ръка

Резултатите от кампанията показват, че "Строителството" продължава да бъде икономическа дейност с висок процент работни места, неотговарящи на изискванията за ЗБУТ. Този факт е подкрепен и от високия травматизъм (по-специално смъртни и инвалидни злополуки) в отрасъла и налага извода, че тази икономическа дейност трябва да бъде приоритет за предприемане на информационна кампания.

Информационни материали - с подкрепата на Фонд „Условия на труд” са издадени няколко брошури за безопасни и здравословни условия на труд в строителството: „Координатор по безопасност и здраве при работа в строителството”, „Отвори и контури, работа на височина”, „Риск от падане от височина. Защита”, „Подвижни скелета”, „Покривни работи”, „Челни товариачи, дъмперии и самосвали”, „Товарно-разтоварни работи”.



## Производствен травматизъм в специализираните предприятия за хора с увреден слух

В системата на Съюза на глухите в България /СГБ/ има 13 предприятия за хора с увреден слух. Дружествата развиват следните дейности: шивачество; мебелно производство; производство на изделия от пластмаси; полиграфия; обувно производство; строително-бояджийски дейности; производство на метални изделия; АІ и PVC дограма.

Работещите хора с увреден слух са 305 човека.

Представените от СГБ данни са обобщени и анализирани по отношение на извършваните дейности по ЗБР в предприятието (Табл. 7).

### Дейности по ЗБР в поделенията на “Тих труд” ЕООД

Предприятие, дейност	ТЗ 2007-2009	Дейности по ЗБР				
		ТМО от СТМ обхват	Орган по БЗ	Прогр. по БЗУТ	Дейности по ЗБР	Проф.прегледи
ЕООД “Тих труд” Варна Производство на, мебели, дограма, строителни дейности, шивачество	1-2007 г.	Оценка на риска Измервания Периодични прегледи	да	не	Текущи ремонти Технически надзор на машините Оценка на риска от травми, осигуряване на ЛПС	по отношение на обща болестност
ЕООД “Тих труд” Бургас Шивачество, плетачество, производство на пластмасови изделия	1-2007 1-2009	ОР Измервания Периодични прегледи	да	не	Инструктаж Технически надзор на машините Оценка на риска от травми, осигуряване на ЛПС Оценка на риска от опасности на раб.място от СТМ	по отношение на обща болестност
ЕООД “Тих труд” Русе Производство на осветителни тела, електромагнитни вентили	няма	Измервания Периодични прегледи	не	не	Инструктаж	по отношение на обща болестност
ЕООД “Тих труд” Хасково Мебели, дограма, пластмасови изделия, полиграфия, шивачество	няма	Измервания Периодични прегледи	не	не	Инструктаж	Без посочени данни
ЕООД “Тих труд” Плевен Производство на пластмасови и	няма	Измервания Периодични прегледи	не	не	Инструктаж анализ ЗВН	Без посочени данни



метални изделия, шивачество						
<b>ЕООД "Тих труд" Дупница</b> Мебели, дограма, пластм.изделия, шивачество, опаковки	няма	Измервания от СТМ да	не	не	Няма данни	Няма данни
<b>ЕООД "Тих труд" Ямбол</b> Мебели, дограма, ламперии, пластмасови изделия, шивачество	1 – 2008 г.	да	не	не	Инструктаж оценка на риска и анализ на ЗВН от СТМ	Без посочени данни
<b>ЕООД "Тих труд" Г.Оряховица</b> Мебели, дограма	Няма	Няма данни	Няма данни	Няма данни	Няма данни	Няма данни
<b>ЕООД "Тих труд" Лом</b> Пластмасови изделия, полиграфия шивачество	няма	Няма данни	Няма данни	Няма данни	Няма данни	Няма данни
<b>ЕООД "Тих труд" Пловдив</b> Полиграфия, обувно производство, опаковки строителни дейности, шивачество	няма	Няма данни	Няма данни	Няма данни	Няма данни	Няма данни
<b>ЕООД "Тих труд" София</b> Мебели, дограма, пластм.изделия, шивачество	няма	Няма данни	Няма данни	Няма данни	Няма данни	Няма данни
<b>ЕООД "Тих труд" Ст. Загора</b> Полиграфия, строит.дейности, шивачество	няма	Няма данни	Няма данни	Няма данни	Няма данни	Няма данни
<b>ЕООД "Тих труд" Шумен</b> Мебели, дограма ламперии шивачество	няма	Няма данни	Няма данни	Няма данни	Няма данни	Няма данни



От представените по-долу данни за „Действащи технологии, машини, видове опасности и вредности, възможни травми и аварии и превантивни мерки” се вижда, че вниманието е основно по отношение на механични опасности във връзка с използваните машини и съоръжения, без пълен обхват на другите опасности на работното място. (Табл. 8).

№	Действащи технологии	Машини/оборудване	Видове опасности и вредности	Възможни травми
1.	Технологии и машини при производство на: "Плетачни, Шивашки и Трикотажни предприятия"	1. Професионални шевни машини 2. Кръглоплетачни машини 3. Оверлози, покривни машини и бродировъчни машини 4. Бродиращи автомати 5. Автомати и специализирани работни места за конфекционното производство 6. Парогладачна и кройачна техника 7. Машини, CAD/CAM системи 8. Подлепващи материали на хартиена и текстилна основа и шивашки аксесоари. 9. Уреди и приспособления за подаване, контрол на нишката 10. Хартии и консумативи за моделиерни и кройални	1. Опастности от токови удари. 2. Прах от технологични машини и използвана суровина. 3. Опастности от инциденти за получаване на повърхностни и прободни рани при работа с машини. 4. Изгаряния от гладачни машини. 5. Миризми и аерозоли от подлепващи	1. Токови удари 1. Алергий от прах от машини и използвани суровини. 1.3. Повърхностни и прободни рани. 1.4. Изгаряния. 1.5. Не комфортен микроклимат
2.	Технологии и машини при производство на: "Пластмасови изделия"	1. Мелници за пластмаси. 2. Шприц машини за пластмасови изделия и матрици. 3. Машини за надувни пластмасови изделия.	1. Опастности от токови удари. 2. Изгаряния от нагреватели към шприц машини. 3. Миризми от преработван продукт	1.1. Токови удари 1.2. Изгаряния. 1.3. Не комфортен микроклимат
3.	Технология и машини при производство на: "Мебели, дограма и ламперии от дървесина"	1. Бандинг, Циркуляри 2. Абрихт, Шлайф машини 3. Кантовъчни машини 4. Шпинделни машини 5. Фрези 6. Пробивни и Заточващи машини 7. Пистолети и компресори за съгъстен въздух. 8. Заточващи машини – шмиргели и др. 9. Лепачни машини за ленти. 10. Локални аспирационни системи за отвеждане на прах и стърготини.	1. Опастности от токови удари. 2. Изгаряния от нагреватели към кантовъчни машини. 3. Дълбоки прободни и порезни рани от лентови или с ротиращи дърводелски машини. 4. Наранявания на очи при работа със заточни машини. 5. Дървесен прах при обработка на суровината.	1.1. Токови удари 1.2. Изгаряния. 1.3. Прободни и порезни рани. 1.4. Запращаване или нараняване на очи. 1.5. Не комфортен микроклимат от наличие дървесен прах при обработка на дървесна суровина.
4.	Технология и машини в производство: "Полиграфия, опаковки"	1. Офетови машини 2. Машини за ситопечат 3. Машини за широко форматен печат 4. Щанци 5. Машини за тампонен печат 6. Машини за топъл печат 7. Гилотини 8. Машини Ламиниране 9. Книговезка обработка – съгване, шиене, термо лепило и др. 10. поставяне на метално гребени – календари, тетрадки и др.	1. Опастности от токови удари. 2. Изгаряния от нагреватели към машини за топъл печат. 3. Дълбоки порезни рани при невнимателна работа с гилотина 4. Миризми и аерозоли от мастила и печатарски консумативи.	1.1. Токови удари 1.2. Изгаряния. 1.3. Порезни рани. 1.4. Възможност за алергични заболявания от мастила и печатарски консумативи.
5.	Технология и машини в производство: "Бояджийски и ремонтни строителни дейности"	1. Миксери за бояджийски работи 2. Бояджийски машини с компресор 3. Шлайф машини 4. Шприцови машини за мазилки 5. Пробивни машини за дюбели към топлоизолации 6. Флексове 7. Скелета, вишки и др.	1. Опастности от токови удари. 2. Дълбоки порезни рани при невнимателна работа с флексове. 3. Падания от скелета и вишки.	1.1. Токови удари 1.2. Порезни рани. 1.3. Леки, средни или тежки кондузии





Липсват данни за производствен травматизъм при незрящи хора, както и за работещи от отдалечени райони и етнически групи.

### **Производствен травматизъм при хора с увреждания**

Съгласно данните, предоставени от СГБ, ПТ е регистриран в 3 от общо 13-те предприятия.

Осигуряването на ЗБУТ се извършва преди всичко по предписания на ИТ и се свежда главно до предварителен и периодичен инструктаж на работещите, снабдяване с ЛПС, измервания на осветеност, шум и микроклимат на работните места, провеждане на медицински прегледи и изготвяне на карти за оценка на риска при различни видове дейности, без да са обхванати всички аспекти на работата и всички групи опасности на работното място. Само в някои от предприятията има оторизирано лице – Орган по безопасност.

В част от предприятията има осигурено ТМО, което според представените данни е с непълен обхват и се свежда до измервания на някои параметри на работната среда (главно физични фактори) и провеждане на медицински прегледи на работещите, резултатите от които не са отнесени към условията на труд.

Оценката на риска е предоставена изцяло на обслужващата предприятието СТМ (в предприятията, в които има сключен договор със СТМ).

В представените карти за оценка на риска по отделни видове дейности са посочени главно опасности, произтичащи от използваните машини и съоръжения – механични, електричество, пожар. Не са обхванати ергономичните опасности, произтичащи от трудовия процес и психо-социалните фактори.

Движението по пътищата е единен процес, който обединява във всеки един момент водача, автомобила и пътната инфраструктура. По отделно всеки един от тези елементи има определено влияние върху безопасността на движението по пътищата като доминиращо на определет етап се явява поведението на участниците в движението, което се отразява и статистиката на пътнотранспортните произшествия (ПТП) и последствията от тях.

В пътното движение в следствие на ПТП загиват хора от всички възрасти, предимно млади в добро здравословно състояние. През 2008 г. при ПТП са загинали 74 (7%) деца на възраст до 18 г., 187 (17.6%) младежи и девойки от 18 до 24 г., 601 (56.6%) граждани от 25 до 64 г. и 199 (18.8%) възрастни участници над 65 г. Най-голям е броят на пострадалите деца като пътници - 48 убити и 655 тежко ранени. Като пешеходци са пострадали 521 деца, от които 12 са загинали. Като водачи загиналите са 14, а ранените - 209. Над 92 % от младежите и девойките на възраст от 18 до 24 г, пострадали от ПТП, са били водачи и пътници в/на мотрното превозно средство. В групата 25 - 64 г. от ПТП са загинали 601 граждани. От тях водачи са били 319 (53.1%), пътници 154 (25.6%) и пешеходци 128 (21.3%). Най-голям дял от загиналите 199 граждани над 65 г. възраст се пада на пешеходците -129 (64.8%), следват пътниците 44 (22.1%) и водачите 26 (13.1%).

Над 96% от загиналите при ПТП се отнасят към три основни вида произшествия - сблъскване между моторни превозни средства, блъскане на хора извън автомобила (пешеходци, велосипедисти и др.) и пътнотранспортни произшествия с един автомобил без



други участници. Най голям е броят на загиналите вследствие на загуба на управление и блъскане на автомобила в неподвижни препятствия край пътя или преобръщане – 361 (34%). Вследствие сблъсък между два и повече автомобили са загинали 359 (33.8%) души. Най-тежки при този вид проезшествия са челните удари поради неправилно изпреварване и навлизане в лентата за насрещно движение. За периода са блъснати 2716 пешеходци и велосипедисти, при което са загинали 300 души. В резултат на сблъсъци между МПС и каруци през 2008 година са пострадали 117 души, от които 8 са загинали. Над 80 % от ПТП от този вид са настъпили в тъмната част на денонощието. Голяма част от каруците се движат необорудвани съгласно Закона за движението по пътищата, много често се управляват от лица, които не познават правилата за движение. За периода от 2000 до 2008 година, в резултат на сблъсък между МПС и каруца, са пострадали 1314 граждани, от които 136 са загинали. Един от пътищата за намаляване на този тип пътнотранспортни произшествия е подобряване на видимостта, както на превозното средство, така и на пътуващите в каруцата водач и пътници. В по-голямата част от случаите водачите на този вид превозни средства са непълнолетни и не познават правилата за движение.

Като водачи на ППС са загинали 475 (44.8%) граждани, като пътници 308 (29%) и като пешеходци 278 (26.2%). От загиналите водачи 344 (72.4%) са управлявали лек автомобил, 17 (3.6%) товарен автомобил, 73 (15.4%) са били мотоциклетисти и мотопедисти, 35 (7.4%) велосипедисти и 6 (1.3%) каруцари.

Над 94% от жертвите при ПТП са по вина на водачите на моторни превозни средства. Поради превишена и несъобразена скорост са загинали 507 (50%), поради неправилно изпреварване и навлизане в лентата за насрещно движение-145 (14.4%), неспазване на предимство – 77 (7.65%), управление под въздействие на алкохол - 45 (4.5 %) и др.

Проблемът “несъобразена скорост” се отнася до уменията на водача да избира правилно скоростта, съобразно конкретните условия и опасностите в пътното движение. Най-често поради неправилно избрана скорост водачите загубват управление на автомобила и напускат платното за движение или се блъскат в насрещно движещи се МПС. В населените места „скоростта” е една от основните причини за блъскането на пешеходци и велосипедисти. Неправилният избор и превишаването на скоростта през тъмната част от денонощието е причина за над 50 % от смъртните случаи.

Управлението под въздействие на наркотични вещества или други медикаменти не се отчита, поради отсъствие на система и технически средства. Вън от статистиката остават редица фактори, които оказват въздействие върху възможностите на водача адекватно да управлява - умора, депресия, различни заболявания, природни аномалии и др.

През последните години постоянно нараства броя на жертвите по вина на неправопособни водачи, като техния брой през 2008 г. е достигнал 107 (10.1%). В над 80% от случаите неправопособните водачи са управлявали чужд автомобил, предоставен от собственика и в него са се возели пътници. Над 50% от неправопособните водачи са били млади хора от 17 до 25 годишна възраст. По голямата част са в резултат на системно управление на автомобил от страна на неправопособния и с мълчаливата и безотговорна подкрепа на близкото обкръжение - родители, роднини, близки и познати.

Нараства и броя на жертвите на пътнотранспортни произшествия по вина на нови водачи със стаж до 2 години, като броя на загиналите по тяхна вина през 2008 г. е достигнал 173 (16.3%) души.



Като пътници са загинали 308 (29%) граждани, като най-голям е броя на пътниците-жертви в леките автомобили – 278 (93,35).

Сравнително по-нисък спрямо европейските държави е процентът на ползване на обезопасителните средства (колани, каски и детски обезопасителни столчета) от пострадалите при ПТП пътници и водачи. От загиналите пътници и водачи 366 (50%) не са ползвали обезопасителни средства, а от ранените - 2127 (30%). Изключително слабо е ползването на обезопасителните средства от пътниците на задните седалки. От загиналите 111 души само 8 (7.2%) са били обезопасени, а от ранените – 164 (13.9%). Около 6 % от пострадалите като пътници деца са били обезопасени. Повишаването на ползваемостта на обезопасителните системи може да доведе до намаление на жертвите от 35 до 50%.

Пешеходният травматизъм в нашата страна е един от най-високите в европейските страни. През 2008 г. в резултат на ПТП са загинали 278 (26%) пешеходци. Над 92% от тях са били на възраст над 24 години. Най-застрашени от блъскане от автомобил са пешеходците над 65 г. При тях и смъртността е най-висока. Над 74% от от пострадалите пешеходци са блъснати в населените места. Над половината от загиналите пешеходци са станали жертви в тъмната част от денонощието. Най-голям е броят на блъснатите пешеходци когато са пресичали платното за движение.

През тъмната част от денонощието са загинали 495 (46.6%) граждани. Произшествието по тъмно са със значително по-голяма тежест спрямо тези през деня. Най-застрашени през тъмната част от денонощието са пешеходците и велосипедистите поради факта че трудно се забелязват, когато се движат без светлоотразителни елементи и водачът не е в състояние да спре своевременно. За определени видове ПТП честотата на настъпване и тежестта им е по висока през тъмната част от денонощието - такава са единичните произшествия поради загуба на управление и напускане на платното за движение - 53% от загиналите, управлението след употреба на алкохол - над 70% и др. Броят на загиналите по третокласната пътна мрежа в резултат на ПТП е по-голям през тъмната част от денонощието.

Въз основа на резултатите от пътнотранспортните произшествия през 2008 г. и периода 2000-2008 г. могат да се направят следните изводи и препоръки:

Голяма част от пътуващите в автомобила пътници и водачи, пострадали при ПТП, не са били обезопасени. През 2008 г. 366 от загиналите граждани пътници и водачи в автомобилите не са ползвали обезопасителни колани. Броят на ранените, които не са били обезопасени е 2127.

Значително по-слабо се ползват обезопасителните колани на задните седалки (около 7 – 8 %). В случай, че се повиши ползваемостта на обезопасителните средства на 90 - 95%, реално може да се очаква спасяване на 150 граждани от смърт и над 850 от нараняване.

Нараства броят на пострадалите деца като пътници в автомобила. В резултат на ПТП са пострадали като пътници 703 деца, от които 48 са загинали предимно в автомобилите на своите родители и близки. Децата се превозват необезопасени на предните и задните седалки, в скута на възрастните, при което при всеки сблъсък са застрашени от нараняване.

Особено остър е конфликта “пешеходец - МПС”. Пешеходната аварийност в нашата страна е една от най-високите в сравнение с останалите страни от Европейския съюз. Над 26 % от загиналите вследствие на ПТП у нас са пешеходци. В Белгия този процент е 9,9; във Финландия - 11,1; в Австрия - 11,7; Италия - 12,4; Германия - 12,8 и др.



Над 70% от пешеходците са блъснати през тъмната част от денонощието, поради движение с тъмни дрехи, без светлоотразителни елементи, поради което много късно биват забелязвани от водачите и сблъсъкът е неизбежен.

Над 65 % от загиналите пешеходци са блъснати когато са пресичали улицата или пътя, 28 % са загинали докато са се движели по платното за движение и 7 % са загинали в зоната на кръстовищата.

По-голямата част от блъснатите пешеходци са в резултат на превишаване на скоростта от водачите на МПС.

Най-често жертви на произшествията стават пешеходците над 65 годишна възраст, при които се наблюдава и изключително висока смъртност.

Изключително висока е смъртността през тъмната част от денонощието. В резултат на ПТП в тъмната част от денонощието са загинали 495 души и са ранени 2676. Някои видове ПТП настъпват по-често през тъмната част от денонощието - блъскане на пешеходци, напускане платното за движение, блъскане на велосипедист и каруца. Над 70% от произшествията по вина на водачи, употребили алкохол, са настъпили през тъмната част от денонощието. По-голям е техният брой и по третокласната пътна мрежа. Наред със затруднените възможности за адекватно възприемане на пътната обстановка и умората едни от основните причини са слабата видимост на уязвимите участници в движението съчетана с висока скорост и загуба на ориентация по трасето поради недостатъчна сигнализация.

Постоянно нараства броят на ПТП, причинени от неправоспособни водачи. За последните 9 години броят на тежките ПТП и жертвите при тях се е удвоил. Всеки ден по вина на неправоспособни водачи се регистрират тежки ПТП с пострадали хора. В 85% от случаите на тежки катастрофи неправоспособните са управлявали чуждо превозно средство, предоставено им с най-добри чувства от техни близки и познати.

Запазва се тенденцията на нарастване на пътнотранспортните произшествия и жертвите при тях по вина на нови водачи на МПС. Смъртността от ПТП на младите хора от 18 до 24 години е 2,5 по-висока в сравнение с останалите възрастови групи. В нормативно отношение не съществуват специални текстове за повишено внимание към новите водачи и младите хора. Много положителни практики в европейските държави по отношение на подготовката и формирането на умения у новите водачи, за по-високи изисквания към дисциплината на новите водачи не се прилагат у нас. Също така познанията за опасностите застрашаващи живота, здравето и свободата на младите водачи на родителите и близките са много слаби.

Най-голям брой ПТП и жертви при тях са вследствие на превишаване и несъобразяване на скоростта. Скоростта на движението участва на два пъти в ПТП - първо, като причина на загуба на управление на МПС и второ, в тежестта на последствията за хората.

Голям е броят на ПТП и жертвите при тях вследствие на напускане на платното за движение и удари в крайпътни препятствия. В резултат на загуба на управление са пострадали 1711 граждани, от които са загинали 224 души. Високата смъртност при тези ПТП е следствие от изключително големия брой неподвижни необезопасени твърди препятствия - дървета, стълбове, подпорни прегради, билбордове, в непосредствена близост до платното за движение. Напускането на платното за движение в резултат на загуба на



управление е вследствие на неумението на водачите правилно да избират режима на движение, съобразно конкретните условия и собствените си възможности.

В населените места през 2008 г. в резултат на ПТП са пострадали 6715 (67%) граждани, от които 443 (42%) са загинали. Високата аварийност през годините се запазва.

По-високата смъртност в населените места в България в сравнение с редица европейски страни се определя и от големите различия в пътните инфраструктури. У нас рядко се срещат кръгови кръстовища, острови за безопасност на пешеходците, зони с успокоено движение - 30 км/час, велосипедни алеи и др. Пътната инфраструктура в населените места не предоставя еднакви условия за безопасно движение на всички участници в движението. Хората загиват и биват наранявани в селището, където живеят, работят, пазаруват, учат, и поради липса на условия за безопасно движение и отсъствие на необходимите знания за опасностите, които застрашават живота и здравето им.

Най-тежките ПТП се регистрират вследствие на челни удари поради неправилно изпреварване и навлизане в лентата за насрещно движение вследствие на загуба на управление поради слаба квалификация и заспиване, навлизане в насрещната лента в хоризонталните криви поради по-висока скорост и др.

За нарушенията, водещи до навлизане в насрещната лента и застрашаващи сериозно живота и здравето на останалите участници в движението, в нашето законодателство са предвидени значително по-ниски наказания в сравнение с по-голямата част от европейските държави. На редица места с леки криви, където съществува повишена опасност за навлизане в лентата за насрещно движение, липсват разделителни съоръжения.

Автомобилният парк в нашата страна е с ниска степен на пасивна и активна безопасност. Над 85% от автопарка е без въздушни възглавници, системи за спиране и устойчивост, което определя и по високата аварийност и тежест на последствията.

#### **Анализ на потребностите на целевите групи**

**Пътнотранспортният травматизъм е сериозен проблем за общественото здравеопазване,** защото води да преждевременна смъртност, трайна инвалидност и продължително боледуване на здрави хора.

Всяка седмица вследствие на пътнотранспортни произшествия по пътищата на страната ни загиват над 20 души и над 190 биват наранявани. За преодоляване на последствията от тази събития се ангажират стотици близки, познати, спешната медицинска помощ, лечебните заведения, полицията, следствените органи, по късно съдебната система и т.н. Огромни са загубите, които понасят хората и обществото в резултат на пътнотранспортните произшествия. Убиват се и осакатяват хора, други продължително боледуват, десетки хиляди години човешки живот се унищожават, унищожават се материални ценности. Сериозни са проблемите, които възникват в семействата. По данни на ЕИК на ООН загубите в резултат на пътнотранспортните произшествия възлизат на 2% от брутният вътрешен продукт на държавата.

Хората загиват и биват наранявани по един и същи начин в резултат на едни и същи грешки и нарушения. В резултат на поведение, което не е свързано с реалните опасности, които застрашават здравето и живота им. В голяма степен поведението на участниците в движението е свързано и с липса на познания за реалните опасности. Опасности, от които човек незнаещ не се пази, защото не ги вижда и осъзнава, както осъзнава опасността и се пази



да не се пореже, убоде, изгори и т.н. Хората загиват от удара, който получава човешкото тяло при пътнотранспортните произшествия.

Едно изследване на 12 558 пострадали от пътнотранспортни граждани през 2003 г. и обслужени от Националната система на спешна медицинска помощ показва разпределението на травмите, които се получават в резултат на ПТП:

- травми на главата – 7022 - от тях повърхностни травми и рани на главата -3761, фрактури на черепа-520, мозъчна травма-1979, лицева травма- 762;
- травми на гръбначния стълб – 238 - от тях амиелични увреждания на гръбначния стълб-187, миелични увреждания на гръбначния стълб-41;
- травми на гръдния кош – 2505 - от тях повърхностна травма на гръдния кош-1985, фрактура на костите на гръдния кош - 442, вътрешно гръдна травма – 78;
- коремни травми – 213;
- травми на таза – 472;
- травми на горен крайник- 1527 - от тях повърхностни травми на горен крайник-744, фрактури и луксации на горен крайник - 773, травматична ампутация на горен крайник-7;
- травми на долен крайник – 2051 - от тях повърхностни травми на долен крайник-1123, фрактури и луксации на долен крайник - 920, травматична ампутация на долен крайник – 8;
- поли травми - 772.
- екзитус - 960.

Структурата на уврежданията, които получава човешкото тяло, вследствие на пътнотранспортните произшествия в общи линии се запазва доколкото се запазва и структурата на видовете произшествия, при които се получават характерните удари. Намаляването на броя на ударите при определена даденост на пътната инфраструктура и автомобилния парк е в пряка връзка зависимост от поведението на участниците в движението, а намаляването на тежестта на травмите е във връзка с степента на използване на средствата за обезопасяване.

Причини, породили тези проблеми:

- непознаване на опасностите в пътното движение и последствията, свързани с нарушаване на правилата за движение от страна на водачите;
- ниска обществена чувствителност към проблемите на пътната безопасност (сведенията за събитията по пътищата се приемат като съобщение за времето);
- ниска степен на ползване на обезопасителните средства;
- липса на родова памет, личен пример и страх от опасностите;
- недостатъчна информираност за повредите, които може да получи човешкото тяло от удар при различни скорости;



- непознаване на опасностите от промените, които настъпват в човека в резултат на умора, употреба на алкохол, депресия, медикаменти, наркотици, временно неразположение и т.н.

### **Потребности на целевите групи, които проектът може да задоволи:**

#### **Население в активна трудоспособна възраст (между 18 и 65 години):**

- информация за безопасно участие в движението като пешеходци;
- информация за ролята на обезопасителните средства за намаляване на степента на нараняване при пътнотранспортни произшествия;
- съвети за справяне с умората при управление на МПС;
- осъвременена информация за правилно и безопасно участие в движението по улиците и пътищата;
- предоставяне на информация за най опасните нарушения, водещи да тежки пътнотранспортни произшествия с жертви;
- предоставяне на по-съвременна информация за влиянието на алкохола, пушенето, разговорите по мобилните телефони върху възможностите на човек да управлява безопасно;
- информация за практики по безопасно участие в пътното движение.

#### **Уязвими групи население - хора с увреждания, уязвими етнически групи:**

- предоставяне на информацията за безопасен начин на живот, отчитайки спецификата на възприемане на всяка група.

#### **Население в отдалечени райони на страната:**

- информиране на място, посредством използване на всички средства за масово осведомяване, както и електронните медии, специални листовки, разпространени чрез училището, кметството и кръчмите, аудио и видео клипове.

Травматизмът в Европа е третата водеща причина за смърт, следваща сърдечно-съдовите и онкологични заболявания. През 2002 г. от травми са загинали около 800 000 човека (8,3% от всички починали). На всяка травма с летален изход се падат стотици физически или психически травми, водещи до инвалидизация, често за цял живот. Травмите, независимо от тяхната причина и характер, оказват огромно влияние върху здравето на населението и органите на общественото здравеопазване оказващи медицинска помощ и грижа за пострадалите. Травматизмът се явява не само водещ за настъпване на преждевременна смърт и инвалидизация, но и причинява големи обществени разходи. Здравеопазването може да изиграе ключова роля в решаването на този важен проблем, не само лекувайки пациентите, но и придавайки на въпроса за профилактиката на травматизма и съответната разяснителна дейност, статус на приоритетно направление в дейността на здравеопазване и развивайки партньорско сътрудничество с други отрасли на всички нива.

Традиционно битовите травми се класифицират по фактора преднамереност. Основни причини за непреднамерени травми се явяват паданията, отравяния, удавяния, изгаряния и



др. Причина за преднамерени травми се явяват насилие, но не всяко насилие (например, заплахата) води до травми. Насилието се определя като преднамерено използване на физическа сила или заплахата за неговото използване по отношение на самия себе си (самоубийство или самонараняване) или по отношение на друг човек (междучелностно - извършвано над деца, партньори, по-възрастни хора, познати, непознати), групи или съобщества от хора, което довежда до физическа или психологическа травма, смърт, отклонение в развитието или депривация.

Тежестта на битовия травматизъм е разпределена неравномерно. Така, например, в страни с ниско и средно ниво на доходите, особено в източните части на Европа, смъртността при битовия травматизъм е една от най-високите в света, а в страните с високо ниво на доходи тя е една от най-ниските в света. Това е особено вярно за някои от причините за травматизъм, такива като отравяния, самоубийства, които относително рядко се наблюдават в страни с високо ниво на доходи. Убийствата като форма на насилие се явяват четвърта водеща причина за смъртност от травми в Европа. От друга страна даже и в страни с високо ниво на доходи са наблюдавани изразено различие, при което икономически и социално - уязвими групи от населението са подложени на сравнително по-голям риск. Налице са също и различия в показателите между възрастни и полови групи - три четвърти от всички смъртни случаи от травми се падат на мъжете. Непропорционално голяма тежест се пада на хората на възраст до 45 години („нещастни случаи“), в резултат на което травматизмът се явява една от водещите причини за загубени години на продуктивен живот, високи разходи за медицинска помощ и инвалидност. Нарастващ проблем е и голямата част на травмите при възрастни хора, получени в резултат на падания. При това трябва да се отбележи, че при възрастни хора, пострадали от падане или други травми е характерно по-дълъг срок на хоспитализация и по-висок леталитет, което се обяснява с функционалната слабост на техния организъм.

Икономическите разходи, свързани с битовия травматизъм, са много високи. В Обединеното кралство е извършена количествена оценка на разходите, свързани с непреднамерени травми получени в домашни условия. Тази оценка показала, че стойността на тези травми за обществото за една година е 36 млрд. евро.

Проследявайки смъртността от битови травми за периода 2006-2008 г. по данни, предоставени от Националния статистически институт, могат да бъдат направени следните изводи:

- най-голям брой са случаите от групата “умишлено нараняване”, в която се причисляват и самоубийствата, като от тях най-много са случаите на умишлено самонараняване чрез обесване, удавяне и удушаване;
- следваща по брой е групата на паданията, в която преобладават случаите на неизяснените причини, на паданията от/в сграда и ли съоръжение, падане на и от стълби или стъпала, както и случаите, които се дължат на подхлъзване, погрешно стъпване или спъване;
- на трето място се нарежда групата на “Въздействие на неживи механични сили”, в която се причисляват случаите на смърт, причинена от изстрели от ръчно огнестрелно оръжие, удари, притискане, смачкване, заклещване;
- не са малко случаите на смърт, причинени от удавяне и потъване във вода, както и от случайно отравяне и въздействие на отровни вещества, в която група се причисляват случаите на смърт от въздействие на лекарства, алкохол, органични разтворители и др.;





- не са малко случаите и на смърт, причинена от нараняване с неопределени намерения, като в тези случаи се има предвид отравяне и въздействие на наркотици, алкохол, други газове, обесване, удушаване с неопределени намерения и други подобни;
- смъртта, настъпила от злополуки, предизвикани от въздействие на ел. ток, повишени или понижени стойности на температурата на околната среда или атмосферното налягане най-често се дължи на случаите на въздействие на електрически ток;
- злополуките, които са предизвикани от задушавания, задавяния с храна, водещо до запушване на дихателните пътища, вдишване на стомашно съдържимо също не са рядко срещана причина за смърт;
- от същия порядък е и броят на случаите, при които хора са загубили живота си от въздействие на неконтролируем огън (пожар) или настъпило увреждане от запалване на леснозапалими вещества;
- не следва да се пренебрегват и случаите на въздействие на природните сили, причинили смърт най-често от въздействие на прекомерно ниска температура.

Броят на случаите, завършили летално за лица на възраст 18-64 г. за периода 2006-2008 г. е показан на Табл. 9.

Причини за смъртта (МКБ 10)	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Падания	203	190	219
Подхъзване, погрешно стъпване или спъване	6	10	6
Падане на стълби или от стълби, на стъпала или от стъпала	10	13	10
Падане от/в сграда или съоръжение	33	31	32
Падане от дърво	4	3	1
Падане от скала	4	4	1
Падане неуточнено	91	68	110
Въздействие на неживи механични сили	118	129	136
Въздействие на живи механични сили	10	5	11
Случайно удавяне и потъване във вода	103	114	111
Други злополуки със заплаха за дишането	88	73	79
Злополуки, предизвикани от въздействие на ел. ток, повишени или понижени стойности на температурата на околната среда или атмосферното налягане	66	71	61
Въздействие на дим, огън, пламък	43	54	60
Съприкосновение с горещи и нажежени вещества	2	8	4
Контакт с отровни животни и растения	1	8	7
Въздействие на природни сили	88	75	79
Случайно отравяне и въздействие на отровни вещества	109	110	126
Пренапрягане, пътешествия, лишения		2	0
Случайно въздействие на други неуточнени фактори		57	65
Умишлено самонараняване	589	507	575
Нападение	108	106	88
Нараняване с неопределени намерения	118	104	124
Последици от въздействието на външни причини за заболяемост и смъртност	33	23	28



### *АНАЛИЗ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ НА ЦЕЛЕВИТЕ ГРУПИ*

От посочените анализи и проучвания става ясно, че всички хора са еднакво уязвими за вредното въздействие на прекомерната употреба на готварска сол, което води до повишена заболяемост и смъртност у нас от социално значими заболявания: артериална хипертония, мозъчен инсулт, миокарден инфаркт и др.

Информационната кампания трябва да бъде насочена към всички хора в работоспособна възраст в България – на популационно ниво. От тях по-голям интерес представлява групата на хората, приготвящи храната в дома, които предопределят до голяма степен хранителните навици в семейството, особено що се касае до подрастващите.

Основаната част от излишната сол, която приемаме ежедневно, идва от готовите храни – главно хляб и хлебни изделия, консерви ит.н. Значителен проблем е липсата на информация на етикетите на тези продукти за съдържанието на сол, както и липсата на нормативна уредба, която да изисква тази информация.

Особено тревожен е фактът, че от 2007 до 2009 г. съдържанието на сол в хляба е нарастнало двойно – от 1,19 до 1,97 % през 2007 г. до 2,1 – 2,87 % през 2009 г., но и в двата случая е значително над препоръчаните норми по БДС от 0,7 – 1,0 %.

Очакваната полза от информационната кампания е да се увеличи здравната култура на цялото население в трудоспособна възраст, като се наблегне на информираността на хората, които приготвят храната за семейството, което да доведе до промяна на хранително-вкусовите навици и по-малка консумация на готварска сол, с което се очаква намаление на честотата и тежестта на новопоявили се случаи на сърдечно-съдови заболявания, както това вече е факт в страните с вече проведени такива кампании, както и до подобряване контрола на артериалната хипертония у вече заболели пациенти, с което се очаква да се постигне намаление на честотата на усложненията на хипертонията и свързаната с тях сърдечно-съдова смъртност.

От друга страна информационната кампания би следвало да бъде подкрепена след това от съответни промени в нормативната база, така че информираността на населението за вредното въздействие на повишената употреба на сол да бъде съчетана с реална възможност за преценка на количеството консумирана сол от етикетите на готовите хранителни продукти, най-вече на хляба, както и да се намали количеството на сол в тях съобразно стандартите и международните препоръки за превенция на сърдечно-съдови заболявания.

Няма данни за специално проведени кампании във връзка с употребата на наркотици сред групи хора с увреждания (на слуха, на зрението или други) в страната през последните три години, както и за кампании сред турски етнически малцинствени групи. Основната причина за това е липсата на надеждни сигнали и данни за наличие на специфични проблеми, свързани с наркотиците сред тези групи хора.

Що се отнася до ромското малцинство – през 2007 г. във Варна бяха предприети пакет от интервенции по селективна превенция на високо рискови групи с акцент върху превенция на употребата на психоактивни вещества сред подрастващите и семействата в риск. На практика бяха обхванати около 2730 лица от ромския етнос, с допълнителен фокус върху превенция на HIV/СПИН.



В София, Пловдив и Бургас бяха разработени и стартираха аутрич мобилни кабинети и дроп-ин центрове, специфично насочени към роми.

В Перник стартира реализирането на проект ”Не оставяй да те заблудят... научи истината за ХИВ/СПИН”, финансиран от УНИЦЕФ. Целевата група са деца и младежи от ромски произход (VII и VIII кл.) от IX ОУ ”Темелко Ненков”, V СОУ ”П.Р.Славейков”, VI СОУ ”Св.Св.Кирил и Методий”, както и бенефициентите на читалище ”Рома” и читалище ”Рудничар”. Целта на проекта е децата и младежите от целевата група да повишат нивото на знанията си относно превенцията и начините на предаване на ХИВ/СПИН и да променят нагласите си относно рисковото поведение, включително по отношение на наркотиците.

Няма данни за проведени кампании във връзка с употребата на наркотици сред населението в отдалечени райони на страната през последните три години. Основната причина за това е сравнително niskият дял млади хора в тези райони, което ги прави по-слабо привлекателни за развитие на черен пазар за наркотици, а оттам – и по-слабо рискови по отношение на разпространение на употребата им.

От посочените анализи и проучвания става ясно, че всички хора са еднакво уязвими за вредното въздействие на прекомерната употреба на тютюневи изделия.

Информационната кампания трябва да бъде насочена към всички хора в работоспособна възраст в България – на популационно ниво, като по-голямо внимание следва да се обърне на: деца и ученици; бременни и кърмещи жени; войници и курсанти; уязвими етнически групи- роми; млади (до 45 год) работещи; работодатели; тютюнопушачи.

Данните за разпространение на тютюнопушенето у нас налагат фундаментална промяна в:

- подобряване информираността на потребителя;
- осигуряване на високо ниво на защита на рисковите групи (деца, подрастващи, пасивни пушачи и т.н.).
- подържане доверието на потребителя в здравословния начин на живот;
- интервенциите за ограничаване разпространението на тютюнопушенето да се прилагат по цялата епидемиологична верига на употребата на тютюна;

Целите на една кампания следва да бъдат:

- подпомагане изграждането на отношение, нагласи и поведение на обществена нетърпимост към тютюнопушенето сред населението;
- предотвратяване започването на тютюнопушенето при децата;
- ограничаване разпространението на тютюнопушенето сред жените;
- ограничаване разпространението на тютюнопушенето сред населението в страната, с акцент- ромското население;
- опазване здравето на непушачите и осигуряване живот и работа в среда, свободна от тютюнев дим.

За удовлетворяването на всяка потребност може да се работи на няколко равнища:

- индивидуално;



- групово с акцент към лица в неравностойно положение, хора с увреждания, лица от различни етнически общности и хора, живеещи в отдалечени райони;
- институционално;
- извънинституционално.

Необходими дейности:

- провеждане на национално проучване с оглед изучаване на познанията, нагласите и уменията на населението в активна трудоспособна възраст за здравния риск от употребата на тютюневи изделия;
- разработване и провеждане на Национална здравна информационна кампания, която да предостави на потребителите актуални данни за: последиците от тютюнопушене и съвременни методи за лечение на зависимостта („обучение по умения”, терапия на „неохотното пушене”, терапията за контакт „лице в лице”, никотинозаместваща терапия и др.);
- осигуряване на време и място в електронните и печатни медии за разпространение на посланията.

Повишаване информираността на населението и създаване на обществена нетърпимост към тютюнопушенето чрез:

- разработване на печатни информационни материали;
- разработване на специфични послания за населението като цяло и за всяка рискова група, с акцент към ромското население;
- разпространение на посланията чрез изготвяне на видео и аудиоклипове, плакати, брошури, билбордове, стикери и др.;
- провеждане на кампании и конкурси;
- провеждане на семинари със журналисти на централно и областно ниво за задачите на кампанията и активно медийно представяне на информация за здравно-социалните и икономически вреди от тютюнопушенето;
- учредяване и връчване на годишни награди за медии и журналисти с най-активно участие в борбата срещу тютюнопушенето;
- осигуряване на време и място в електронните и печатни средства за масова информация за разпространение на послания, клипове, филми и др. и провеждане на публични дискусии с цел промоция на живот без тютюнев дим и формиране на обществена нетърпимост към тютюнопушенето.

Изграждане на човешки ресурси за провеждане на здравно-образователна работа на индивидуално и групово ниво в обществото за формиране на обществена нетърпимост към тютюнопушенето чрез:

- обучение на неформални лидери - подрастващи и младите хора за работа с техните връстници по проблемите на ограничаване и предотвратяване на тютюнопушенето, като се разработят образователни материали за обучение на връстници от връстници;



- обучение на неформални лидери на малцинствени групи за работа сред малцинствата, като се разработят образователни материали лидери на малцинствени групи и се проведат курсове за обучение;
- разработване на уеб-сайт, включващ информация за потребители и производители;
- проучвания за качеството и адекватността на информационните материали и здравно-промотивните дейности, провеждани от средствата за масова информация.

Ключови играчи: експерти, целеви групи, неправителствени организации, тютюнева индустрия, организации на потребителите и др.

Очаквани резултати:

- повишаване на информираността на населението;
- намаляване на разпространението на тютюнопушенето сред населението, с акцент при младите хора;
- създаване на непримиримост на обществото към тютюнопушенето.

Мониторинг и критерии за оценка:

- провеждане на проучвания за знанията, отношението, нагласите и практиката по отношение тютюнопушенето;
- извършване на експертни оценки за нивото на заболяемостта и смъртността от заболявания, свързани с тютюнопушенето;
- проучвания за качеството и адекватността на информационните материали и здравно-промотивните дейности провеждани от средствата за масова информация.

На основание на проведения анализ на производствения травматизъм по данните от Информационната система на НОИ и при работа на хора с увреждания, на обобщените резултати от кампанията на ГИТ, както и на базата на европейския опит, като целеви групи за информационната кампания за намаляване на трудовите злополуки може да се дефинират:

- работодатели и работещи от фирми от традиционно рискови отрасли (строителство, транспорт, добивна и преработваща промишленост, здравеопазване), в които са регистрирани най-висок общ брой на ТЗ, на смъртните злополуки и на тези с изход инвалидизация;
- работодатели, работещи и население от градовете с най-висок общ брой на регистрираните ТЗ и на Коефициента на честота (брой ТЗ спрямо 1000 осигурени лица): Перник, Добрич, Варна, Бургас;
- млади (до 29 год) и възрастни (над 45 год) работещи;
- работещи с нисък образователен ценз;
- работещи с трудов стаж по специалността под 1 год.;
- работещи в микро (до 10 работника) и малки (до 50 работника) предприятия;



- от отдалечени райони (напр. дърводобив, дървопреработване, рудодобив).

На базата на резултатите от проведения анализ на данните за общия брой на ТЗ, на смъртните злополуки и на тези с изход инвалидизация и установената трайна тенденция към намаляване на общия брой на ТЗ при увеличаване на общия брой на ТЗ със смъртен изход, както и на основание на резултатите от проведената кампания на ГИТ, по отношение на целевите групи могат да се дефинират следните потребности от действия за:

- подобряване на качеството на дейностите по ЗБР на фирмено ниво и приложение на добри практики;
- осъзнаване, че осигуряването на условия за ЗБУТ има ключово значение за икономически просперитет не само за фирмата/организацията, но и за отделния индивид и за цялата нация;
- изграждане на фирмена политика и стратегия по ЗБР;
- изграждане на култура за превенция у работодателите и у работещите;
- насърчаване на съвместни усилия на работодателите и работещите за минимизиране на риска;
- изграждане на нов тип поведение на работещите на работното място. Опитът на европейските страни показва, че устойчиво намаляване на ТЗ се постига не само с предприемането на превантивни мерки, но и с действия от страна на работодателите за стриктно приложение на законодателството, при осигуреното участие на работещите. Това може да се постигне с: дейности за информиране на работещите, подобряването на съзнанието за БЗР и обучение за овладяването на безопасна работна техника от работещите.

При планирането на различните действия за повишаване информираността (за повишаване на съзнанието за ЗБР) - не само на работещите, но и на цялото общество, следва да се вземат предвид няколко важни предпоставки:

- структурата на работната сила – увеличаване дела на застаряващите работници, които са по - уязвима група за ТЗ;
- насоченост към младите работещи и тези с малък трудов стаж по специалността;
- образователното ниво на работещите като предпоставка за овладяване на нови технологии за опазване на здравето и безопасността при работа – съобразяване с по-голямата уязвимост на работещите с нисък образователен ценз;
- характеристиката на условията на труд в България, в сравнение с другите страни от ЕС – по-голям относителен дял на заетите в традиционно рисковите отрасли за трудови злополуки – строителство, селско стопанство, транспорт, добивна и преработвателна промишленост; по-висок дял на работещите с предпоставки за стрес при работа, който повишава риска за възникване на трудови злополуки; увеличаване дела на микро- и малките предприятия, в които знанията и опита за осигуряване на ЗБР са на по-ниско ниво, а използването на стари технологии, машини и съоръжения е свързано с по-висок риск за трудови злополуки;

**По отношение на транспортния травматизъм целеви групи са:**

- население в активна трудоспособна възраст (между 18 и 65 години) - пътници в автомобилите, пешеходци, нови водачи, неправопособни водачи и техните близки;
- уязвими групи население: хора с увреждания – слепи - участието им в пътно движение като пешеходци и пътници в автомобилите; глухи - участието им в пътно движение като пешеходци, пътници и водачи на МПС; уязвими етнически групи- участието им в пътно движение като пешеходци, водачи на автомобили и превозни средства с животинска тяга, движение през тъмната част от денонощието;
- население в отдалечени райони на страната - неправоспособни водачи, водачи управляващи след употреба на алкохол, пешеходци движещи се в тъмната част от денонощието.

**Проблеми на отделните целеви групи се изразяват в:****За население в активна трудоспособна възраст (между 18 и 65 години):**

- недостатъчна мотивираност за спазване на правилата за движение по пътищата;
- липса на финансова възможност за закупуване на по-качествени автомобили и получаване на по-добра подготовка за управление;
- изпадане в състояние на агресия поради засилен трафик на движението и увеличени задръствания по пътните артерии в града;
- лоши пътни условия и неясна или липсваща сигнализация;
- умора, болестно състояние, хронично заболяване;
- невнимание при участие в пътно движение;
- употреба на алкохол и психотропни вещества;
- невнимание при извършване на различни видове маневри и преминаване през конфликтни участъци от пътната мрежа;
- наранявания вследствие грешки и нарушения на правилата за движение;
- незаинтересованост от шофиране в рамките, позволени от закона;
- неотчитане на опасностите от неспазването на Закона за движение по пътищата;
- разсеяност при участие в пътно движение.

**Уязвими групи население** (групи със специфичен риск за здравето; деца и млади хора, пешеходци, велосипедисти, необезопасени пътници и водачи, уморени водачи и водачи под въздействието на алкохол или други упойващи вещества, в депресия и т.н., каруцари, пешеходци и велосипедисти без светло отразителни елементи, възрастни хора над 65 години):

- недостатъчно разпространение на специфичните за всяка група знания за безопасно участие в пътно движение с цел по-лесно разпознаване на опасностите и предпазване от тях (използване на брайлово писмо, клипове с надписи за лицата с увреден



слух, достъпен език за разбиране от етническите групи и социално изключените групи и общности);

- необходимост от оцеляване - отсъства приоритет за безопасно участие в пътното движение като елемент от здравословния начин на живот;
- икономическа невъзможност за закупуване на по-безопасни автомобили;
- незаинтересованост от спазване и непознаване на правилата за участие в пътното движение от пешеходците;
- незаинтересованост и непознаване на опасностите за здравето при неползване на обезопасителните средства (обезопасителни колани, защитни каски, детски задържащи системи) от водачи и пътници в и на МПС;
- непознаване на собствените си възможности за реакция в критични ситуации;
- преминаване през платното за движение, без да се спира и оглежда за идващи автомобили;
- движение по платното за движение.

#### **Население в отдалечени райони на страната:**

- липса на информация за опасностите и последствията, които могат да се получат от управление на моторни превозни средства от неправоспособни и водачи, употребили алкохол;
- спазването на правилата на движение не е приоритет и не се свързва с ежедневните опасности, които застрашават живота и здравето на хората; (собственици предоставят автомобилите си на неправоспособни и пияни водачи с най-добри чувства, други се качват на автомобила, който се управлява от неправоспособен и пиян водач, не се ползват обезопасителни средства-колани, каски и детски задържащи системи и т.н.);
- шофиране в нетрезво състояние;
- управление на технически неизправни и нерегистрирани автомобили;
- невнимание и грешки при управление на МПС;
- закъсняло оказване на специализирана медицинска помощ.

#### **По отношение на битовия травматизъм целеви групи са:**

- население в активна трудоспособна възраст;
- уязвими групи население (лица в неравностойно положение, хора с увреждания, групи със специфичен здравен риск);
- лица от различни етнически общности;
- лица, живеещи в отдалечени райони;
- лица, живеещи в силно урбанизирани райони.

Общите цели са свързани с:





- привличане на вниманието към мащабите на битовия травматизъм в страната и отделните области, както и разходите свързани с него;
- описание на основните проблеми в битовия травматизъм;
- повишаване нивото на знания, умения и мотивация у хората за избягване на битови травми.

#### **Специфични цели:**

- повишаване информираността, особено на уязвимите групи, по отношение на рисковите фактори, свързани с битовия травматизъм;
- промяна в поведението по отношение на битови дейности, водещи до чести травми/огън, електричество, уреди и др./;
- повишаване знанията, особено на уязвимите групи, по отношение начина на поведение и необходимите действия при бедствия и масов травматизъм;
- повишаване знанията за оказване на първа помощ при травматично нараняване.

#### ***ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ***

При направения анализ на съществуващите данни за **консумация на сол** от населението в България могат да се направят следните изводи:

- средният дневен прием на сол чрез храната от населението в трудоспособна възраст в България е около 7 g, като не се наблюдават различия в средната консумация на сол в зависимост от етническата принадлежност;
- наблюдава се широка вариабилност в консумацията на сол от населението в България, като високите нива на прием (95P) са от 13 g за представителите на българското и турско население и 12 g за тези от ромския етнос;
- висок е относителният дял на населението в България – около 70% с прием на сол над препоръчаните за здравословни нива от 5 g на ден, като съществени различия в зависимост от етническия произход не се наблюдават;
- висока консумация на сол се установява и при изследване екскреция на натрий в 24 часова порция урина на населението от Варненски регион. Установена е изразена вариабилност в приема на сол (между 11,0 g и 17,6 g сол на ден) по-висока през зимата в сравнение с лятото и при мъжете в сравнение с жените;
- основни градиращи по тежест източници на сол в храненето на населението в България, са промишлено преработените храни – хляб и хлебни изделия, месните продукти, сирената и готовите за консумация храни (супи, бульони и др.);
- над 45 % от изследваните лица в активна възраст посоляват храната си допълнително, като най-висок е относителният дял на ромите, които посоляват храната си преди да са я опитали - 15,25% и на българите, които солят след като опитат храната 40,6%.



Данните от проучване хранителните навици, поведение и познания на населението във Варненски регион показват:

- навици за прекомерна употреба на сол са разпространени в по-голяма степен сред хората от селския район, мъжете, по-младите възрастови групи и ниско образованите лица. Хранителните навици в семейството, вкусовите предпочитания и липсата на възможност за избор на храни с намалено съдържание на сол (наличност на пазара, липса на адекватно етикетирание) са едни от основните фактори, определящи високата консумация на сол.
- налице са сходни тенденции в знанията и навигите за консумация на сол по социално-демографски признаци: хората от селския район и с по-нисък образователен статус имат по-ниски нива на знания;
- съществува необходимост от повишаване информираността и познанията на населението по отношение механизма на въздействие на солта върху организма, съдържанието на сол в храните, препоръчителните нива за прием на сол, източниците на сол в храната, търсене на хранителна информация върху етикетите и др.;
- установено е, че основни източници на информация по темата за солта са медиите – телевизия, здравни списания и вестници;
- сред предпочитаните източници на информация от населението в активна възраст на първо място са здравните специалисти, а като форма на предаване на информация са посочени консултациите, беседите, дискусиите.

#### **Необходими дейности:**

Посочените резултати определят необходимостта от:

- провеждане на национално проучване на познанията, нагласите и уменията на населението в активна трудоспособна възраст за здравния риск при висока консумация на сол и оценка на хранителното поведение по отношение приема на сол;
- разработване и провеждане на Национална здравна информационна кампания, която да предостави на потребителите актуални данни за риска от прекомерната консумация на сол, да им даде възможност за информиран избор на храни и за промяна в хранително поведение, насочена към ограничаване консумацията на готварска сол;
- разпространяване на здравни знания със специализиран подход към лица в неравностойно положение, хора с увреждания, лица от уязвими групи, лица от различни етнически общности и хора, живеещи в отдалечени райони.

#### **Специфични цели** на информационната кампания за редукция на солта:

- повишаване информираността на населението в активна възраст, особено на уязвимите групи, по отношение на поведенческите рискови фактори, свързани със значителната консумация на готварска сол;
- повишаване информираността на населението в активна трудоспособна възраст и от уязвимите групи като провокира техния интерес за връзката между високата консумация на сол и риска за здравето както и за положителните ефекти върху здравето при намаляване приема на сол;



- формиране на положителна нагласа и промяна в хранителното поведение у населението в активна трудоспособна възраст и от целевите групи към намаляване консумацията на сол;
- формиране на положителна нагласа и повишена отговорност на хората, приготвящи храната за семейството за намаляване на количеството използвана сол, както и при формирането на хранително-вкусовите навици на семейството и особено у подрастващите.

**Повишаване информираността на населението относно неблагоприятните здравни ефекти при висока консумация на сол чрез разработване и провеждане на:**

- здравно-образователни материали с практически препоръки за редукия приема на сол (брошури, лифлети, флаери и др.);
- провеждане лекции, семинари, интерактивно обучение на целевите групи;
- разработване на уеб-сайт, включващ информация за потребители и производители;
- разработване на здравно-образователни филми;
- създаване на TV клип, който да се излъчва национални и регионални телевизии;
- създаване на билборд;
- разработване на рекламни материали с послания за намаляване консумацията на сол – “Солта и Вашето здраве”, “Източници на сол във Вашето хранене” и др.;
- разработване и разпространение на материали за правилно интерпретиране информацията за съдържанието на натрий/сол от етикетите на храните - “Провери етикета!”, “А ти видя ли етикета?” и др.

**Подходи за провеждане на информационни кампании:**

Към целевите групи трябва да се подходи по няколко канала едновременно - чрез класическа реклама, PR дейности, сътрудничество с медиите, организиране на събития, и т.н. Потребителите използват различни медии и други източници на информация.

Отправяните послания трябва да бъдат интерпретирани от различни информационни източници, така че да постигнат необходимото покритие и максимални резултати в мотивирането на целевите групи към действие. Кръстосаният медиен подход към всички важни информационни канали като печатни медии, интернет, радио и телевизия е един интегриран начин за комуникация.

Разпространението на ключовите послания да бъде подкрепено от личности формиращи общественото мнение като диетолози, лекари, журналисти и др., които да подпомагат информационните кампании.

Различните способности на комуникационната стратегия да се комбинират помежду си така, че по оптимален начин да бъде постигнат желаният информационен ефект, а целевите групи да бъдат мотивирани към действие.

От важно значение е формирането на подходящи послания към целевите групи като се има предвид, че по-големите градове имат определени преимущества - по-добра



инфраструктура, по-висок стандарт на живот и по-висока концентрация на населението. Градските жители са обикновено по-образовани, респективно по-информирани и като такива са отворени към нови послания и идеи. Провеждането на различни дейности в по-големи градове косвено мултиплицира техния ефект, като оказва влияние през целия период на кампанията.

Методите на действие и различните дейности да ангажират максимално общественото съзнание.

Осигуряване на приемственост по време на информационната кампания така, че да се постигнат възможно най-добри резултати. Всички действия са свързани помежду си и се подпомагат взаимно по време на информационната кампания, така че да се постигне възможно най-добрия резултат

Поради липса на специфични алармиращи данни за различаваща се употреба на наркотични вещества сред населението в отдалечени райони на страната и като цяло сред уязвимите групи население изводите са валидни за цялото население в активна трудоспособна възраст (между 18 и 65 години), с акцент върху младите хора (до 30 години) и ромското население (в съответствие с насочеността на настоящия проект).

***По отношение на разпространение на наркотични вещества сред населението могат да бъдат направени следните изводи:***

- нараства броят на хората с опит в употребата на наркотични вещества (които поне веднъж в живота си са употребили някакво наркотично вещество), най-вече за сметка на употребилите канабис;
- умерено се увеличава броят на лицата, текущо употребяващи някакво наркотично вещество, най-вече канабис и/или синтетични стимуланти (амфетамини, екстази);
- най-масово употребяваното наркотично вещество остава канабисът, и по-конкретно – марихуаната, като новият момент е нарастването броя на лицата с някаква форма на интензивна употреба на канабис;
- хероинът е веществото, което остава най-тясно свързано с проблемната употреба на наркотици;
- като цяло нараства употребата на синтетичните стимуланти - амфетамини и вещества от типа на екстази, както и в по-малка степен - на кокаин;
- все още със слаби темпове, но постепенно навлиза употребата на метамфетамини.

***По отношение на профила на употребяващите:***

- употребата и злоупотребата с наркотични вещества в България остава проблем, свързан най-вече с младите хора, в т.ч. с учениците;
- специално внимание би трябвало да се отдели на учениците, не на последно място поради почти двойното увеличаване на дела на употребилите канабис и амфетамини между IX и XII клас;



- разраства се моделът на паралелна употреба на повече от едно вещество (поли-употреба), но като цяло най-масовото вещество е канабисът, а най-проблемното – хероинът;
- продължава да съществува специфика в моделите на употреба на наркотични вещества сред отделни социално-демографски групи – напр. засилена употреба на синтетични стимуланти сред посетителите на дискотеки и рейв-партита, на халюциногени – сред посетителите на техно-партита, на хероин – сред ромското население (при това предимно инжекционно), на инхаланти – сред маргинални групи и т.н.

***По отношение на последиците от употребата на наркотици:***

- запазва се тревожната тенденция в България да се откриват нови ХИВ - позитивни сред употребяващите интравенозно наркотици;
- прогресивно нараства броят на починалите по причини, свързани с употребата на наркотици в България.

***По отношение на факторите, които оказват или основателно биха могли да оказват влияние върху равнището на употреба на наркотични вещества:***

- проучванията показват, че сред основните фактори, които биха могли да оказват влияние са 3 основни сфери в живота на младия човек - семейството, училището и приятелския кръг;
- местата за развлечения на младите хора са едно от основните места за употреба - метамфетамините са от групата на „дискотечните” наркотици, което само по себе си говори, че основната им употреба е в местата за развлечения, което е валидно и за амфетамините, веществата от типа „екстази”, марихуаната;
- неинформираността относно въздействието на наркотиците и още повече – на последиците от тях също е сред основните фактори, оказващи влияние върху равнището на употреба – най-вече сред най-младото население, ромското население и вероятно сред младото население на малките (отдалечени) населени места.

***Препоръки по отношение провеждането на кампанията:***

Според достъпната информация и продължителните наблюдения най-вероятно би било подходящо бъдеща информационна кампания във връзка с употребата на наркотични вещества да се съобрази със следното:

- да бъде насочена към младото и ромското население;
- да се обърне внимание върху информираността за последиците от употребата, най-вече сред най-младото и ромското население;
- да се фокусира вниманието върху влиянието на местата за развлечения;
- да се постави акцент върху семейството, училището и приятелския кръг;
- да се отдели внимание върху процесите в ученическата възраст;
- да се обърне специално внимание на интензивната форма на употреба на канабис.



Въз основа на направените проучвания и наблюдения в областта на ограничаване на тютюнопушенето могат да се направят следните изводи:

- висок относителен дял, вариращ в отделните проучвания от 40- 50% на пушачите в групата до 45 години. при уговорката, че статистическите данни, макар и получени при анонимни анкети, може и да се различават от реалността, поради възможността някои от анкетираните да не са дали верни отговори;
- слаба динамика на разпространение при мъжете, като относителният дял на мъжете - редовни пушачи намалява постепенно - от 49,3% през 1996 г. до 37,6% през 2007 г. Намалението е характерно за всички възрастови групи без групата 25 - 34 години, където от 2002 до 2007 година има увеличение - от 42,1% на 49,7%.;
- много висок относителен дял на мъжете - пушачи във възрастовата група от 20 до 45 г., т.е. двама от всеки трима мъже в тази активна възраст са пушачи;
- нарастването на честотата на тютюнопушенето е особено бързо при жените (от около 15% до 30% през последните 15 години), като България има най-висока честота на тютюнопушене сред жените (20-64 години) в страните от ЕС и е с втората най-висока честота сред мъжете;
- снижаване на долната възрастова граница на започване на тютюнопушенето - 39 % от пушачите започват да пушат на възраст под 13 години;
- нарастване на честотата на пушенето сред най-младите възрастови групи, характерно за всички области в страната; като с намаляването на възрастта се наблюдава ясно изразена тенденция на намаляване на никога непушилите, което означава, че епидемията на тютюнопушене в България се разраства;
- коефициентът на отказване от тютюнопушене, изчислен като съотношение между бивши пушачи и общия брой на настоящите и бившите пушачи, нараства с възрастта и при двата пола, но със значително по-голяма стъпка при мъжете и при селското население, вероятно по икономически съображения;
- наблюдават се съществени различия в количеството изпушени цигари дневно: мъжете изпушват 2.6 по-голямо количество цигари в сравнение с жените;
- съпоставката между изследваните групи – българи, роми и турци сочи, че различията между настоящите пушачи са значими само при жените от турски произход - 10.5%, спрямо 18.4% жени от ромски произход и 18.9% (общо жени от 3-те групи: българки, ромки и туркини);
- над  $\frac{3}{4}$  от жените от 3-те етнически групи никога не са били пушачки, като най-високият относителен дял е при жените (непушачки) от турски произход – 87.1%, а най-нисък при ромските жени – 76.5%. Отношението жени/мъже не пушачи общо за 3-те групи е 1.4; при ромите- 1.3; при лицата от турски произход -1.5;
- редовните пушачи се срещат по-често в градовете (27.1% ), в сравнение със селата (22.8%), като епизодичните пушачи в градовете са два пъти повече, а различията са несъществени при 3-те етнически групи;
- най-висока е честотата на тютюнопушене сред лицата със средно образование; - 35.9 % (общо за 3-те групи наблюдавани лица). Този дял е значително по-висок при ромското население – 42.4%. Прави впечатление, че необразованите лица посягат към



цигарата по-рядко 11.9% (групата на българи, роми и турци); 22.5% - при ромите и 10.4% - при лицата с турски произход. Над от лицата с висше образование от трите етноса са настоящи пушачи;

- половината от анкетираниите лица 50,2% са изложени на тютюнев дим в къщи. Повече от 5 часа дневно прекарват на място, където се пуши 12,2% от анкетираниите; между 1 и 5 часа, и по-малко от един час, съответно 20,0% и 19,9% от запитаните;
- съществува асоцииран с пушенето клъстеринг на рискови поведения при анкетираниите, при който колкото по-голяма е интензивността на пушенето, толкова повече в поведенческия репертоар на личността се откриват други рискови поведения. Съществуват позитивни корелации между интензивността на пушенето, от една страна, а от друга - интензивността на пиенето, честотата на правенето на секс и броя на сексуалните партньори;
- съществува социален клъстеринг на пушенето, при който анкетираниите лица формират около себе си кръг от приятели и партньори, които пушат по идентичен на тях начин и пушенето функционира като част от някакъв общ групов модел на поведение, по-силно значим при интимните, отколкото при приятелските отношения.

Проведеният анализ на данните за производствения травматизъм от Информационната система на НОИ показва:

- през 2008 год. най-висок общ брой ТЗ са регистрирани в строителството (423), търговия на едро и търговско посредничество без търговия с автомобили и мотоциклети (210), производство на машини, оборудване и домакински уреди (208), здравеопазване (190), сухопътен транспорт, вкл. тръбопроводния (197), производство на хранителни продукти и напитки (178), добив на метални руди (157);
- най-висок общ брой смъртни ТЗ са станали в строителство, сухопътен транспорт, търговия на едро, производство на метални изделия, търговия на дребно, производство на машини и оборудване, здравеопазване;
- най-висок общ брой ТЗ с изход инвалидизация са станали в строителство, производство на хранителни продукти, производство от неметални суровини, производство на дървесна маса, производство и леене на метали, воден транспорт;
- общият брой на смъртните злополуки по ТП на НОИ е най-висок в София град, Пловдив, Варна, Ст. Загора, Благоевград, Бургас;
- Най-високи стойности на Коефициента на честота на ТЗ за 2007 год. се наблюдава в: Перник (3,32), Стара Загора (2,23), Кърджали (2,24), Добрич(2,07), Ловеч (2,00), Варна (1,98), Бургас (1,81);
- динамиката на общия брой на ТЗ по икономически сектори показва, че в строителството и транспорта, в сравнение с другите икономически сектори, напр. преработвателната промишленост, добивната, селското стопанство тенденция към намаляване на общия брой на ТЗ не се наблюдава;

На основание на анализа на резултатите от проведената кампания от ГИТ във фирми на строителството и данните за производствения травматизъм при хора с увреждания, се налага констатацията за непознаване или формално прилагане на новите подходи за осигуряване на здраве и безопасност при работа, утвърдени в законодателството, както от работодателите, така и от работещите:



- проблемите във връзка с осигуряването на БЗР са предимно по отношение на качеството на изпълнението на изискванията и формалното им изпълнение;
- все още при по-голямата част от работодателите и работещите отсъства разбирането, че осигуряването на условия ЗБУТ има ключово значение за икономически просперитет не само за фирмата/организацията, но и за отделния индивид и за цялата нация;
- липсва фирмена политика и стратегия по БЗР, изградена на базата на правилно извършена оценка на риска и приоритизирането на рисковете;
- в много от фирмите липсва длъжностно лице – орган по БЗ или длъжността се изпълнява формално;
- от прилаганите дейности по ЗБР най-голямо внимание се обръща на инструктажа на работещите (ежедневен и периодичен), който обаче често е формален;
- масово се повтарят нарушения, които са констатирани и при предишни кампании и проверки и за които многократно са давани предписания относно: занижен контрол от страна на работодателите и длъжностните лица по отношение използване на предоставените ЛПС (каска, колани и др.), което се обуславя и от ниското качество на обучението и инструктажа, както и липса на мотивация за налагане на правилата от непосредствените ръководители (техническите ръководители и бригадирите), в чието присъствие стават нарушенията и които дават и лошия пример;
- безопасността на българските строителни обекти е все още далеч от изискванията;
- оценката на безопасността показва, че "Строителството" продължава да бъде икономическа дейност с висок процент работни места, неотговарящи на изискванията за ЗБУТ. Този факт е подкрепен и от високия травматизъм (по-специално смъртни и инвалидни злополуки) в отрасъла и налага извода, че тази икономическа дейност трябва да бъде приоритет;
- законовото задължение на работодателя да осигурява ТМО от СТМ се изпълнява само за част от строителните фирми и от предприятията за хора с увреждания;
- при фирмите, за които ТМО е осигурено, то е с непълен обхват, свежда се до провеждане на измервания на някои параметри на работната среда и до медицински прегледи, които не са правилно насочени и чиято интерпретация често е неправилна;
- допуска се извършването на оценка на риска да се възлага само на обслужващите СТМ и да се извършва периодично, а не постоянно - от обучени лица във фирмите, а обслужващите СТМ да оценяват риска за здравето, да наблюдават здравното състояние на работещите във връзка с условията на труд, да извършват дейности по промоция на здравето;
- липсва актуализация на оценката на риска и на Плана за БЗ (във фирмите, в които се споменава, че съществуват);
- предоставените данни от извършени оценки на риска и карти за оценки на риска обхващат предимно използваните машини и съоръжения, а не всички аспекти на работата;





- допуска се в производства с източници на интензивен шум да работят хора с увреден слух, което е в нарушение на медицинските противопоказания за работа при шум (Наредба 3/1987).

**Изводи и препоръки за действията, които трябва да бъдат предприети при подготовката на информационните кампании с цел задоволяване на потребностите на целевите групи от получаване на определен вид информация**

Цел на кампанията - повишаване на информираността и на съзнанието за здраве и безопасност при работа, изграждане на култура за превенция на работодатели, работещи и обществеността, с оглед намаляване броя на трудовите злополуки, здравните, икономическите и социалните последици на производствения травматизъм.

#### **Възможни сфери на дейност:**

- професионално обучение и квалификация на специалистите в областта на осигуряването на ЗБР – технически и медицински;
- насочване вниманието на обществото към проблемите за осигуряване на ЗБР, предизвикване на дебат за необходимостта от преодоляването на съществуващите нагласи (предприемане на действия, след като се е случила ТЗ, а не превантивно, разбирането, че ТЗ са неизбежни и т.н.), в полза на изграждане и усъвършенстване на културата за превенция;
- повишаване на обществената информираност за значимостта на проблема за цялото общество, вкл. социалните и икономическите загуби от неосигурени ЗБУТ;
- организиране и провеждане на пресконференции, кръгли маси, публични дебати, дискусии и др.), не само по повод на 28 април – международния ден за отдаване на почит на загиналите при трудови злополуки, но и за опазване на здравето на живите работещи. Съдържанието на кампанията следва да включва информация относно традиционно рисковите икономически дейности (строителство, транспорт, добивна и преработваща промишленост), вида опасности и нивото на риска, начините и средствата за отстраняването и намаляването му, по-уязвимите групи;
- организиране и провеждане на специализирани експертни панели, семинари, конференции, по проблемите на ПТ в отделни икономически сектори, оценката на риска, с участието на браншовите организации на работодателите, синдикатите, контролните органи, службите по трудова медицина, НЦООЗ, МУ;
- Разпространяване на примери на „добра практика“ чрез различни печатни форми (брошури, листовки);
- Разпространяване на материали за привличане на вниманието върху проблема за производствения травматизъм при различни видове дейности и работни операции от рисковите икономически сектори (постери, плакати, дипляни).

#### **Институционална рамка на кампанията**

Използване на правомощията и компетентностите на МЗ – НЦООЗ, МТСП, ГИТ, браншовите организации на работодателите и работещите – синдикатите.

Изграждане на капацитет за осигуряване на ефективна кампания чрез усилване на човешките ресурси за ЗБР:



Провеждане на обучение по оценка на риска за работодатели, представители на работещите (КУТ и ГУТ) от високорисковите отрасли, СТМ;

Провеждане на обучение по основните принципи на новите подходи за осигуряване на ЗБУТ, за формиране на фирмена политика по здраве и безопасност при работа, системи за управление на БЗР - за работодатели, за представители на работещите (КУТ и ГУТ) от фирми от високорисковите отрасли и службите по трудова медицина.

#### **Очаквани резултати:**

- повишена информираност относно опасностите на работното място за БЗР
- повишено съзнание за здраве и безопасност при работа;
- изграждане на култура за превенция.

Положителните тенденции за намаляване на общия брой на трудовете злополуки могат да се засилят чрез дейности от страна на СТМ и работодателите за мотивиране и насърчаване на работещите да се грижат за своето собствено здраве и безопасност, да усвояват умения за безопасна работна практика и на правилата за здравословен стил на живот.

В съответствие със съвременните разбирания за осигуряване на ЗБУТ, освен контролната дейност като функция на държавата и задължителното изпълнение на законодателството, следва да се предприемат дейности, насочени към работодателите, за мотивирането им да прилагат на доброволен принцип „добра практика” и системи за управление. По отношение на работещите са необходими действия, които да водят до промяна в поведението на работното място.

По отношение на целевите групи може да се планират и дейности за:

- повишаване информираността на работодателите относно промените в законодателството в областта на ЗБУТ, специфичните актове за отделните икономически сектори и произтичащите от тях задължения за работодателите;
- повишаване информираността и мотивацията на работодателите за правилно прилагане на новите превантивни подходи, базирани на оценката на риска, правилно изграждане на фирмена политика и стратегия за здраве и безопасност при работа, въвеждане на интегрирана система за управление на здравето и безопасността;
- повишаване информираността на работещите относно опасностите на работното място, рисковете за здравето и безопасността, начините и средствата за отстраняването или намаляването им;
- повишаване на обучеността на работещите по правилата за здравословен и безопасен труд и прилагането на безопасна работна практика, както и за правилата за здравословен начин на живот;
- повишаване на участието на работещите в дейностите по осигуряване на БЗР;
- разработване и разпространение на технически правила, сборници с практически правила и ръководства/кодекси за „добри практики” и други инструменти;
- обучение на младите предприемачи в областта на управлението на здравето и безопасността на работното място, както и на обучението на работещите от възрастните



групи до 29 години (млади) и над 45 години (застаряващи), относно рисковете при извършваната работа, тяхното предвиждане и предотвратяване;

- за хората с увреждания или принадлежащи към малцинствени групи, по адекватен за тях начин следва да се предоставя информация относно опасностите за здравето при извършваната от тях работа, нивото на риска, начините и средствата за намаляването му.

**Пътнотранспортният травматизъм е сериозен проблем на общественото здравеопазване и една от основните причини за смърт, наранявания и инвалидност. На ниво семейство нанася сериозни материални и психически щети. На национално ниво ПТП са тежък товар за икономиката на страната, здравеопазването и мрежата за рехабилитация. Унищожават се материални ценности. Ликвидират се хиляди години човешки живот.**

Пътно транспортните произшествия са предотвратими и в голяма степен са свързани с поведението на участниците в движението, с техните познания, умения, култура, здравословно състояние и воля за правомерно и безопасно участие в движението.

Голяма част от пътнотранспортните произшествия и тежестта на последствията от тях са свързани с факта, че участниците в движението не познават достатъчно опасностите в пътното движение, поради което инстинктът им за самосъхранение не задейства при критични ситуации.

#### **Препоръки:**

Разширяване на инициативите за повишаване познанията на хората за опасностите в пътното движение и предпазливо участие в движението по пътищата с цел намаляване на инцидентите и последствията от тях чрез:

- повишаване на познанията на хората за ролята на безопасителните средства в превозните средства и тяхното редовно използване (безопасителни колани, безопасителни каски и детски безопасителни системи) за запазване живота и здравето чрез намаляване тежестта на травмите при пътнотранспортни произшествия;
- повишаване познанията на целевите групи за опасностите, които застрашават живота и здравето на пешехода при внезапното и невнимателно преминаване през платното за движение на автомобили, престой и движение по него;
- повишаване познанията на пешеходците, велосипедистите и хората в каруците относно опасностите по пътищата през тъмната част от денонощието при неизползване на светло отразителни елементи;
- повишаване познанията на населението относно опасностите при предоставяне автомобили на пияни и неправоспособни водачи и ползването на автомобили, управлявани от такива водачи;
- повишаване познанията на населението относно опасностите за водача при ползване на моторно превозно средство след употреба на алкохол или медикаменти, при умора или болестно състояние и др.



**Резултатите, които се очакват след провеждане на национална информационна кампания, свързана с ограничаване на битовия травматизъм са свързани с:**

- повишаване информираността на населението за здравните рискове, свързани с получаване на битови травми;
- промяна в поведението на населението по отношение на предпазване от битови травми;
- повишаване информираността на населението по отношение на начина на поведение и необходимите действия при бедствия и масов травматизъм;
- повишаване информираността на населението по отношение на необходимите действия за оказване на първа помощ при травми.

**Предложения за дейности, насочени към населението и целевите групи:**

- по отношение на непреднамерени травми – инциденти:

Информирани на населението и насочване на вниманието му към:

- рискове при небрежно или неправилно използване на уреди в бита или ако те са развалени и небезопасни;
- рискове при работа и съхранение на опасни или токсични вещества в бита;
- безотговорното изхвърляне на опасни за здравето битови отпадъци (стъкла, лесно запалими материали, пестициди, инсектициди и други вещества, използвани в селското стопанство);
- рисковете от получаване на битови травми на обществени места и улици, с особена насоченост към проблемите на инвалидите;
- рисковете при боравене с огнестрелно оръжие и взривоопасни средства, използвани за забавления.
- риск от обитаване на изоставени постройки;
- риск от получаването на травми от безстопанствени или домашни животни.
- по отношение на преднамерени травми – насилие:

Информирани на населението и насочване на вниманието му към:

- рискове след употреба на алкохол и наркотици;
- рискове след преживян силен стрес, по причини, свързани с работата, със семейството, с приложено насилие и др.
- дейности при вече настъпили травми: при бедствия и масов травматизъм и за оказване на първа помощ при изгаряне, отравяне, рани, счупвания, удавяния и др.

**БИБЛИОГРАФИЯ:****Материали и документи, използвани при анализа във връзка с намаляване консумацията на сол:**

- Intersalt Cooperative Research Group. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24-hour urinary sodium and potassium. *BMJ* 1988;297:319-28.
- P. Elliott, J. Stamler, R. Nichols, A. Dyer, H. Kesteloot, M. Marmot, for the Intersalt Cooperative Research Group. Intersalt revisited: further analyses of 24 hour sodium excretion and blood pressure within and across populations. *BMJ* 1996;312:1249-1253
- Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Multiple Risk Factor Intervention Trial. Risk Factor Changes and Mortality Results. *JAMA* 1982, 248 (12): 1465-1477.
- J. Benner, L. Erhardt, M. Flammer, R. A. Moller, N. Rajcic, K. Changela, C. Yunis, S. Cherry, Z. Gaciong, E. Johnson, M. Sturkenboom, J. Garcí'a-Puig, X. Girerd, on behalf of the REACH OUT Investigators. A novel programme to evaluate and communicate 10-year risk of CHD reduces predicted risk and improves patients' modifiable risk factor profile. *Int J Clin Pract*, 2008, 62, 10, 1484–1498.
- С. Торбова, В. Сиракова, Т. Донова, Н. Гочева, Р. Търновска, Р. Рахнева, В. Петрова. Практически насоки на Българската Лига по Хипертония и Дружеството на Кардиолозите в България за оценка и контрол на артериалната хипертония, 2006 г.

**Материали и документи, използвани при анализа във връзка с намаляване употребата на психотропни вещества сред младите хора**

- Василев М., С. Чипева, Употребата на наркотици и други психоактивни вещества сред лицата, настанени в местата за лишаване от свобода в България (Анализ на резултати от изследване), Национален фокусен център за наркотици и наркомании, непубликуван, София, 2007
- Василев М., Ако данните звучат скандално значи има нещо скандално в действителността, „Заедно” (бюлетин на Превантивно – информационен център по проблемите на наркоманиите – София), бр. 1, 2008
- Годишен доклад 2006 по проблемите, свързани с употребата на наркотици в България, Национален фокусен център за наркотици и наркомании, Национален съвет по наркотичните вещества, София, 2007
- Годишен доклад 2007 по проблемите, свързани с употребата на наркотици в България, Национален фокусен център за наркотици и наркомании, Национален съвет по наркотичните вещества, София, 2008
- Годишен доклад 2008 по проблемите, свързани с употребата на наркотици в България, Национален фокусен център за наркотици и наркомании, Национален съвет по наркотичните вещества, София, 2009
- Годишни градски доклади на Областните съвети по наркотичните вещества 2007, 2008, 2009
- Звено за координация и анализ, Министерство на вътрешните работи, Дирекция КИАД, Доклад за изпълнението на Плана за действие на Националната стратегия за борба срещу наркотиците за 2006 г., непубликуван, 2007
- Звено за координация и анализ, Министерство на вътрешните работи, Дирекция КИАД, Доклад за изпълнението на Плана за действие на Националната стратегия за борба срещу наркотиците за 2007 г., непубликуван, 2008



- Звено за координация и анализ, Министерство на вътрешните работи, Дирекция КИАД, Доклад за изпълнението на Плана за действие на Националната стратегия за борба срещу наркотиците за 2008 г., непубликуван, 2009

#### **Материали и документи, използвани при анализа във връзка с ограничаване на тютюнопушенето**

- Murray CJL, Lopez AD. Quantifying the burden of disease and injury attributable to ten major risk factors In: The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020, 1996, Harvard University Press, Cambridge, MA pp 295-324.
- Г. Цолова, Н. Василевски, П. Димитров. Смъртност, дължаща се на тютюнопушенето. Обща медицина. бр.2/2008; 21-27.
- Павлова, Ж. – Икономически последици от тютюнопушенето при децата. Сб. Национална конференция “Децата на България”, Пловдив, 2007, 266-271.
- Delcheva, E., J. Pavlova, G. Kotarov, T. Kostadinova, T. Kirilova. The South – East Europe Tobacco Control Project. Economic Review. WHO, European Office, Copenhagen, 2006. <http://www.see-tobacco-control.org/> username bulgaria; password bulgaria 123.
- Шипковенска Е., Л.Георгиева, Г.Генчев Медикогеографска характеристика и рискови фактори на ССЗ, В: Медицинска география на България (под ред. Й.Наумов), София, 2004, 105-147.
- Национално проучване на факторите на риска за здравето (2007 г.)- непубликувани данни
- Dyakova M., Torbova S., Shipkovenska E. Cardiovascular Risk Factors in Bulgarian Urban Population. Hypertension congress 2008 (Joint 18th Scientific Meeting of the European Society of Hypertension and 22nd Scientific Meeting of the International Society of Hypertension), Berlin, Germany, 14-19.06.2008 (abstract submitted).
- Саров Г. Мотивът да се пуши в юношеска възраст, Университетско издателство Тракийски университет Стара Загора, 2009, 108.
- WHO, Regional Office for Europe EHFA, 2003.
- CINDI HEALTH MONITOR - 1996, 2002 и 2007
- Многоцелево наблюдение на домакинствата, юни 2007г. ( ИОО и Световната банка - непубликувани данни)

#### **Материали и документи, използвани при анализа във връзка с ограничаване на производствения травматизъм**

- <http://www.gli.government.bg/bg/page/84>
- <http://www.people-based-safety.com/site/index.php>
- Stress, behaviour, [webmaster@ergoweb.ccsend.com](mailto:webmaster@ergoweb.ccsend.com)
- <http://www.bstsolutions.com/solutions/BSTApproach.php>
- [www.LamBackFromTheBrink.com](http://www.LamBackFromTheBrink.com)
- Основни нормативни актове по осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд и законност на трудови правоотношения (към 01.04.2009 год.) <http://www.gli.government.bg/bg/page/68>
- <http://www.gli.government.bg/bg/page/76> - **Основополагащи принципи на дейността по БЗР**
- ILO-OSH Managment, 2001



- OHSAS 18001:1999, OHSAS 18002 Системи за управление на здравето и безопасността при работа – Спецификация
- <http://www.gli.government.bg/bg/page/69> - Организация на дейността по БЗР
- Fourth European Working Conditions Survey (2005), <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/ewcs2005/index.htm>
- Стратегия за безопасност и здраве при работа (БЗР), 2008 - 2012 година, МТСП, София, 2008 г.
- Национална програма по безопасност и здраве при работа, 2009 год., Приета с протокол № 49 от заседанието на министерския съвет от 18 декември 2008 г.
- Информационна система за трудовите злополуки на Националния осигурителен институт, [www.noi.bg](http://www.noi.bg)
- Източник на информация: ИА „Главна инспекция по труда” – Годишни доклади за дейността на ИА „ГИТ”, 2008 – 2009,
- <http://www.gli.government.bg/bg/page/269> анализ кампания строителство
- <http://www.gli.government.bg/bg/page/285> - Брошури

#### **Материали и документи, използвани при анализа във връзка с ограничаване на транспортния травматизъм**

- Национална стратегия за подобряване на безопасността на движението по пътищата на Република България за периода 2007-2010г.,
- Национална стратегия за опазване живота и здравето на децата в пътното движение за периода 2006-2010г.,
- Европейска програма за подобряване на безопасността на движението “Намаляване на броя на убитите до 2010г. с 50%.,
- Европейска програма за пътна безопасност - междинен преглед на изпълнението, Брюксел, 22.02.2006г.,
- Статистически данни за пътнотранспортните произшествия по пътищата на нашата страна и жертвите при тях за периода 2001-2008г.,
- Доклади от втора национална конференция по безопасността на движението, София, 26-28.04.2005г.,
- Най-добри практики по безопасността на движението по пътищата (Наръчник за мерки на национално равнище), <http://ec.europa.eu/transport/roadsafety/supreme.en.htm>
- Директива 2008/96/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 19.11.2008г. относно управление на безопасността на пътната инфраструктура. Официален вестник на Европейския съюз/29.11.2008г..
- Директива на Европейския парламент и съвета 2003/20/ЕО/от 8 април 2003 година за изменение и допълнение на Директива на Съвета 91/671/ЕИО за сближаване на законодателството на държавите-членки относно задължителното използване на предпазен колан в превозните средства под 3,5 тона и др.



### СЪКРАЩЕНИЯ

БЗР – безопасност и здраве при работа  
ГИТ – Главна инспекция по труда  
ГУТ – група/и/ по условия на труд  
Д “ОИТ” – Дирекция областна инспекция по труда  
ЗБР – здраве и безопасност при работа  
ЗБУТ – здравословни и безопасни условия на труд  
ЗЗБУТ – Закон за здравословни и безопасни условия на труд  
ИА”ГИТ” – Изпълнителна агенция “Главна инспекция по труда”  
Кч – коефициент на честота  
КУТ – комитет/и/ по условия на труд  
ЛПС – лични предпазни средства  
МЗ - Министерството на здравеопазването  
МТСП - Министерството на труда и социалната политика  
НОИ – Национален осигурителен институт  
НЦООЗ - Национален център по опазване на обществено здраве  
ПЗБ – План по безопасност и здраве  
ПТ – Производствен травматизъм  
РИТ – Регионална инспекция по труда  
СГБ – Съюз на глухите в България  
СТМ – Служба по трудова медицина  
СУБЗР – Система за управление на безопасност и здраве при работа  
ТЗ – Трудова злополука  
ТМО – Трудово-медицинско обслужване  
ТП – Териториално поделение  
УТ – Условия на труд  
ФПЗБР – Фирмена политика по здраве и безопасност при работа