

СТИЛ НА ЖИВОТ НА ЛЕКАРИТЕ, РАБОТЕЩИ В БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ¹

И. Мирчева, Л. Георгиева, К. Докова, Ст. Попова

LIFESTYLE OF PHYSICIANS WORKING IN HOSPITAL CARE

I. Mircheva, L. Georgieva, K. Dokova, S. Popova

Резюме. Проведено е анимно анкетно проучване сред 27%-на представителна извадка от работещите лекари от 5 МБАЛ в гр. Варна, Добрич и Шумен с цел да се изследва свързаното със здравето поведение на лекарите и разпространението на някои рискови фактори сред тях. Изследвани са разпространението на тютюнопушенето и алкохолната консумация, хранителния режим на лекарите, употребата на сол, физическата активност. Близко половината от лекарите (47.0%) са редовни пушачи. Никога не са пушили 31.7%, а 23.9% са се отказали от вредния навик. Няма статистически значима разлика между двата пола ($P=0.058$). Делът на пушачите е най-голям във възрастовата група 30-49 години. Обнадеждаващо е ниското ниво на пушене сред най-младите лекари под 29 години. Сред лекарите пушенето е по-разпространено в сравнение с цялата популация в България (32.7%). По отношение на интензитета на пушене, жените лекарки пушат по-малко като количество цигари – 52.8% до 10 цигари дневно, докато 40.8% от мъжете пушат между 10 и 20 цигари, а 26.7% – над 20 цигари дневно. Интензитетът на пушене, изразен с броя на изпушените дневно цигари корелира с нивото на стрес. С наднормено тегло са 33%, а със затлъстяване – 17%. При една трета от лекарите е налице комбиниране на три и повече поведенчески рискови фактори, а още една трета са с два рискови фактора. Едва 12% водят напълно здравословен начин на живот, като този процент е много нисък при мъжете – 6.9% срещу 18.3% при жените. Данните от проучването свидетелстват за значително разпространение на рискови фактори в поведението на лекарите. Подобни констатации насочват към необходимостта от разработване в болничните заведения на профилактични програми ако на човешките ресурси се гледа като на най-ценния капитал на организацията.

Summary. A structured anonymous survey was carried out among a representative sample of 27% of medical doctors from five hospitals in Varna, Dobrich and Shumen with the aim to study health related behavior and the prevalence of risk factors among this population. Often smoking is regarded by the population as a natural part of the behavior. In our study almost half of doctors (47.0%) are regular smokers. Never smokers are 31.7%, and 23.9% have defined themselves as quitters. There is no significant difference between genders ($p=0.058$). The proportion of smokers is biggest in the age group 30-49 years. A positive trend is the relatively low proportion of smokers among the youngest doctors under 29 years. Frequency of smoking is higher among medical doctors as compared to the general population of Bulgaria (32.7%). Concerning the smoking intensity women doctors smoke less as compared to male doctors: 52.8% of women smoke up to 10 cigarettes per day, while 40.8% of men smoke between 10 and 20 cigarettes, and 26.7% more than 20 cigarettes per day. It is interesting that those who never smoked assess their level of stress as lowest. Smoking intensity as measured with the number of cigarettes smoked per day correlates with the level of stress. We studied dietary intake, salt intake and level of physical activity. One third (33%) of doctors are overweight while with obesity are 17%. In one third of the doctors there is a combination of three and more behavioral risk factors, and in the one more third of the sample there are two risk factors. Only 12% lead a healthy lifestyle, and this proportion is much smaller among men – 6.9% compared to 18.3% among women. This study reveals a high prevalence of behavioral risk factors among medical doctors in Bulgaria. Such results indicate the need for the development of preventive programmes in hospital settings if the human capital is regarded as the most valuable organizational capital.

Key words: lifestyle, doctors, hospitals

Въведение

Стилтът на живот е интегралния начин на съществуване на индивида (групата), формиран в резултат на взаимодействието между жизнените условия в широк смисъл и индивидуалните форми на поведение, предопределени от личностни характеристики, социо-културни и икономически фактори.

Поведението е повлияно от информираността на лицето за вредното действие на определен фактор върху здравето, както и от социалните норми – приемането на определено нездравословно поведение за обичайно води до широкото му разпространение сред населението, независимо от знанията за вредните му последици.

Начинът на живот и поведението, свързано със здравето на лекарите, в много голяма степен е повлияно от изискванията към медицинската професия. Продължителният работен ден, нощните смени, лечението на сериозно и критично болни пациенти, работата с терминално болни и техните близки поддържат огромно ежедневно напрежение. От друга страна необходимостта от непрекъснато обучение и повишаване на квалификацията, както и стремежът да се постигат личните професионални и жизнени цели са сред многото причини, които изпълват живота на лекарите със стрес и го излагат на здравни проблеми.

Тютюнопушенето отдавна се възприема от населението като обичайна част от поведението. Здравните работ-

ници са най-добре информирани за здравните последици от него, но въпреки това много от тях пушат и по този начин поставят под съмнение съветите към своите пациенти за отказ от тютюнопушенето.

Обсъждайки връзката на здравето на лекарите с носителството на рискови фактори не може да не се спомене историческото проучване на Richard Doll и A. Bradford Hill върху смъртността на лекарите във връзка с тютюнопушенето (1951 г.). Петдесет години по-късно Doll и кол. (2004) представят резултатите си от проспективно проучване на смъртността и навика за пушене на 34439 лекари в 50-годишен период. Свърхсмъртността, свързана с тютюнопушенето включва като причини сърдечно-съдови заболявания, неоплазми и болести на дихателната система. Вероятността за умиране в средна възраст при пушачите е 42% срещу 24% при непушачите, родени през периода 1900-1909 г. Поради значителното намаляване на смъртността сред непушачите през последните десетилетия, вследствие на профилактиката и напредъка в терапията, съотношението на вероятността за смърт при пушачите се увеличава за родените през 1920 г. на 43% срещу 15% за непушачите.

Изследване у нас на Платиканов и кол. (2008) сред анестезиолози прави тревожна констатация, че 58% от лекарите пушат, а 80% не намират време за спорт (51% рядко спортуват, а 29% – никога). Причините са главно в прекомерната заетост на лекарите и факта, че спортуването във фитнес зали изисква

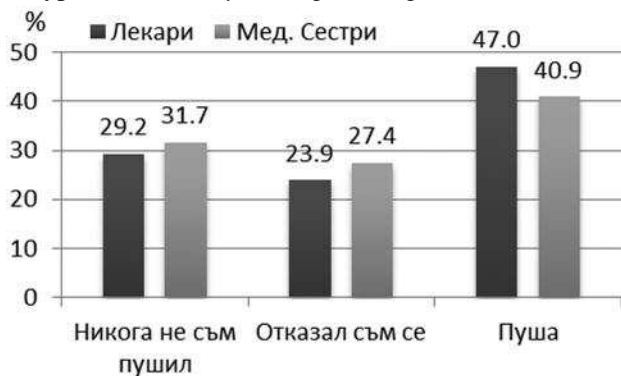
¹ Доклад, изнесен на конференция “50 години Катедра по социална медицина и организация на здравеопазването на МУ – Варна”, 30-31 май 2014 г.

финансов ресурс, който за мнозина от тях се оказва непосилен. Две трети се лишават от почивки/пътувания, 27% от анестезиолозите продължават да работят и по време на отпуск.

Резултати

В проведеното от нас емпирично проучване се наблюдава, че близо половината от анкетираните лекари (47.0%) са редовни пушачи (**Фигура 1**). Никога не са пушили 31.7% от лекарите, а 23.9% са се отказали от вредния навик. Няма статистически значима разлика в разпространението на пушенето между двата пола ($P=0.058$).

Фигура 1. Тютюнопушене сред лекари



В сравнение с данните за цялата популация в България (32.7%) пушенето е по-разпространено сред изследваните от нас лекари, което е потвърждение на резултатите от програма СИНДИ (2007).

Сред пушачите 41.1% пушат до 10 цигари на ден, 38.7% – между 10 и 20 цигари, а 20.2% – над 20 цигари. По отношение интензивитета на пушене, жените лекарки пушат по-малко като количество цигари – 52.8% от пушачките пушат до 10 цигари дневно, докато при мъжете 40.8% от пушачите пушат между 10 и 20 цигари, а 26.7% – над 20 цигари дневно ($\chi^2 = 7.471$, $P=0.05$).

Интересно е да се отбележи, че лицата, които никога не са пушили оценяват най-ниско нивото си на стрес, а най-високо тези, които са отказали пушенето. Интензивитетът на пушене, изразен с броя на изпушените дневно цигари корелира с нивото на стрес.

По данни от програма СИНДИ (2007 г.) 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%).

Работната позиция, свързана с производство или боравене с алкохол и наркотични вещества гарантира достъп до тези продукти, което в комбинация с професионалното напрежение създава висок риск от консумация от персонала. Лекарите и останалия здравен персонал са сред професионалистите, имащи свободен достъп до алкохолни и наркотични продукти на работното си място, което ги прави податливи на злоупотреба (Martinez-Lanz, Medina-Mora & Rivera, 2004).

Въпреки че алкохолизмът и употребата на забранени наркотични вещества сред лекарите не надхвърлят средните за населението, има редица докладвания от Шотландия и Северна Америка за по-висока честота на свързана с алкохола цирроза сред лекарите (Brewster, 1986, Short, 1979). Кохортно проучване на Британската медицинска асоциация сочи, че

всеки един от 10 лекари използва алкохола или други наркотични вещества, за да се справи с напрегнатата си работа или с проблем със здравето си.

Повече от една четвърт (28.4%) от лекарите съобщават, че не пият алкохол. Сред останалите, които пият, почти половината – 46% пият вино, 29.6% предпочитат бира, а 23.4% – концентрат. Отговорите показват умереност по-отношение на алкохола сред лекарите. От употребяващите алкохол 85.7% пият по-рядко от три пъти седмично. Едва 8% от пиещите си позволяват повече от две питиета на ден. (Под “едно питие” се разбира 50 мл концентрат, 200 мл вино или 500 мл бира). Десет респонденти са посочили, че пият повече от четири питиета на ден. Разликата в количеството и честотата на консумирания алкохол по пол е статистически значима, като по-големи количества и честота се наблюдават при мъжете ($\chi^2 = 20.77$, $P=0.001$). Мъжете предпочитат бира (26.39%) и концентрат (25%), докато виното се предпочита от жените (39.17%) ($\chi^2 = 22.873$, $P=0.000$).

McLellan и колеги представят резултати от програми в САЩ, мониториращи употребата на наркотични вещества от лекари. J. Brewster докладва подобни програми в Канада, наблюдаващи наркотичната зависимост при лекари. Както посочва McLellan, тези програми, насочени към американските лекари, имат двойна цел: лечение на болните лекари, а от друга страна – предпазване на обществото, изхождайки от разбирането, че лекарите с наркотична зависимост са опасни за пациентите си.

По отношение на консумацията на пресни плодове и зеленчуци 50% от лекарите твърдят, че ежедневно приемат такива, 41.3% го правят между един до три пъти седмично, а 8.3% – по-рядко от веднъж седмично. Като се има пред вид, че за постигане на протективен ефект от пресните плодове и зеленчуци са необходими поне 400 г на ден, може да се предположи, че сравнително малък дял от лекарите постигат това количество. Данните са близки до тези за популацията като цяло от програма СИНДИ: 6-7 пъти седмично консумират пресни плодове 45.2%, а пресни зеленчуци – 66%. От 3 до 5 пъти седмично пресни плодове и зеленчуци консумират съответно 27.5% и 20.7%. Изобщо не консумират пресни плодове и зеленчуци съответно 8.0% и 5.6% от изследваните, което съответства на консумацията по-малко от веднаж седмично при лекарите.

Голямо значение за нивото на артериалното налягане и съответно за сърдечно-съдовия риск има консумацията на сол. Едва 23% от лекарите предпочитат безсолна храна. Две трети определят, че консумират умерено солена, а 8.3% – солена храна. Моделът на хранене на лекаря, макар и не много задълбочено проучен подсказва за наличие на проблеми и разкрива възможности за промоция на здравословно хранене.

Водещ принцип на рационалното хранене е приемането на храна, балансирана в количествено и качествено отношение с физиологичните нужди на организма. Данните от националните проучвания на храненето на населението в България показват висока консумация на мазнини от животински произход (33-38% от общата енергийна стойност на храната, при препоръчителна горна граница 30%); три пъти по-нисък от препоръчителния прием на риба; ниска консумация на пресни плодове и зеленчуци през зимата; недостатъчна консумацията на мляко и млечни продукти; недостатъчна консумацията на пълнозърнести храни; висок прием на сол. Тревожна е и тенденцията за увеличаване на консумацията на захар.

Особено важен елемент от начина на живот е физическата активност. Ниската физическа активност е един от основните фактори на риска за възникване на хронични неинфекциозни болести в Европейския регион, като формира 3.5% от глобалното бреме на болестите (от 1.8% до 5.6% за

отделните страни) и е причина за 3.3% – 11.2% от всички смъртни случаи. За България тези показатели са съответно 4.3% и 7.7%. Редица изследвания през последните десетилетия показват, че ниската физическа активност е широко разпространена у нас сред всички възрастови групи на българското население, като делът на лицата с висока и средна физическа активност намалява през годините.

Малко повече от една пета от изследваните от нас лекари (21.6%) изобщо не спортуват, а 55.7% го правят, но рядко. Едва 22.7% спортуват често. Не се установява статистически значими различия по пол. На въпроса относно активното ходене – почти една трета (32.6%) определят, че ходят на ден по един час, още 30.7% се движат по два часа на ден. Няма разлика между двата пола по отношение на продължителността на ежедневното ходене – 3 часа при жените и 3.2 часа при мъжете (P=0.630). Вероятно поради спецификата на професията се разкрива сериозен дефицит във физическата активност на лекарите.

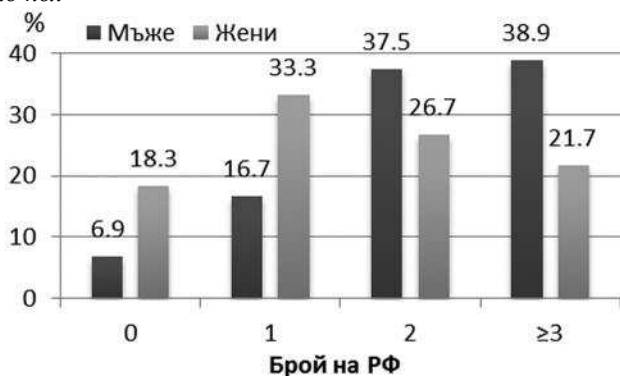
Лекарите от различните възрасти имат различно отношение към спорта. Сред лицата до 29 г. 37.8% често спортуват, във възрастта 30-49 г. те са 27.2%, а сред най-възрастните (над 50 г.) често спортуващите са само 9.8% ($\chi^2 = 33.96$, P=0.001). Това е една оптимистична констатация, показваща, че младите лекари имат по-положително отношение към спорта и физическата активност.

Практикуването на някакъв спорт е в статистически значима връзка с индекса на телесната маса (ИТМ). На фона на общо високия дял на лекарите, които не се занимават със спорт 80.7% от лицата с наднормено тегло и 86.9% от тези със затлъстяване никога или рядко практикуват някакъв спорт. Често спортуват 30.8% от лекарите с нормално телесно тегло, срещу 19.3% от тези с наднормено и 13.0 от тези със затлъстяване ($\chi^2 = 12.748$, P=0.05).

Неблагоприятното комбиниране на модела на хранене с недостатъчна физическа активност се очаква да доведе до наднормено тегло и затлъстяване. Половината от лекарите се отнасят към тези две групи. Съответно една трета – 33% са с наднормено тегло, а 17% – със затлъстяване.

От **Фигура 2** се вижда, че при една трета от лекарите е налице комбиниране на три и повече поведенчески рискови фактори (РФ), а още една трета са с два рискови фактора. Едва 12% водят напълно здравословен начин на живот, като този процент е много нисък при мъжете – 6.9% срещу 18.3% при жените. От сравнението между двата пола се вижда, че по-голям брой рискови фактори се срещат при мъжете. С комбинация от три рискови фактори са 38.9% от мъжете, а с два рискови фактора – 37.5%. При жените тези показатели са по-благоприятни – съответно 21.7% и 26.7%.

Фигура 2. Комбиниране на рискови фактори при лекарите по пол



Високите професионални изисквания не само, че могат да са в ролята на бариера за здравословен начин на живот,

но често трудно се съчетават с личните и семейни ангажменти, цели и желания. Редица проучвания намират връзка между конфликта работа-личен живот и натовареността на работното място (Adam и кол., 2008, Peeters и кол., 2004, Dikkers, 2007, Geurts и кол., 1999). Поради пренатоварване при много от лекарите – по-дълго работно време, високи професионални и емоционални изисквания, лекарите са в риск от такъв конфликт и последващи здравни проблеми (Demerouti и кол., 2004, Montgomery и кол., 2006). Високата честота на конфликта работа-личен живот корелира с негативна оценка на собственото здраве (Britt, 2005, Rovik и кол., 2007). Той е причина и за високата професионална неудовлетвореност и мобилност на лекарите. Това изисква допълнителни усилия за намаляване на конфликта работа-личен живот, в интерес на подсигуриране на по-добра медицинска помощ.

Съществуват реални бариери пред лекарите и студентите по медицина, които им пречат да търсят регламентирани здравни грижи, като страх от липса на конфиденциалност, усещане за слабост, страх от отражение върху професионалния статус и др. (Hills и кол., 2011) Изследвания на Тоугу и кол. (2000) сред финландски лекари и на Tyssen (2007) сред лекари в Норвегия сочат широко разпространение на самолечението и изписване на лекарства за собствена употреба. Изследване на Британската медицинска асоциация сочи, че за много от лекарите е трудно и неудобно да ангажират час при личния си лекар. Въпреки че 98% от респондентите са регистрирани при общопрактикуващ лекар, по-малко от 75% го търсят, когато са болни. Алтернативата е да се самолечат или търсят консултации с колеги. Разпространени са т.н. „коридорни“ консултации и самонасочване към специалисти. Конфиденциалността е също една от причините, според която респондентите смятат консултациите между лекари за неудобство. Непрепоръчително и въпрос за етична отговорност е лекарите да поемат отговорност за диагностициране и лечение на собствените си здравни проблеми и тези на семейството си.

Отношението към собственото здраве до голяма степен намира израз в участието в ежегодни профилактични прегледи. Профилактичните прегледи се подценяват от повече от половината лекари – 58% не се подлагат на такива. Делът на жените лекарки, negliжиращи профилактичните прегледи е достоверно по-висок – 65% в сравнение с мъжете – 52.1% ($\chi^2 = 4.482$, P=0.034). 79.5% от лекарите не виждат бариери, за да водят здравословен начин на живот.

Лекарите и техните семейства трябва да имат свой личен лекар и грижата за здравето да се извършва в контекста на обичайните взаимоотношения лекар-пациент. Тази практика трябва да бъде осъзната още от студентската скамейка, за да се избегнат неблагоприятия в по-нататъшния им живот. Лекарите трябва да имат достъп до конфиденциална медицинска помощ, която няма да се отрази върху тяхната кариера. В професията трябва да се изгради култура на взаимоподпомагане. Лекарят трябва да знае как да подходи, когато става въпрос за здравето на колега, поемайки етичните и правни отговорности.

Австралийската медицинска асоциация стимулира лекарите да:

- ▶ са отговорни за собственото си здраве;
- ▶ поддържат връзка с общопрактикуващия си лекар;
- ▶ предприемат профилактични мерки за здравето си – редовна почивка, здравословно хранене, активен отдих, балансиран начин на живот;
- ▶ имат здравна осигуровка в случай на заболяване;
- ▶ предоставят на здравни работници грижи и лечение със същите умения и отговорност, както при другите пациенти, спазвайки конфиденциалността.

Приемайки извода на Joan M. Brewster (2008), че „здравият лекар гарантира здрава практика“ са необходими

организационни действия за подобряване на здравето на основните изпълнители на здравни грижи – лекарите. Както препоръчва същата авторка първичната превенция трябва да започне още от студентските години с усвояване на здравословен начин на живот чрез тяхното обучение. Вторичната профилактика изисква съответни интервенции на работното място за редуциране на рисковите фактори и източниците на стрес и създаване на благоприятна за опазване на здравето работна среда, осигуряване на ползването на денонощна, седмична и годишна почивка. Третичната профилактика гарантира достъп до висококачествена и конфиденциална медицинска помощ.

Заклучение

Данните от проучването свидетелстват за значително разпространение на рисковите фактори в поведението на лекарите. Подобни констатации насочват към необходимостта от разработване в болничните заведения на профилактични програми за ограничаване на тютюнопушнето и употребата на алкохол, подсигуряване на условия за здравословно хранене на работното място, оборудване на помещения за спорт и отдих в лечебните заведения, провеждане на психотренинги за персонала и други антистрес мероприятия, ако на човешките ресурси се гледа като на най-ценния капитал на организацията.

Библиография

1. Платиқанов В., Д. Костов, Ж. Рангелова, К. Докова. Социален стаус на българския анестезиолог. Сп. „Анестез. и реанимация“, 2008, 3.
2. Adam S, Györfy Z, Susanszky E. Physician burnout in Hungary: A potential role for work family conflict. J Health Psychol. 2008;13(7):847-56.
3. Brewster JM, Kaufmann IM, Hutchison S, MacWilliam C. Characteristics 5 and outcomes of doctors in a substance dependence monitoring programme in Canada: prospective descriptive study. BMJ 2008; 337:a2098.

4. Brewster J. Prevalence of alcohol and other drug problems among physicians. JAMA 1986; 255:1913-20.
5. Brewster, Joan M. Doctors' Health. Healthy docyots – healthy practice, BMJ Nov.2008; 337: 1121-1122.
6. Britt TW, Dawson CR. Predicting work-family conflict from workload, job attitudes, group attributes, and health: A longitudinal study. Mil Psychol. 2005;17(3):203–27.
7. Demerouti E, Bakker AB, Bulters AJ. The loss spiral of work pressure, work-home interference and exhaustion: Reciprocal relations in a three-wave study. J Voc Behav. 2004;64(1):131–49.
8. Dikkers JSE, Geurts S, Kompier MAJ, Taris TW, Houtman ILD, van den Heuvel F. Does workload cause work-home interference or is it the other way around? Stress and Health. 2007;23:303
9. Doll Richard, A. Bradford Hill. The Mortality of Doctors in Relation to Their Smoking Habits Br Med J. 1954 June 26; 1(4877): 1451–1455.
10. Hills DJ, Joyce CM, Humphreys JS. Prevalence and prevention of workplace aggression in Australian clinical medical practice. Aust Health Rev. 2011 Aug;35(3):253-61.
11. Martinez-Lanz P, Medina-Mora ME, Rivera E. Alcohol and drug consumption in health personal: Some related factors. Salud Mental 2004; 27:6 (17-27).
12. Montgomery AJ, Panagopolou E, Benos A. Work-family interference as a mediator between job demands and job burnout among doctors. Stress and Health. 2006;22(3):203–12.
13. Riley GJ. Understanding the stresses and strains of being a doctor. Med J Aust 2004; 181: 350-353.
14. Rovik JO, Tyssen R, Hem E, Gude T, Ekeberg O, Moum T, Vaglum P. Job stress in young physicians with an emphasis on the work-home interference: A nine-year, nationwide and longitudinal study of its course and predictors. Industrial Health. 2007;45:662–71.
15. Short S E D. Psychiatric illness in physicians. Can Med Assoc J 1979; 121: 283-8.
16. Toyr S, Rasanen K, Kujala S, Aarimaa M, Juntunen J, Kalimo R, et al. Selfreported Health, illness and self-care among Finnish Physicians. A National Survey. Arch Fam Med 2000; 9:1079-
17. Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. Ind Health 2007; 45:599-610.

Автори

И. Мирчева, Л. Георгиева, К. Докова, Ст. Попова, Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“ – МУ-Варна

СМЪРТНОСТ ОТ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ В ПЕРИОДА 1990-2012 г.

К. Панайотов, Кр. Дикова, М. Вичев

Смъртността от сърдечно-съдови заболявания (ССЗ) е водеща и заема първо място в структурата на умириания по причини. Това първо място е закономерно и се обуславя от редица предпоставки като традиционно високата смъртност от мозъчно-съдова болест (МСБ), постоянно увеличаващата се смъртност от исхемична болест на сърцето (ИБС) и от хипертонична болест. Тази крайно неблагоприятна тенденция не само е обезпокоителна, но и определяща общия фон на здравния статус на населението и е в посока, обратна на тази в развитите европейски страни. Необходимо е да се посочи, че много често при регистрацията на умирианията от тези болести става смесване (прехвърляне) на диагнози, което води до погрешен анализ на всяка от тях. Това не позволява вземане на конкретни мерки и затова по-вярна представа за техния размер е общата им интерпретация. От своя страна това е пречка за адекватна оценка и мониторинг на ефективността от въведените нови технологични методи за диагностика и терапия в последните 10-15 години.

В разработката анализираме смъртността от ССЗ общо и поотделно за умирианията от хипертонична болест,

исхемична болест на сърцето, инфаркт на миокарда (ИМ) и мозъчно-съдова болест. За по-точен и обективен анализ на данните ги разглеждаме в два периода – от 1983-1990 г. и 1990-2012 г. Това дава възможност за по-точно определяне на началото на промените и тенденциите.

В началото на периода – 1983 г. – в краткия статистически справочник „Здравеопазване“, издание на Националния център по общественото здраве и анализи се публикуват само общите данни за смъртността от ССЗ, без да се посочват основните групи. През тази година относителният дял на умирианията от ССЗ е 57.9% в структурата на смъртността, който постоянно нараства и през 2012 г. вече е 65.6% т.е. 2/3 от умирианията се дължат на ССЗ. През 1983 г. от ССЗ са умрели 59218 души, а през 2012 г. – 71644 или с 12433 повече (21%). Умирианията за същия период на 100 000 население са 662.3 за 1983 г. и 980.6 за 2012 г. или с 49% повече. Средногодишно увеличението е с 10.6 на 100 000 население.

Диференциран анализ извършваме за периода 1990-2012 г., тъй като от тази година се публикуват данни за умирианията по основните видове болести на ССЗ. За същия пе-