

Практическо занятие 15

Майчино и детско здравеопазване

Съдържание

1	Медико-социални проблеми на жената и майчинството. Програма “Майчино здравеопазване” на НЗОК	1
2	Медико-социални проблеми на децата. Програма “Детско здравеопазване” на НЗОК	11
3	Медико-социални проблеми на майчинството и детството – аборти, безплодие, самотна майка, нежелани деца, деца с хронични заболявания, осиновени деца и лечение на деца без лекарско предписание. Полово възпитание	13
4	Медико-социални проблеми на юношеството – проблеми на акцелерацията, алкохолизма и наркоманиите. Профилактика на най-честите заболявания до 18 годишна възраст	20
4.1	Медицинска охрана на детството	25
4.2	Проблеми с акцелерацията	26

1 Медико-социални проблеми на жената и майчинството. Програма “Майчино здравеопазване” на НЗОК

Здравето на жените, тяхното репродуктивно поведение и сигурността на майчинството, са от изключително значение за раждането на здрави и пълноценни деца. Грижите за децата от момента на тяхното зачеване поставят основите на човешкото здраве и формират здравното поведение на всеки индивид. Те са инвестиция в бъдещите поколения и в просперитета на държавата. Във всяка страна майките и децата са приоритетни групи.

- Те съставляват значителен дял от населението във всички страни.
 - Те са специфични рискови групи: за жените рискът е свързан с бременността и раждането, а за децата - с преживяемостта и по-нататъшното развитие.
 - Голяма част от заболяванията и умиранията сред майките и децата са предотвратими чрез адекватни общественоздравни политики.
 - Подобряването на майчиното и детското здраве допринася съществено за здравето на цялото население в дадена общност и за социално-икономическото развитие на страните.
 - Постнаталната помощ, т.е. грижите за майките след раждането на децата са неделими от неонаталните грижи за новородените и от съветите по семейно планиране.
 - Здравето на децата е тясно свързано с майчиното здраве; редица заболявания и състояния на майката през бременността могат да окажат силно влияние върху фетуса (напр. недохранване на майката, вредни навици, нездравословен начин на живот и др.).
 - След раждането здравето на детето зависи в голяма степен от грижите на майката за правилно хранене, закаляване, редовно провеждане на имунизации и др.
 - Поведението и грижите на майката имат огромно влияние не само върху физическото здраве, но и за психичното здраве и социално развитие на детето. Опазването и укрепването на здравето на жените и децата представлява комплексна система от общественоздравни дейности и политики с цел създаване възможности за благоприятно съчетаване на майчинството с останалите роли на жената и условия за пълноценно развитие на децата.
1. Законодателна уредба - защитата на жената майка е регламентирано в следните нормативни документи:
 1. Конституция на Република България - Чл.47 (2). Жената майка се ползва от особената закрила на държавата, която и осигурява платен отпуск преди и след раждане, безплатна акушерска помощ, облекчаване на труда и други социални помощи.
 2. Кодекс на труда
 1. Чл. 307. (1) Работодателят не може да възлага, както и да задължава бременни жени и кърмачки както и работнички и служителки в напреднал етап на лечение ин-витро да извършват работа, която излага на опасност или застрашава сигурността и здравето им. (2) Бременната жена или кърмачката както и работничката и служителката в напреднал етап на лечение ин-витро може да откаже изпълнението на работа, която е определена като вредна за здравето на майката или детето или за която след оценка на риска е определено, че представлява съществен риск за здравето на майката или на нейното дете.
 2. Чл. 308. Работодател, при когото работят 20 и повече жени, е длъжен да обзаведе стаи за лична хигиена на жените и стаи за почивка на

- бременните и работничките и служителките в напреднал етап на лечение ин-витро по ред, установен от министъра на здравеопазването.
3. л. 309. (1) Когато бременна жена или кърмачка както и работничка и служителка в напреднал етап на лечение ин-витро изпълнява неподходяща за състоянието и работа, по предписание на здравните органи работодателят предприема необходимите мерки за временно приспособяване на условията на труд на работното място и/или работното време с оглед премахване на риска за безопасността и здравето им. Ако приспособяването на условията на труд на работното място и/или на работното време е технически и/или обективно неосъществимо или не е оправдано да се изисква поради основателни причини, работодателят предприема необходимите мерки за преместване на работничката или служителката на друга подходяща работа. (2) Предписанието на здравните органи е задължително за изпълнение от бременната, кърмачката, работничката и служителката в напреднал етап на лечение ин-витро, както и от работодателя. До изпълнението на предписанието за преместване тя се освобождава от задължението да изпълнява неподходящата за състоянието и работа, а работодателят и изплаща обезщетение в размер на получаваното брутно трудово възнаграждение за месеца, предхождащ деня на издаването на предписанието. (3) В случаите по ал. 1 работничката или служителката получава трудово възнаграждение за изпълняваната работа. Когато то е по-ниско от трудовото възнаграждение за предишната работа, има право на парично обезщетение за разликата в трудовите възнаграждения съгласно отделен закон. (4) Работодаателят съвместно със здравните органи определя ежегодно длъжности и работни места, подходящи за заемане от бременни жени и кърмачки както и работнички и служителки в напреднал етап на лечение ин-витро.
4. Чл. 310. Работодаателят не може да командирова бременна жена, работничка и служителка в напреднал етап на лечение ин-витро и майка на дете до 3-годишна възраст без нейното писмено съгласие.
5. Чл. 312. Работничка или служителка - майка на малко дете, до навършване на 6-годишна възраст на детето има право да работи надомно при същия или при друг работодател. (2) Когато работничката или служителката по предходната алинея премине на надомна работа при същия работодател, той е длъжен, след като престане да работи надомно, но не по-късно от навършване на 6-годишна възраст на детето, да и осигури работата, която е изпълнявала преди това, а ако длъжността е съкратена - с нейно съгласие друга подходяща работа. (3) Когато работничката или служителката по ал. 1 премине на надомна работа при друг работодател, трудовото правоотношение с работодателя, при когото е на работа към деня на преминаването, не се прекратява, а работничката или служителката се намира в неплатен отпуск. Когато

тя престане да работи надомно, но не по-късно от навършване на 6-годишна възраст на детето, неплатеният отпуск се прекратява. Ако длъжността е съкратена, работодателят с нейно съгласие и осигурява друга подходяща работа.

2. Закон за здравето

1. Чл. 2. Опазването на здравето на гражданите като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие е национален приоритет и се гарантира от държавата чрез прилагане на следните принципи:

- равнопоставеност при ползване на здравни услуги;
- осигуряване на достъпна и качествена здравна помощ, с приоритет за деца, бременни и майки на деца до една година;
- приоритет на промоцията на здраве и интегрираната профилактика на болестите;
- предотвратяване и намаляване на риска за здравето на гражданите от неблагоприятното въздействие на факторите на жизнената среда;
- особена здравна закрила на деца, бременни, майки на деца до една година и лица с физически увреждания и психически разстройства;
- държавно участие при финансиране на дейности, насочени към опазване здравето на гражданите.

2. Чл. 127. (1) За осигуряване на безрисково майчинство всяка жена има право на достъп до здравни дейности, насочени към осигуряване на оптимално здравословно състояние на жената и плода от възникване на бременността до навършване на 42-дневна възраст на детето:

- промоция, насочена към запазване здравето на жената и плода;
- профилактика на опасността от аборт и преждевременно раждане;
- обучение по хранене и грижи за новороденото;
- активно медицинско наблюдение на бременността, осъществявано на диспансерен принцип от лечебните заведения за първична и специализирана извънболнична помощ;
- пренатална диагностика и профилактика на генетични и други заболявания при условия и по ред, определени с наредба на министъра на здравеопазването;
- осигуряване на оптимална жизнена среда за родилките и новородените;
- диспансерно наблюдение и здравни грижи за родилката и детето;
- свободен достъп на бременната или родилката до лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ;
- свободен достъп на бременната до лечебни заведения за специализирана извънболнична и болнична помощ при състояния, застрашаващи бременността;
- право на избор от бременната на лечебно заведение за болнична помощ за раждане

3. Акушерска помощ при здравно неосигурени жени:

1. Министерството на здравеопазването осигурява извън обхвата на задължителното здравно осигуряване до четири профилактични прегледа през времето на бременността на всяка здравнонеосигурена жена (наредба номер 26)
2. Профилактичните прегледи и изследвания при неосигурената бременна включват:
 1. дейности, извършвани от специалист по акушерство и гинекология:
 - анамнеза,
 - оценка на рискови фактори,
 - определяне вероятния термин на раждане,
 - измерване на артериално кръвно налягане,
 - антропометрия с външна пелвиметрия, гинекологичен преглед,
 - изследване на детски сърдечни тонове, ако срокът на възрастта го позволява,
 - акушерска ехография,
 - интерпретация на изследванията;
 2. извършване на изследвания
 - ПКК, СУЕ, кръвна захар, урина - седимент, уробилиноген, глюкоза, кетони, албумин, изследване за сифилис, еднократно изследване за хепатит В (HbS Ag), а при съгласие на пациентката - и за HIV;
 - микробиологично изследване на влагалищен секрет, определяне на кръвна група и Rh фактор.
 3. Прегледите и изследванията се извършват от лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ по акушерство и гинекология и от медико-диагностични лаборатории - самостоятелни или в структурата на лечебни заведения за извънболнична помощ.
 4. Здравнонеосигурената жена има право свободно да избере лечебното заведение

4. Програма "Майчино здравеопазване на НЗОК"

1. Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) е разработила програма „Майчино здравеопазване“ за бъдещи майки. Програмата има за цел наблюдение върху протичането на нормална бременност или бременност с риск, както и ранно откриване на заболявания и усложнения у бъдещата майка и плода. Тя обхваща профилактични прегледи за периода от диагностициране на бременността до 42-я ден след раждането, които са заплатени от НЗОК. За да ползват медицински услуги по тази програма, бъдещите майки трябва да бъдат здравноосигурени.
2. Изпълнители
 1. Бременните имат право сами да определят кой ще наблюдава бременността им, ще извършва прегледите и ще назначава изследванията,

необходими през този период. Това може да бъде както **общопрактикуващият им лекар**, така и **специалист по акушерство и гинекология**.

2. Наблюдението на бременността от **специалист по акушерство и гинекология** се извършва с „Медицинско направление”, издадено от общопрактикуващия (личния) лекар, еднократно за срока на бременността и първите 42 дни след раждането.
3. Бременната има право да смени акушер-гинеколога. За целта личният лекар следва да издаде ново направление за смяната на лекаря-специалист по акушерство и гинекология по всяко време. Специалистът, установил бременността, включва бременната жената в програма „Майчино здравеопазване”, без да изисква ново, т.е. второ направление. Това може да бъде извършено както при първично, така и на вторично посещение.
4. При рискова бременност програмата се изпълнява само от акушер-гинеколог. Рискова бременност е :
 - Бременността с усложнение
 - Увредено общо здравословното състояние
 - Дълго време не е могла да забременее
 - Спонтанни аборти
 - Мъртвородени деца
 - Възраст под 20 год. или над 35 години
 - Многоплодна бременност
 - Предишно раждане чрез операция
 - Кръвнотрупна несъвместимост с биологичния баща на детето
 - Фамилна обремененост с диабет
3. Цели - Програмата има за цел наблюдение върху протичането на нормална бременност или бременност с риск, както и ранно откриване на заболявания и усложнения у бъдещата майка и плода. Тя обхваща профилактични прегледи за периода от диагностициране на бременността до 42-я ден след раждането, които са заплатени от НЗОК. За да ползват медицински услуги по тази програма, бъдещите майки трябва да бъдат здравноосигурени.
4. Дейности
 1. При **първо посещение**
 - запознаване на бъдещата майка с правата ѝ на здравно обслужване, като ѝ предостави програмата „Майчино здравеопазване“ на НЗОК;
 - определяне на вероятната дата на раждане (вероятния термин на раждане);
 - снемане на анамнеза за рискови фактори (възраст, придружаващи заболявания, усложнения на предишни бременности, вредни навици, професионални, други);
 - измерване на артериалното кръвно налягане, както и ръста, теглото и обиколката на корема (което се прави по един път във всеки

следващ месец и по два пъти в 8-я и 9-я месец от бременността).

2. Проследяване на **нормална бременност** - Жените, чиято бременност не е рискова, имат право на 12 платени от здравната каса прегледи - **по един през първите 7 месеца от бременността, по два – през последния нея и два – след раждането.**

- изследване на кръв за хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, MCV, MCH, CUE;
- изследване на кръвна захар; урина, които трябва да се повторят още по един път в V и VIII лунарен месец;
- определяне на кръвната група и Rh-фактор;
- изследване за сифилис (Васерман) и хепатит В (HbS Ag), а при съгласие, и за HIV
- два ехографски прегледа
 - един в началото на бременността
 - втори - между 16-ата и 20-ата гестационна седмица (около петия календарен месец);
- изследване на онкопрофилактична цитонамазка (назначава се от специалист по АГ);
- изследване на влагалищен секрет за микробиологично изследване, което се повтаря още веднъж в IX лунарен месец;
- проследяване на сърдечната дейност на плода - от V лун. месец – по един път във всеки лунарен месец; а в IX и X – по два пъти.
- Изследване за определяне на кръвна група и Rh фактор не се назначава, ако вече е определено по друг повод. В този случай кръвната група и Rh фактора се вписват в Картата за профилактика на бременността.

3. Проследяване на **рискова бременност**

- Бременната задължително се наблюдава от акушер-гинеколог.
- Освен прегледите и изследванията, като при нормална бременност, жената има право на допълнителни изследвания.
 - Две допълнителни ехографии;
 - Серумен скрининг за:
 - * алфа-фетопротеин;
 - * свободен бета ЧХГ за оценка на риск от синдром на Даун и дефекти на невралната тръба.
 - При възраст под 20 години - изследване за хламидия
 - При кръвнотипова несъвместимост с биологичния баща - изследване за алоеритроантитела и една допълнителна ехография.
- При всяка рискова бременност се предвиждат консултация със съответни специалисти - според вида на риска, и съответните специализирани изследвания.

- Периодичността на месечните посещения при бременност с риск се опре- деля от специалиста, в зависимост от обективното състояние на бременната.

5. Показания за хоспитализация на бременна

1. Кръвотечение и болка
2. Отоци по лицето и ръцете, повръщане – 5, 10 или повече пъти дневно.
3. Кръвотечение и болка + понижено кръвно налягане
4. Преждевременно пукнат околоплоден мехур.
5. Преносена бременност
6. Тесен таз
7. Трудно предишно раждане.
8. Предишно раждане с Цезарово сечение.
9. Седалищно прилежание на плода.
10. Многоплодна бременност.
11. Дълготрайно безплодие.
12. Мъртвораждания.
13. Други заболявания –диабет, сърдечно-съдови, неврологични, очни и др.

6. Пренатален скрининг

1. Министерството на здравеопазването осигурява извън обхвата на задължителното здравно осигуряване извършването на изследвания за оценка на риска от раждане на дете с болест на Даун, други анеуплоидии, спина бифида, аненцефалия и тежък дефект на коремната стена на
 1. бременни жени и при необходимост на биологичните бащи при висок риск от раждане на дете с генетична болест;
 2. на бременни жени и биологичните бащи при предхождащи репродуктивни проблеми (спонтанни аборти и/или мъртвораждания), както и на двойки преди “ин витро” процедури и при безплодие, за оценка на генетичен риск.
2. Изследванията на бременните жени за оценка на риска от раждане на дете с най-чести хромозомни болести се извършват след насочване от лекаря, установил бременността, от 11-ата до 13-ата плюс 6 дни гестационна седмица на бременността и/или от 15-ата до 19-ата гестационна седмица на бременността, а за спина бифида, аненцефалия и тежък дефект на коремната стена - между 15-ата и 19-ата гестационна седмица на бременността
3. Измерва се количеството на свободен бета-човешки хорионгонадотропин (F β -hCG) и PAPP-A в серума + УЗ измерване на специфични маркери
4. При риск

1. по-висок от 1:100 - амниоцентеза в 16-20 седмица или хорионбиопсия в 11-13 седмица (хорионбиопсия).
 2. При риск между 1:100 и 1:1000 - преглед при друг АГ специалист на УЗД и повторен биохимичен скрининг в 15-19 седмица.
 3. При риск по-нисък от 1:1000 - проследяване с ултразвук в навършена 15-та седмица за отхвърляне дефекти на гръбначния стълб (спина бифида и др.) и в 19-23-седмица „фетална анатомия”
7. Социална закрила и подпомагане на бременните, майките и младите семейства
1. **Социално осигуряване** - Осигурените лица за общо заболяване и майчинство имат право на **парично обезщетение** за бременност и раждане вместо трудово възнаграждение, ако имат 12 месеца осигурителен стаж като осигурени за този риск.
 1. Дневното парично обезщетение при бременност и раждане се определя в размер на *90 на сто от среднодневното брутно трудово възнаграждение или среднодневния осигурителен доход, върху който са внесени или дължими осигурителни вноски*, а за самоосигуряващите се лица - внесени осигурителни вноски за общо заболяване и майчинство за периода от 24 календарни месеца, предхождащи месеца на настъпване на временната неработоспособност поради бременност и раждане.
 2. Дневното парично обезщетение не може да бъде по-голямо от среднодневното нетно възнаграждение за периода, от който е изчислено обезщетението, и по-малко от минималната дневна работна заплата, установена за страната
 3. При придобиване право на парично обезщетение при бременност и раждане през периода на изплащане на парично обезщетение за бременност и раждане или за отглеждане на дете до 2-годишна възраст обезщетението е в размера, определен за предходното дете, ако това е по-благоприятно за лицето.
 4. Осигурените лица за общо заболяване и майчинство имат право на парично обезщетение за отглеждане на дете до навършване на 2-годишната му възраст, ако имат 12 месеца осигурителен стаж като осигурени за този риск.
 5. След изтичане срока на обезщетението за бременност и раждане, през време на допълнителния платен отпуск за отглеждане на дете до навършване на 2-годишната му възраст, на майката се изплаща месечно парично обезщетение в размер, определен със Закона за бюджета на държавното обществено осигуряване. Обезщетението се изплаща и на осиновителката, ако след изтичане срока на обезщетението при осиновяване на дете, то не е навършило 2-годишна възраст.
 6. Осигурените за общо заболяване и майчинство лица имат право на обезщетение при осиновяване на дете до 5-годишна възраст, ако имат 12 месеца осигурителен стаж като осигурени за този риск.

2. Социално подпомагане вкл. при липса на 1 година осигурителен стаж.

1. Еднократна помощ при бременност - бременните жени, чийто доход на член от семейството е по-нисък или равен на средномесечен доход на член от семейството за предходните 12 месеца, по-нисък или равен на дохода, определен за целта в закона за държавния бюджет на Република България за съответната година, имат право на еднократна помощ при бременност в размер, определен ежегодно със закона за държавния бюджет на Република България за съответната година, но не по-малък от предходната година, когато нямат право на обезщетение за бременност и раждане по реда на Кодекса за социално осигуряване и живеят постоянно в страната.
2. Еднократна помощ при раждане на дете - Тази помощ се отпуска независимо от доходите на семейството. Получава се след подаване на заявление до дирекция „Социално подпомагане“ по настоящ адрес на семейството с приложен акт за раждане на детето, като срокът, в който може да бъде поискана тази помощ, е 3 години, считано от датата на раждане на детето. Предвидена е и еднократна помощ за раждане на близнаци.
3. Еднократна парична помощ за отглеждане на дете до навършване на една година от майка студентка в редовна форма на обучение
4. Еднократна помощ за първокласници - Предоставя се на ученици, които са записани в първи клас, отпуска се само веднъж за целия период на обучение на детето. Заявлението за тази помощ трябва да бъде подадено до 15 октомври на годината, в която детето постъпва в училище.
5. Месечни помощи за отглеждане на дете до завършване на средното му образование - Отпускането на този вид целева помощ е обвързано от средносмесечния доход на член от семейството.
6. Месечни помощи преди навършване на 1 година на детето при нисък доход и неотпуснато обезщетение за майчинство
7. Месечни помощи за отглеждане на деца с трайни увреждания - Този вид периодични помощи също не е обвързан от размера на доходите на семейството. Отпускат се ежемесечно на семейства, отглеждащи деца с трайни увреждания, ненавършили 18-годишна възраст и преди завършване на средното им образование, но не по-късно от навършване на 20 години. Необходимо е децата да не са настанени за отглеждане извън семейството, да имат постоянен адрес на територията на Република България. Необходимо е към заявлението да се приложат и решения от ТЕЛК (НЕЛК), с които да се установи вида и степента на трайното увреждане.

2 Медико-социални проблеми на децата. Програма “Детско здравеопазване” на НЗОК

1. Значение - Опазването на здравето на децата е приоритетна задача за здравеопазването на всяка нация. Детството е период на формиране и усъвършенстване на физическото и психическо здраве, като основа за трудоспособността и дълголетието в бъдеще.
2. Програма “Детско здравеопазване” на НЗОК
 1. Здравните осигуровки на децата до 18-годишна възраст се заплащат от държавния бюджет.
 2. За прегледите и задължителните имунизации на децата до 18-годишна възраст не се дължи потребителска такса.
 3. Националната здравноосигурителна каса е разработила за децата от 0 до 18-годишна възраст програмата “Детско здравеопазване”.
 4. Тази програма се изпълнява от личния лекар на детето или от лекар специалист по детски болести.
 5. Тя определя всички профилактични дейности (прегледи, изследвания, имунизации), които са задължителни при наблюдението на растежа и развитието на детето – от раждането до 18-годишната му възраст.
 6. Програмата е насочена както към здравите деца, така и към децата с повишен медико-социален риск и децата с хронични заболявания.
3. Дейности
 1. При раждане на дете:
 - родилния дом се полагат всички необходими грижи - извършват се прегледи, изследвания, манипулации.
 - След 12-ия час новороденото се ваксинира против хепатит В
 - до 24 часа след раждането – против туберкулоза.
 - На децата, родени извън стационар, задължително се прави ваксинация против тетанус.
 - По преценка се провежда и ваксинация против полиомиелит (нулев прием).
 - Домашно посещение - До два прегледа до навършване на едномесечна възраст с препоръчителен интервал от 7 до 14 дни. Първият преглед се извършва до 24 часа след изписване от лечебното заведение при осъществен избор на родителите/законните настойници на лекар на детето (общопрактикуващ лекар или специалист по педиатрия). При липса на избран лекар до 24-я час след изписването, първият преглед се извършва до 24 часа след избора.
 2. От 1 месец до една година (прегледи ежемесечно)
 - Анамнеза и подробен статус

- Измерване на ръст, тегло
 - Оценка на психическо развитие
 - Измерване на обиколка на глава и гърди (През първите шест месеца след раждането – при всеки преглед; един път на деветмесечна и на едногодишна възраст – по време на ежемесечния преглед)
 - Обща оценка на зрение - ориентировъчно и обща оценка на слух (Два пъти годишно – на шестмесечна и едногодишна възраст)
 - Клинично изследване за дисплазия на тазобедрените стави с определяне на риска от дисплазия (Два пъти – при навършване на едномесечна и четиримесечна възраст)
 - Ехографско изследване на отделителна система (Еднократно на 6-месечна възраст)
 - Лабораторни изследвания (два пъти в рамките на първата година) - хемоглобин, брой еритроцити, брой левкоцити, хематокрит, MCV, MCH, MCHC, седимент в урината, изследване на албумин в урината
3. **От една до две години** (прегледи четири пъти годишно – през период не по-малък от 2 месеца)
- Анамнеза и подробен статус
 - Измерване на ръст, тегло, обиколка на гърди
 - Оценка на психично развитие
4. **От две до седем години** (прегледи два пъти годишно – през период не по-малък от 4 месеца)
- Анамнеза и подробен статус
 - Измерване на ръст, тегло, обиколка на гърди
 - Оценка на психично развитие
 - Оценка на физическо развитие (Един път годишно)
 - изследване на зрителната острота ориентировъчно (Един път на 5 годишна възраст)
 - Изследване за чревни паразити – Ентеробиус вермикуларис, Аскарис лумбрикоидес, Ламблия интестиналис и Хименолептис нана (Един път годишно)
 - Изследване на хемоглобин, брой еритроцити, брой левкоцити, MCV, MCH, MCHC, хематокрит, СУЕ (Един път на тригодишна възраст)
5. **От седем до осемнадесет години** (прегледи един път годишно)
- Анамнеза и подробен статус
 - Измерване на ръст, тегло, гръдна обиколка
 - Измерване на артериално налягане
 - Оценка на физическо развитие
 - Изследване за зрителна острота (ориентировъчно) и цветоусещане
 - Отклонения в развитието на опорно-двигателната система
 - Изследване на урина за протеин (с тест-лента)

3 Медико-социални проблеми на майчинството и детството – аборт, безплодие, самотна майка, нежелани деца, деца с хронични заболявания, осиновени деца и лечение на деца без лекарско предписание. Полово възпитание

1. Значимостта на репродуктивно здраве и здравето на жените в глобален план се определя от много фактори:

1. жените са изложени на висок риск, особено в страните с нисък и среден доход;
2. в много общества те са подложени на дискриминация и на роли, които са вредни за тяхното здраве;
3. жените са изправени пред редица единствени по рода си здравни проблеми поради своя пол и място в обществото;
4. съществуват важни и неоправдани различия в здравето на мъжете и жените;
5. заболяемостта, инвалидността и преждевременната смърт при жените имат огромни социални и икономически последици, които оказват влияние върху семействата и обществото в широк план;
6. редица програми и инвестиции в здравето на жените, дори и на ниска цена, могат да доведат до предотвратяване на значителен брой заболявания и умиряния;
7. подобряването на образованието и здравето на жените и тяхното място в обществото е един от най-силните и ефективни подходи за насърчаване на социалното и икономическо развитие на страните.

2. Някои здравни проблеми при жените са биологично определени (рак на яйчниците); други се определят от социални фактори; по-често, обаче, определяща е комбинацията на биологични и социални детерминанти.

1. Биологични детерминанти на здравето на жените:

1. жените са изправени пред редица уникални биологични рискове (желязодефицитна анемия);
2. рискове, свързани с бременността (пreekламписия, еклампсия, кръвозагуби);
3. редица заболявания могат да се усложнят по време на бременността (сърдечни и бъбречни заболявания, диабет и др.);
4. други заболявания и състояния (малария, хепатит, туберкулоза, недохранване или затлъстяване) могат да подсилят здравните рискове, свързани с бременността;
5. рискове, свързани с небезопасни аборти;
6. ефекти на някои елементи на нездравословен начин на живот върху бременността (тютюнопушене, употреба на алкохол и наркотици);

7. жените са биологично по-податливи на някои полово предавани инфекции, вкл. ХИВ/СПИН;
 8. с възрастта жените по-често страдат от сърдечни заболявания и други хронични заболявания.
2. Социални детерминанти на здравето на жените:
1. Различни роли и ценности, които се приписват на жените и мъжете;
 2. Социалните детерминанти могат да се проявяват още преди раждането на жените (напр. случаите на женски фетуцид в Китай), с които се измества разпределението по пол на новородените в полза на момчетата;
 3. Различни подходи при кърменето на момичетата и момчетата;
 4. В по-късна възраст често срещано явление е недохранването на жените, особено в страните с нисък доход;
 5. Проблем е също физическото и сексуалното насилие над жените в много култури;
 6. Бедността, липсата или ниското ниво на образование и ниският социален статус на жените в много общества сериозно пречат за достъпа до здравни услуги.
3. Нежелана бременност и висока честота на абортите са последица от ниската сексуална и контрацептивна култура на населението и рисковото сексуално поведение, характеризиращи се със:
1. Използване на ниско ефективни традиционни контрацептивни методи;
 2. Масово практикуване на аборта по желание като основно средство за регулиране на раждаемостта;
 3. Недостатъчна употреба на модерни високоефективни контрацептивни средства, каквито са достъпни средно за 65% от жените в страните от Европейския съюз и 2 пъти по-малко за жените в
4. **Безплодие** - в световен мащаб то е 8-10% от двойките. В България 10- 15% от семействата. Безплодието има силно влияние върху общия здравен статус на жената - емоционална лабилност, неврози, психическа напрегнатост, по-ниска адаптивност
1. Първично безплодие - невъзможност за забременяване, независимо от начина на водене на полов живот и условията съществуващи за настъпване на бременността в течение на 2 (1) години. Профилактиката на първичното безплодие изисква
1. ранно откриване на вродени аномалии и отклонение в половото развитие;
 2. профилактика и съвременно лечение на полово-преносимите инфекции;
 3. ранно и комплексно изследване и лечение на брачната двойка при безплодие;

2. Вторично безплодие - жената е забременявала в миналото, но след това е станала неспособна отново да забременее, независимо от условията за настъпване на бременността в течение на 2 (1) години. Ограничаването му е свързано с профилактика на
 1. Аборт по желание, особено при първа бременност.
 2. Усложнения на бременността, раждането и следродовия период.
 3. Недоносеност (3-15% от ражданията).
 4. Спиране на пушенето, употребата на алкохол и наркотици, както и на рисковото поведение
5. **Аборти** - В България абортът е легализиран през 1956 г. и от тогава до днес популярността му е традиционно висока, като през последните две десетилетия придобива колосални размери. В момента у нас се правят около 50 000 аборта годишно. Особено тревожна е статистиката при девойките до 18 години, където 38 на 1000 тийнейджърки забременяват. Оказва се, че в България около 60% от бременностите не са планирани. Абортът заплашва бъдещите репродуктивни възможности на жената. В обществен план високата степен на аборти по желание свидетелстват за ниска здравна култура, ниско ниво на контрацепция и социално-икономическо развитие.
 1. *Аборт по желание* се извършва по искане на всяка бременна жена, ако: срокът на бременността ѝ е до 12 гестационни седмици и няма заболяване, при което прекъсването на бременността може да доведе до усложнения, заплашващи здравето и живота и.
 2. *Аборт по медицински показания* се извършва по искане на бременната жена при наличие на заболяване, несъмнено доказано и документирано, при което по-нататъшното протичане на бременността или раждането може да застраши живота или здравето на жената или жизнеността на поколението и при срок на бременността не по-голям от 20 гестационни седмици.
 3. *Криминалният аборт* се причислява към изкуственото прекратяване на бременност, но при него е характерно това, че той се извършва извън лечебно заведение, най-често от неспециалист и в нарушение на медицинските стандарти.

6. Самотни майки

1. Определение:
 - Жена, която е родила дете (деца) извън брака и при условие, че *бащинството на детето* не е установено (при регистрация на детето в службата по вписванията не се представя съвместно заявление на родителите или няма съдебно решение за установяване на бащинство)
 - Жена, която е родила дете в брак или в рамките на 300 дни след прекратяването на брака, ако съпругът (бивш съпруг) е записан като баща на детето, *но бащинството е успешно оспорено в съда*

- Жена, която не е омъжена, осиновени (осинови) дете

2. Медико-социални проблеми:

- перинаталната смъртност на самотните майки е по-висока от тази на семейните майки
- социално-икономически проблеми - по-ниски доходи, липса на време за нормалното отглеждане на детето
- психологически проблеми, трудност при намиране на партньор
- за улесняване изписването на неосигурените самотни майки от родилните домове в срок и за да се даде своевременно полагаемата им се еднократна помощ за родено дете, изплащането на помощта се урежда още в родилния дом.
- Въведени са улеснения пред работодателите наемащи самотни майки
- Самотните майки получават допълнителна финансова подкрепа от агенция социално подпомагане, както и допълнителни дни отпуск по кодекса на труда

7. Нежелани деца

1. децата, които още преди третата си година са изоставени от родителите си и предоставени на държавните институции, страдат неимоверно от липсата на внимание и подкрепа, които са им особено необходими тъкмо в тази възраст.
2. Те страдат и от тежки здравословни проблеми. Развитието на мозъка им се забавя, в много случаи не се научават да говорят правилно и имат сериозни поведенчески смущения.
3. Проблемът “нежелани деца” е част от демографската политика на държавата. При такива ситуации се изисква мултидисциплинарен подход изискващ както медицински така и социални специалисти. При съмнение за насилие над дете лекарите са длъжни да сигнализират “Държавна агенция закрила на детето”

8. Децата с хронични заболявания (СОП)- децата с хронични заболявания представляват сериозно социално предизвикателство. Тяхното образование, възпитание, грижа изисква усилия не само от страна на родителите им, но и от обществото като цяло. Приемането и интеграцията на тези деца е индикатор за социално-икономическото развитие на държавата.

1. Децата и учениците със специални образователни потребности може да се обучават и възпитават в специалните детски градини и училища след изчерпване на всички възможности за интегрирано обучение и възпитание в общообразователните училища и детски градини.
2. Изградени са Центровете за подкрепа за личностно развитие, които имат за цел и ресурсно подпомагане на деца и ученици със специални образователни потребности;

3. Въз основа на училищния учебен план се разработва индивидуален учебен план за учениците със специални образователни потребности, които се обучават в дневна, вечерна, комбинирана, дистанционна форма или в дуална система на обучение
4. Индивидуалният учебен план на учениците със специални образователни потребности може да съдържа само част от учебните предмети, определени в рамковия, типовия или в училищния учебен план
5. Индивидуалната учебна програма за учениците със специални образователни потребности се разработва въз основа на рамкови изисквания, определени с държавния образователен стандарт за приобщаващото образование.
6. Центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (ЦКОДУХЗ) са лечебни заведения, в които се предоставят квалифицирана медицинска помощ и социални услуги за деца с медико-социален риск. В тях медицински и други специалисти осъществяват най-малко една от следните дейности:
 1. подкрепа на семействата на деца с увреждания и хронични заболявания за назначаване и провеждане на ранна диагностика, диагностика, лечение и медицинска и психосоциална рехабилитация;
 2. продължително лечение и рехабилитация на деца с увреждания и тежки хронични заболявания и обучение на родителите им за поемане на грижата в семейна среда;
 3. осигуряване на посещения от медицински специалисти за оказване на специфични грижи за деца с увреждания и тежки хронични заболявания, отглеждани в семейна среда и в социална или интегрирана здравно-социална услуга за резидентна грижа;
 4. осигуряване на специализирани палиативни грижи за деца.
 5. могат да предоставят социални и интегрирани здравно-социални услуги при условията и по реда на Закона за социалните услуги.
9. Домовете за медико-социални грижи за деца (ДМСГД) са лечебни заведения, в които се предоставят квалифицирана медицинска помощ и социални услуги за деца с медико-социален риск. Домовете осъществява следните дейности:
 1. Продължително медицинско наблюдение на деца с хронични заболявания и медико-социални проблеми
 2. Диагностициране, лечение и рехабилитация на деца с хронични заболявания и медико-социални проблем
 3. Специфични грижи за деца с хронични заболявания и медико-социални проблеми: - Отглеждане - Възпитание и обучение - Подготовка за интеграция в обществото чрез посещаване на масови детски заведения, интеграция в семейство, подготовка за осиновяване.

10. Осиновени деца

1. Може да бъде осиновено само лице, което при подаване на молбата за осиновяване не е навършило осемнадесет години.
2. Близнаци се осиновяват заедно. По изключение те могат да бъдат осиновявани поотделно, ако в продължение на 6 месеца от вписването в регистъра по осиновяване не са могли да бъдат осиновени заедно и ако интересите им налагат това.
3. Братя и сестри се осиновяват заедно, ако имат емоционална връзка помежду си.
4. Осиновяващият трябва да е най-малко с петнадесет години по-възрастен от осиновявания. Разлика във възрастта не се изисква, когато съпруг осиновява рожденото дете на своя съпруг. Когато осиновяването се извършва едновременно или последователно от двама съпрузи и за единия от тях разликата във възрастта е налице, не се изисква такава разлика за другия съпруг
5. Никой не може да бъде осиновен от две лица, освен ако те са съпрузи
6. Агенцията за социално подпомагане поддържа Национална електронна информационна система за децата, които могат да бъдат осиновени при условията на пълно осиновяване
7. За извършване на осиновяването е необходимо съгласието на: 1. осиновяващия; 2. родителите на осиновявания; 3. съпрузите на осиновяващия и на осиновявания; 4. осиновявания, ако е навършил четиринадесет години. 5. Съгласието на майката може да бъде дадено най-рано 30 дни след раждането.
8. Медико-социални проблеми
 1. По-лошо дентално здраве, психически проблеми, недोхранване
 2. Пропуснати имунизации, профилактични прегледи
 3. По-висока степен на ранно пристрастяване към алкохол, тютюнопушене, употреба на наркотици
 4. Ниска здравна култура, липса на полово възпитание, по-чести аборти, полово-преносими инфекции и др.
 5. Етични проблеми - детето има право да познава своите биологични родители. Разкриването на тяхната самоличност е необходимо при необходимост от трансплантация.
11. **Лечение на деца без лекарско предписание** - използването на медикаменти, без лекарско предписание е особено вредно в детска възраст. Причините са това са:
 1. Познати на родилите медикаменти се третират в детска възраст в различна доза.
 2. Множество лекарствени продукти са противопоказни при деца.
 3. Страничните ефекти са различни в детския организъм.
 4. При деца се наблюдава по-бързо развитие на алергични реакции.
 5. Същевременно, не всички деца имат осигурен достъп до медицински услуги. Затова е необходимо медицинските специалисти да информират родителите кои медикаменти и в какви дози могат да бъдат използвани при

определени състояния.

6. Телемедицината/ електронни рецепти също могат да улеснят достъпа до лекарствени продукти за децата.
7. При изписването на лекарствен продукт, задължително следва да се впише, че пациента е дете - неговата възраст, а често и тегло.

12. Полово възпитание

1. Половото възпитание по своята същност представлява системно и целенасочено педагогическо взаимодействие, формиращо адекватна полова идентичност и усвояване на основни знания, умения и навици и естествено отношение по въпросите на пола, половото развитие и отношението между половете, в дух на толерантност и разбиране към другия пол и в съответствие с обществените норми и потребности. Половото възпитание е неразривно свързано с нравственото възпитание и е основа за моралния облик и цялостното развитие на личността и обществото. Половото възпитание включва в своя обхват сексуалното възпитание на определен етап от възрастовото развитие.
2. Съгласно философията на Кант, човешката същност е пронизана от половото различие, определящо поведението на мъжа и жената като полови същества, които се стремят едно към друго и същевременно съхраняват различията помежду си. Следователно въпросът за половата идентичност следва да бъде застъпен още в първите етапи на възпитанието, т.е. в най-ранна детска възраст (след раждането с избора на играчки, бебешки дрешки, цвят на стаята и др.)
3. Подходи
 1. *рестриктивен (ограничаващ)* – изразяващ едностранчиво отношение, в което е застъпена само една концепция (основана на етически, религиозни или политически възгледи) и което налага като норми определени фиксирани идеи, ценности, критерии, схеми на поведение, като всичко различно от основната концепция се счита за отклонение. Този подход внушава самоограничителни рефлексии, самоконтрол, потискане на чувствата и проявите в някаква степен, традиционни сексуални роли. Има достатъчно основания рестриктивният подход да се счита за отживялост, тъй като не е адекватен на съвременните социални ситуации, често свързани с повече либералност към сексуалността и личния избор в това отношение
 2. *пермисивен (разрешаващ)* – към възпитаника се подхожда неутрално и му се дава свобода на информацията и независимост на личния избор на поведение. Очевидно този подход се е появил като средство да се отхвърлят закостенелите идеи в сферата на половото възпитание, но едва ли може сериозно да се приеме като постоянен възпитателен модел.
 3. *медиален (срединен)* – изграден върху идеологическия плурализъм и съчетаващ уважението към идеите както на младото поколение, така и

на възрастните. Заедно с пълния пакет информация, детето получава и всички необходими препоръки, задаващи границите на приемливото в обществото поведение. Медиалният подход е с най-богата палитра от аспекти (медико-биологичен, социален, психологически, нравствен, хедонистичен) и се основава върху зачитането правата на човека и на обществото. Счита се, че именно този подход има почва за развитие у нас.

4 Медико-социални проблеми на юношеството – проблеми на акселерацията, алкохолизма и наркоманиите. Профилактика на най-честите заболявания до 18 годишна възраст

Действието на различните социални и биологични фактори, определящи здравето, е различно през различните възрастови периоди от живота на децата, което определя различни медико-социални проблеми и съответно приоритети според възрастта на децата.

1. Основни периоди на развитие на децата по възраст:

1. Вътреутробен период
2. Период на новороденото (0 - 1 месец)
3. Период на кърмаческа възраст (0 - 1 година)
4. Период на ранно детство (1-3 години)
5. Предучилищен период (3-5 години)
6. Ранна училищна възраст (6-10 години)
7. Период на пубертета (10 - 14 години)
8. Период на юношеството и адаптация към трудово-обществен живот

2. Вътреутробното развитие

1. е труден и отговорен период, през който основните проблеми са:

1. Наследствена патология - трудно се повлиява, причинява аборт или малформация на органите;
2. Недоносеност (3-15% от ражданията) - свързана е със заболявания по време на бременността (рубеола, диабет, бъбречни заболявания), психични травми, работа във вредни условия, фактори от семейната среда, възраст на майката и социален статус - рискови са първораждащи под 18 и над 35 години;

2. Профилактика

1. Първична - здравна информация, избягване на рисковите фактори по време на бременността, фолиева киселина (преди концепция).
2. Вторична - прегледи, пренатален скрининг

3. Кърмаческа възраст (0 - 1 година) е най-опасният за здравето на детето период. Съществува тенденция за снижаване на детската смъртност, особено на постнеонаталната. Основни причини за смърт (около 66%) са:
 1. родова асфиксия, недоносеност, вродени аномалии и пневмонии. Основен резерв за снижаване на детската смъртност са дейностите, насочени към предотвратяване не на възпалителните заболявания на дихателната система, рационално хранене и грижи за правилното психо-физическо развитие.
 2. През 1-вата година от живота на детето медико-социалните проблеми произтичат от заболяемостта и са свързани със профилактиката предимно на детската смъртност. Този възрастов период се счита за критичен по отношение на здравето и живота на детето, поради родова асфиксия, недоносеност, вродените аномалии и възпалителните заболявания на дихателната с-ма, включително и пневмонии.
3. **Профилактика**
 1. Първична - здравна информация, съвети за хранене (кърмене) на децата. Имунизация, хигиенни норми.
 2. Вторична - масов неонатален скрининг, прегледи всеки месец, скрининг за дислокация на тазобедрената става, слухов скрининг.
4. Основните медико-социални проблеми на ранната детска и предучилищната възраст (1-5 години) са:
 1. Висока заболяемост - особено при постъпване в детски заведения. Най-голямо значение имат болестите на дихателната система (50% от всички заболявания), инфекциозни заболявания, травми и отравяния.
 2. Висока смъртност от болести на дихателната система, травми, отравяния и вродени малформации.
 3. Физическото и емоционално благополучие на децата в предучилищна възраст е ключов детерминант за тяхното здраве в бъдеще. Пълният комплект от имунизации, адекватно хранене, своевременно лечение на инфекциите са от особено значение.
 4. Поради трудовата ангажираност на майките извън дома, голяма част от децата особено в индустриализираните страни се отглеждат в детски заведения, което носи както позитиви, така и негативи за здравето на децата. В организирани колективи съществува по-голяма вероятност от разпространение на инфекциозни заболявания. От друга страна, децата, посещаващи детски градини, развиват комуникационни и други социални умения и са под професионално наблюдение.
 5. Предучилищните заведения трябва да развиват у децата хигиенни и хранителни навици, да съдействат за изпълнение на имунизационния календар. Задължителните обезопасяващи практики, като използването на детски седалки в колите, спазване стандартите за детски дрехи и играчки, квалификацията на учителите в детските градини са фактори, които могат

да намалят детската заболяемост и смъртност.

6. Насилието над деца се наблюдава във всяка възраст и профилактиката му изискват мерки като създаване на обществена нетърпимост и задължително съобщаване при признаци на насилие в училище, полиция, социални или медицински работници. Във висок медико-социален риск в тази възраст са децата, отглеждани в неравностойни условия: непълни семейства, много млади родители, ниска здравна култура.
 7. В ранна детска възраст до 3 г. и в предучилищната 3-6 г. медико-социалните проблеми са свързани предимно със повишения риск на децата отглеждани в неравностойни условия - непълни семейства, много млади, респективно възрастни родители; неблагоприятни семейни отношения и пренаселеност, насилие, издевателства, ниска здравна култура, вредни навици на родителите. В ранната детска възраст от особено значение са продължителността на майчините грижи, което у нас е регламентирано закононо и дава възможност за отглеждане на детето до 3 г.в семейна обстановка.
5. Ранна училищна възраст (6-9 год.) е своеобразен период, характеризиращ се със:
1. Начало на социализацията и адаптация към новите условия извън дома;
 2. Ограничаване на двигателната активност;
 3. Развитие на гръбначни изкривявания;
 4. Увеличаване на алергичните реакции и заболявания;
 5. Висок травматизъм, който е на първо място като причина за смърт;
 6. Нарушен хигиенен режим и хранене
 7. В ранна училищна възраст от 7-9,10 г. голяма част от медико-социалните проблеми са свързани с промяната на начина на живот и на новата обстановка в училище – новия режим, новото обкръжение и санитарно хигиенните условия, информационно натоварване и свързаните с това умора и преумора на малките ученици, които предопределят появата на явни или скрити протичащи заболявания. Водещите от тях за тази възраст са: неврози, алергични заболявания, затлъстявания, гръбначни изкривявания, зрителни рефракционни аномалии, анемични състояния, невротичност и тревожност, травматизъм.
8. **Профилактика**
1. Първична - здравно възпитание, имунизации, оптимално хранене и физическа активност. Хигиени норми в училище - осветление, продължителност на заниманията, хранене в училищата.
 2. Вторична - медицински прегледи - в училище и при личния лекар/педиатър. Скрининг за нерво-психично развитие, гръбначни изкривявания, паразити.
6. Пубертетната възраст (10-14 год.) се отличава с:

1. Ускорен растеж и полово съзряване - акцелерация, влизаща в конфликт с по-късното социално узряване;
2. Усилено влияние на външната среда и неформалните групи;
3. Промени в поведението, в емоционалното и физическо развитие;
4. Увеличаване на заболяемостта от диабет, хипертония, болести на дихателната система, травми;
5. Смъртност от травми (30%), левкемия, болести на дихателната система;
6. Затлъстяване, свързано с неправилно хранене и намалена физическа активност;
7. Негативни поведенчески модели - тютюнопушене, стресови ситуации в училище, влияние на неформалните групи. Училищната възраст е важна за промоциране на здравословен начин на жи вот и избягване на рисково поведение. Училището трябва да осигурява безопасна и здравословна среда, включително хигиена, недопускане на насилие, подходящи образователни програми, съоръжения, подпомагащи физическата активност, осигуряване на адекватна храна и създаване на навици за здравословно хранене. Здравното наблюдение на учениците включва контрол на физическото и психическо развитие, визус, гръбначни изкривявания, редовни имунизации.
8. В пубертетната възраст от 11-14 г. се характеризира с ускорен растеж, развитие, съзряване и коренна промяна както в телесната така и в психоемоционалната и социалната структура на личността. Изпреварващите ускорени темпове на биологичното развитие, по-ранното полово съзряване и изоставянето на темповете на социалното развитие разшириха обхвата и сложността на съпътстващите медико-социални проблеми. Водещите между тях са свързани с увеличаване и задълбочаване на ученическите заболявания - неврозите и невропсихичните заболявания, ювенилната хипертония, стомашночревните заболявания, гръбначните изкривявания, кръвните и ендокринните заболявания.
9. **Профилактика**
 1. Първична - здравно (вкл. сексуално) възпитание, имунизации, оптимално хранене, здравна просвета, социално включване, съвети за контрацепция.
 2. Вторична - медицински прегледи - в училище и при личния лекар/педиатър. Скрининг за нерво-психично развитие, гръбначни изкривявания.
7. Юношеската възраст 15-18 г. се характеризира с постепенно откъсване на младите хора от родителската опека и стремежа към свобода, самостоятелност и независимост. Неразбирането на този закономерен стремеж от възрастните става причина за формирането на различните конфликти и противоречия и свързаните с тях проблеми от медико-социален и възпитателен характер. Ключов медико-социален проблем в тази възраст са първите прояви на интимна близост и вземането на решение за водене на съзнателен полов живот и рисковете свързани с това. Най-важните рискове за здравето, свързани с преждевременния

полов живот са: нежеланата бременност; болести предавани по полов път, СПИН; употребата и злоупотребата на алкохол и наркотични в-ва, създават се условия за случайни и безразборни полови контакти, хепатит; самоубийства, отравяния, смърт. Решаването на посочените проблеми извежда на преден план здравеопазването и здравнообразователната работа в училище и извън него – в семейната, приятелската и обществената среда. Най-многобройни и трудни за решаване са медико-социални проблеми на децата в особено трудни и социално неравностойни обстоятелства - деца в рискови семейства. Решаването на проблемите на тези деца изисква обединяване на усилията над всички институции – правителствени, неправителствени, благотворителни и др. Социално-медицинските проблеми на юношите (възрастта 15-18 години) са:

1. Адаптация към трудовия и обществен живот.
2. Професионална ориентация, изискваща индивидуален подход, с отчитане на здравето и личността.
3. По-слаби връзки с родителите, по-активно взаимодействие с приятели и външна среда.
4. Формиране на сексуалното и репродуктивно поведение. Спада възрастовата граница на първите сексуални контакти. Голяма част от 16-17-годишните младежи имат сексуален опит. Съществуват рискове за ранна бременност, аборти, полово преносими болести, самоубийства и насилие.
5. Разпространение на тютюнопушене и наркомании, изискващи прилагане на възпитателни програми, формиращи нагласа към здравословен начин на живот. Програмите в средното училище трябва да акцентират върху личното поведение, общуването в семейството, сексуалните взаимоотношения, предпазване от нежелана бременност, превенция на СПИН/ХИВ.
6. Особено внимание заслужават децата в неравностойно положение, признати за такива по два критерия:
 1. Социален - деца в неравностойно семейно положение - малтретирани и изоставени (вкл. деца от медико-социални домове и заведения за временно настаняване);
 2. Медицински - деца с дефекти и заболявания (вкл. деца от специализирани заведения по отглеждане и рехабилитация).

7. Профилактика

1. Първична - здравно възпитание, информация, имунизации, оптимално хранене и физическа активност, здравна просвета, социално включване, съвети за контрацепция.
2. Вторична - медицински прегледи - в училище и при личния лекар/педиатър. Скрининг за нерво-психично развитие, гръбначни изкривявания.

4.1 Медицинска охрана на детството

1. Охраната на детството е цяла система от държавни и обществени мероприятия, социално-икономически и лечебно-профилактични мерки, насочени към опазване и укрепване на здравето на децата и създаване на условия за тяхното пълноценно развитие. Тези действия имат за цел:
 1. Гарантиране на гражданските права на децата;
 2. Охрана на труда на подрастващите;
 3. Възпитание и обучение на децата и подрастващите;
 4. Лечебно-профилактична помощ на децата.
2. Основните задачи които семейният лекар изпълнява
 1. на първо място са свързани със системния контрол върху физическото и психическото развитие на децата;
 2. ранно откриване на отклоненията в развитието и здравословното състояние;
 3. своевременно изследване и лечение;
 4. осигуряване на квалифицирана и високоспециализирана педиатрична консултативна помощ;
 5. при нужда и съдействие за настаняване в болнично заведение.
3. В здравния кабинет се осъществяват дейности по профилактика и промоция на здравето на децата и учениците, а при нужда и спешна помощ до пристигане на екип Центъра за спешна медицинска помощ. В здравните кабинети на детските заведения и училищата се извършват следните видове дейности :
 1. профилактични дейности за предотвратяване или ограничаване на рискови фактори в детските заведения и училища;
 2. системно наблюдение и контрол в/у физическото развитие и определяне на физическата дееспособност на децата и учениците;
 3. учение в подготовката, подбора и провеждането на различните форми на отдиш, туризъм
 4. организиране и провеждане на профилактични и противоепидемни дейности за предотвратяване възникването и ограничаване разпространението на заразните и паразитните заболявания във детското заведение и училището;
 5. регистриране на здравното и имунизационното състояние на децата и учениците в здравно профилактичната карта въз основа на данните получени от личния лекар на детето ученика;
 6. организиране и провеждане на програми за здравно възпитание на деца и ученици;
 7. водене и съхраняване на цялата документация на децата и учениците.
 8. За да бъде медицинското обслужване на децата и учениците качествено, своевременно и ефективно, от особено значение е осигуряването на

системна връзка и координация в работата на мед.специалисти, работещи във здравните кабинети на детските заведения и училищата, и съответните лични лекари.

4.2 Проблеми с акцелерацията

1. Определение - процес на ускорено, преждевременно физическо и психическо съзряване на човешкия организъм, темпът на което значително надвишава този на предходните поколения. През последното столетие се наблюдава едно ускорено физическо съзряване на всяко поколение в сравнение предходното.
2. Наред с положителните характеристики на акцелерацията се поставя и въпроса за нейните негативни последици с медицинско и обществено значение.
 1. Наблюдава се известно „подмладяване“ на редица заболявания: заболявания на сърдечно-съдовата система, метаболитния синдром и др.
 2. Несъответствието между биологичната и социалната зрялост е чест източник на конфликтни ситуации в семейството и училището.
 3. Ранното полово съзряване при наличието на един незавършил психическото и физическото си развитие организъм има редица негативни последици: ранен полов живот при ниска култура на полово поведение, полови заболявания, аборти, завършващи със безплодие, проституция и хомосексуализъм.
 4. В момента България стои на първо място в Европа с майки под 15 годишна възраст. Тютюнопушенето, употребата на алкохол и наркотични вещества прогресивно се увеличават при подрастващите от пубертетната възраст, като особено тревожна е тенденцията, че запознаването и ползването на тези вещества започва от все по-ранна възраст.
 5. Несъответствието между интелектуално ниво и ранното физическо и полово развитие, най-вероятно, са една от причините за развитието на девиантно поведение в пубертетната възраст. Нараства непрекъснато броя на подрастващите от 1 до 8 класове най-вече в горните възрастови групи (около 14%), които напускат училище.
 6. Все по отчетливи се наблюдава промяна в характера на специфичната за подрастващите заболяемост. Редица инфекциозни заболявания, които в миналото са водели до тежки органични поражения в наши дни протичат много по леко. В същото време все по-често се отчитат не характерни за детската и юношеската възраст заболявания на опорно-двигателния апарат, хипертония, диабет и други, които са свойствени за хората от средна и напреднала възраст. През последните 2 – 3 десетилетия се отчита значително забавяне по отношение стойностите на ръста. Подобна е и тенденцията по отношение на физиометричните параметри, докато следните стойности на телесното тегло продължават да се повишават