МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
“ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН“

Д-Р ЮЛИЯ ДИМИТРОВА ИЛИЕВА

ЗДРАВОСЛОВНОТО СТАРЕЕНЕ – ИНДИКАТОР ЗА КАЧЕСТВЕН ЖИВОТ НА ВЪЗРАСТНИ ХОРА В БЪЛГАРИЯ

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН “ДОКТОР”

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт”
Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”
Научна специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията”

Научен ръководител:
Проф. д-р Жени Стайкова, дмн

Рецензенти:
Проф. д-р Красимир Стоянов Визев, дмн
Проф. Людмила Найденова Чакърова, дм

София, 2023

Дисертационният труд е одобрен и насочен за защита от катедрен съвет на катедра „Превантивна медицина“ при Факултет по Обществено Здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“ на Медицински Университет София

Дисертационният труд е представен от 154 страници и съдържа 46 таблици и 25 фигури. Книгописът съдържа 148 заглавия, от които 89 на кирилица и 59 на латиница.

Научно жури в състав от 5 хабилитирани лица в съответната научна област по темата на дисертацията в състав:

1. Проф. д-р Красимир Стоянов Визев, дмн – вътрешен член за МУ София, Катедра „Превантивна медицина“ на Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“ при МУ- София.

2. Проф. д-р Анжелика Спасова Велкова – Монова, дмн- вътрешен член за МУ София, Катедра „Превантивна медицина“ на Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“ при МУ- София.

3. Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм – външен член за МУ София, пенсиониран преподавател повече от пет години от академичния състав на Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“ при МУ- София.

4. Проф. Людмила Найденова Чакърова, дм - външен член за МУ София, пенсиониран преподавател повече от пет години.

5. Проф. д-р Кънчо Трифонов Чамов, дм - външен член за МУ София, пенсиониран преподавател повече от пет години от академичния

състав на Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“ при МУ- София.

Резервни членове:

1. Проф. д-р Ралица Златанова Златанова – Великова, дм - вътрешен резервен член за МУ София, Катедра „Здравна политика и мениджмънт“ на Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“ при МУ- София, който става редовен при отсъствие на вътрешен титуляр по настоящата заповед.

2. Проф. д-р Мария Анастасова Семерджиева – Филипова, дм - външен резервен член за МУ София, ФОЗ при МУ-Пловдив, който става редовен при отсъствие на вътрешен титуляр по настоящата заповед – външен за МУ-София член на журито.

Публичната защита на дисертационния труд ще се състои на 10.05.2023 г. от 14:00 часа в Зала №7 на Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ №8, гр.София.

СЪДЪРЖАНИЕ

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ 4

ВЪВЕДЕНИЕ 6

ГЛАВА I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО 8

Цел 8

Задачи 8

Материали и методи на проучването 9

ГЛАВА II. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ СОБСТВЕНИТЕ ПРОУЧВАНИЯ 12

Разпределение на анкетираните по отговори на въпросите от анкетата и анализ на структурата на разпределение на отговорите 13

Анализ на връзката между пола и отговорите на въпросите 23

Анализ на връзката между възрастта и отговорите на въпросите 31

Анализ на връзката между средата на пребиваване (в социални институции и семейна среда) и отговорите на въпросите 40

Анализ на демографските тенденции в развитите страни в света, Европа и България и социално-икономическите и здравни последици за обществото 50

Мястото и ролята на здравето и на здравеопазната система за осигуряване на условия за достъп до комплексни здравни услуги и удължаване на живота на възрастните хора в добро здраве. 51

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 54

ИЗВОДИ 55

ПРЕПОРЪКИ 56

ПРИНОСИ 59

СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ ПО ДИСЕРТАЦИЯТА 61

ПРИЛОЖЕНИЕ 63

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АСП – Агенция за социално подпомагане

АХУ – Агенция за хората с увреждания

БВП – Брутен вътрешен продукт

ДГ – дългосрочна грижа

ДЕЖ – Дейности от ежедневието

ЕВРОСТАТ – Статистическа служба на Европейския съюз

ЕГ 2012- Европейската година на активния живот на възрастните хора и солидарността между поколенията – 2012

ЕК – Европейска комисия

ЕС – Европейски съюз

ЕСФ – Европейски социален фонд

ЗБНЗОК – Закон за бюджета на НЗОК

ЗЗ – Закон за здравето

ЗОЛ – Здравно-осигурено лице

ЗХУ – Закона за хората с увреждания

ЗЛЗ – Закона за лечебните заведения

ЗСП – Закон за социално подпомагане

ЗСУ – Закон за социалните услуги

ИПИ – Институт за пазарна икономика

КСО – Кодекс за социално осигуряване

КЖ – Качество на живот

КЖсЗ - Качество на живот свързано със здравето

МЗ – Министерство на здравеопазването

МС – Министерски съвет

МТСП – Министерство на труда и социалната политика

МФ – Министерство на финансите

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

НОИ – Националеносигурителен институт

НП АХУ – Национална програма „Асистенти на хора с увреждания”

НСИ – Национален статистически институт

НЦОЗА – Национален център по обществено здраве и анализи

ОП РЧР – Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“

ОИСР - Организацията за икономическо сътрудничество и развитие

ППЗИХУ – Правилник за прилагане на Закона за хората с увреждания

ППЗСП – Правилник за прилагане на Закона за социално подпомагане

СЗО – Световна здравна организация

ССЗ – Сърдечно-съдови заболявания

AGE– Европейскаплатформа на възрастните хора

EHIS - Европейска система за интервю за здраве

EQLS –Европейскопроучваненакачествотонаживот

Eurofound - Европейска фондация за подобряване на условията на живот и труд

HDI - Индекс на човешкото развитие на ООН

ICF - Международна класификация на функционирането, увреждванията и здравето

GSDS - „Таблица на социалните увреждания в Гронинген“

SSF - Комисията на Stiglitz / Sen / Fitoussi

WHO / DAS - Оригинална Таблица за оценка на увреждванията, публикуван от СЗО за измерване на функционирането

WHOQOL- инструмент на СЗО за качество на живота, който оценява субективното благосъстояние в различни области на живота

ВЪВЕДЕНИЕ

През последните години броят и делът на хората на възраст над 60 години от населението постепенно се увеличава. През 2019 г. той е 1 милиард. Очаква се увеличението му да достигне до 1,4 милиарда до 2030 г. и 2,1 млрд. до 2050 г.до 2070 г. 30,3 % от населението вероятно ще бъде на 65 или повече години (в сравнение с 20,3 % през 2019 г.), а също така 13,2 % от хората да са на възраст 80 или повече години (в сравнение с 5,8 % през 2019 г.).

За да се справят със застаряването на населението в Европа и света, системите на здравеопазване и полагане на грижи ще трябва да се адаптират допълнително, а държавите ще трябва да решават как да финансират по-високите публични разходи, свързани със застаряването.

Превенцията е най-мощният инструмент за да се осигури здравословно стареене. Освен превенцията са важни и следните теми, отнасящи се до:

1. Социално-икономически въпроси.

2. Организация на здравните системи.

3. Здравни неравенства.

Стареенето представя както предизвикателства, така и възможности.

По-възрастните хора допринасят значително за икономиката и обществото. Това е целта на подхода в рамките на политиката за „активен живот на възрастните хора“ и остаряване в добро здраве.

Средата, в която възрастните хора живеят, може да благоприятства здравето, или да му навреди.

Остаряване в добро здраве и поддържане на функционалната способност, която позволява благополучие в по-напреднала възраст се приема като един от най-съществените показатели на качеството на живота на възрастните хора. Оценяването на здравното състояние на населението

като качество на живот се възприема и за основно положение в съвременната философия и стратегия на СЗО.

Концепцията за здравословно стареене е подробно описана в Световния доклад за стареенето и здравето. То се определя като „процес на развитие и поддържане на функционалните способности, които позволяват благополучие в по-напреднала възраст“. Тази функционална способност се определя от вътрешния капацитет на индивида, средата, която той или тя обитава и взаимодействието между тях.

Здравословното стареене е процес на оптимизиране на възможностите за здраве, безопасност и активен начин на живот с цел подобряване качеството на живота на възрастните хора.

Качественият живот е предпоставка за активно стареене и същевременно е резултат от здравословното стареене.

Активното стареене е свързано със здравословното стареене, защото за да бъде активен в трудовата, социалната и жизнена среда, човек трябва да бъде физически и психически здрав и с добри функционални способности.

Освен това здравословното стареене означава здравословен начин на живот. Процесът на стареене е биологично детерминиран, но до голяма степен подлежи на човешки контрол.

Върху здравословното стареене оказват влияние следните фактори:1) здравни и социални системи, 2) поведенчески фактори, 3) лични фактори, 4) физическа среда, 5) социална среда и 6) икономически фактори.

В годишния доклад на СЗО за състоянието на здравето в света през 1997 г. Генералният директор д-р Hiroshi Nakajima прави заключението, че „очакваното здраве е много по-важно от очакваната продължителност на живота, защото радвайки се на добавените допълнително години, трябва да признаем, че удължеият период без качество на живота е една безмислена награда“.

ГЛАВА I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Цел

Целта на настоящия труд е да се докаже че здравословното стареене се явява фактор на качествения живот на възрастните хора в България.

Задачи

За изпълнение на основната цел се поставиха следните задачи:

1. Да се изработи анкетна карта и проведе проучване сред възрастното население в София град, София област и град Шумен за здравословното състояние и функционалната способност.

2. Да се направи сравнителен анализ на здравословното състояние и функционалните способности на възрастните и стари хора по пол и възраст.

3. Да се направи сравнителен анализ на здравословното състояние и функционалните способности на възрастните и стари хора в зависимост от средата на пребиваване (в социални институции и семейна среда).

4. Да се извърши анализ на демографските тенденции в развитите страни в света, Европа и България и социално-икономическите и здравни последици за обществото.

5. Да се оцени мястото и ролята на здравето и на здравеопазната система за осигуряване на условия за достъп до комплексни здравни услуги и удължаване на живота на възрастните хора в добро здраве.

6. Да се формулират препоръки към МЗ, НЗОК, МТСП, МОН, местни органи науправление и др., относно политики, насочени към здравната промоция, предпазването от болести, здравословни условия на труд, адекватно поведение на здравната помощ и мониторинг на интервенциите и постигнатия напредък.

Материали и методи на проучването

В зависимост от така поставените научни задачи се конкретизират обектът на наблюдение, единиците и признаците им.

Обект на настоящото проучване е здравословното стареене.

Предмет на разработката е изследване зависимостта между здравословното стареене и качеството на живот на възрастните и стари хора в България.

Постановка на проучването

В рамките на настоящия дисертационен труд са разработени, проведени и анализирани резултатите на целево анкетно проучване сред възрастни и стари хора от две социални институции и живеещи в домашна среда, избрани на случаен принцип. Оценени са субективното им усещане за здравословно състояние, функционална способност, независимост и качество на живот.

Проведеното изследване е анонимно и е направено единствено и само за целите на настоящото научно изследване, което е декларирано пред всеки респондент съгласно установените в практиката изследователски стандарти.

Методът на събиране на първичната информация е самостоятелно попълване на хартиени анкетни карти. Анкетата е реализирана в периода месец март 2020 г.- месец ноември 2021 г.

Целевата група респонденти са лица над 60 годишна възраст на територията на гр. София, София област и град Шумен.

За целите на изследването е разработена и предварително тествана анкетна карта, в която са включени въпроси за здравословното състояние, функционалната способност, независимост и качество на живот на възрастни и стари хора.

Извадка

Общият брой на изследваните лица е 462, от тях мъже - 180, жени - 282. От анкетираните 312 лица пребивават в социални институции, а 150 живеят в семейна среда. От живеещите в социални институции 100 лица са от Дом за стари хора "Д-р Ст. Смядовски" гр. Шумен, а 212 пребивават в Резиденция за възрастни „Сердика" гр. София. Мъжете в социална институция са 139, а жените – 173. От анкетираните 150 лица, живеещи в домашна среда 90 лица са от гр. София и 60 от област София. От тях 41 анкетирани са мъже и 109 жени.

Анкетираните са разпределени в пет възрастови групи, съобразени с Класификацията на възрастовите групи според СЗО:

0-14 г. – детска възраст;

15-44 г. – млада възраст;

45-59 г. – средна (зряла) възраст;

60-74 г.- **възрастни хора**;

75-89 г.- **стари хора** (старческа възраст);

90+ - **дълголетие.**

Така събраната първична информация е използвана за нуждите на статистическия анализ и извеждане на основни нагласи и статистически значими взаимовръзки, установяващи позицията на анкетираните лица относно здравословното физическо и психическо състояние на възрастните и стари хора и тяхната активност и независимост и участие в социалния живот.

Методи

Методологическата основа на дисертационния труд представлява комплекс от общонаучни и частнонаучни методи и подходи за провеждане на научни изследвания. По време на изследователския процес са използвани следните методи на проучването:

1.Документален метод:

а) Данни от медицински документи на анкетираните (Рецептурни книжки, амбулаторни листи);

б) Релевантни официални нормативни и научно-приложни документи;

2. Социологически/анкетен метод – Проведено е анкетно проучване на базата на анкетна карта (Приложение 1).

3. Статистически методи:

- ✓ Дескриптивна статистика – резултатите от проучването са обобщени чрез абсолютни честоти (n) и относителни (%) честоти.
- ✓ Хи-квадрат тест (Chi-square test) – при изследване на зависимостите между пола, възрастта, среда на пребиваване и отговорите на въпросите от анкетата.

Приетото прагово ниво на значимост е $\alpha=0,05$. Статистическа значимост се приема, когато p стойността е по-малка от α ($p<0,05$).

За обработка на данните от проучването е използван специализирания статистически пакет SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) версия 20.0.

За таблична, графична обработка и презентация са използвани продуктите на Microsoft Office.

ГЛАВА II. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ СОБСТВЕНИТЕ ПРОУЧВАНИЯ

Групата на възрастните и стари хора от гледна точка на процеса на стареене е разнородна съвкупност. Сред тях има такива със запазена жизненост и работоспособност, други са обременени с множество заболявания, трети са зависими и се нуждаят от грижи и гледане. Диагнозата и симптомите не са достатъчни при оценяване здравето на възрастните хора. Изключително важно е да се определи техния функционален статус и способността им да се справят самостоятелно в ежедневието, което се свързва с добро здраве и качество на живот.

Затова въпросите относно функционалните способности на хората ни дават информация при оценяване здравето на възрастните лица.

Функционалният статус се представя от **физическата дееспособност** на лицата със справянес основни дейности, които са нормални за ежедневието и **ежедневни дейности, необходими за автономното съществуване** и адаптиране на индивида към жизнената среда.

В анкетната карта на настоящото проучване са използваниелементи, включени в списъка за измерване на всяка област на вътрешен капацитет или функционална способност, както се предлага от техническите експерти на СЗО.От проведеното анкетно проучване данните са анализирани по 4 направлвния:

- Разпределение на анкетираните по отговори на въпросите;

- Връзка между отговорите на въпросите и пола;

- Връзка между отговорите на въпросите и възрастта;

- Зависимост между отговорите на въпросите и средата на пребиваване (в социални институции и семейна среда).

Разпределение на анкетираните по отговори на въпросите от анкетата и анализ на структурата на разпределение на отговорите

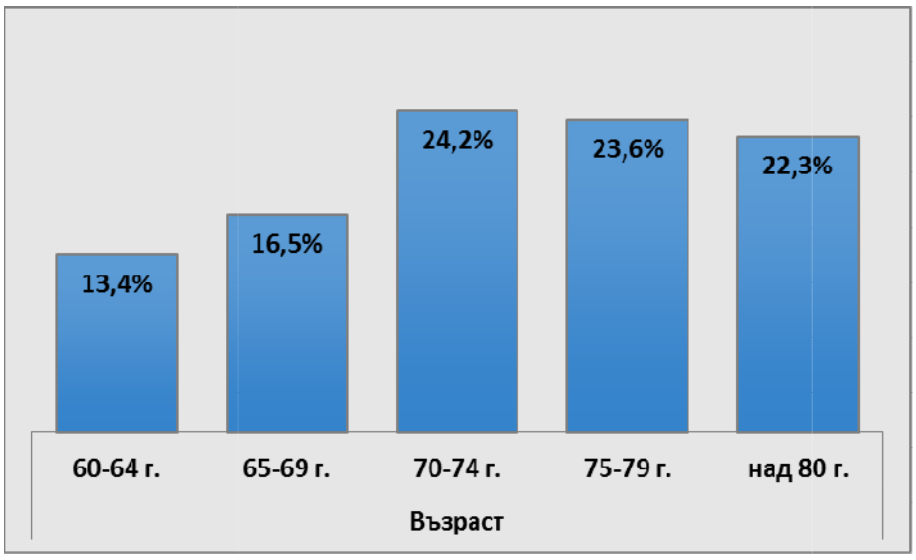
От анкетираните 462 лица над 60 години –61.0% са жени, а 39.0% мъже, представено на Фигура 1.



Фигура 1. Разпределение на анкетираните по пол

По възрастово разпределение най-голямата група – 24.2% е на възраст 70-74 години; 23,6% са между 75-79 г.; 22,3% са над 80 г.; 16,5% са на възраст 65-69 г.; 13,4% са в диапазона 60-64 г.

Разпределението на анкетираните по възраст е представено на Фигура 2.



Фигура 2.Разпределение на анкетираните по възрастова група

Разпределението на анкетираните по пол и възрастова група не показва значима разлика [$X^2(4)=3.799$, $p=0.434$] и е представено на Таблица1.

Таблица 1.Разпределение на анкетираните по пол и възрастова група

Възраст		Мъже	Жени	Общо	X^2	df	p
60-64 г.	N	23	39	62	3,799	4	0,434
	%	12,8%	13,8%	13,4%			
65-69 г.	N	27	49	76			
	%	15,0%	17,4%	16,5%			
70-74 г.	N	52	60	112			
	%	28,9%	21,3%	24,2%			
75-79 г.	N	42	67	109			
	%	23,3%	23,8%	23,6%			
80+ г.	N	36	67	103			
	%	20,0%	23,8%	22,3%			
Общо	N	180	282	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

На въпроса „Страдате ли от хронично заболяване?„ 72.5% от анкетираните са отговорили положително, а 27.5% са отговорили, че не страдат,като за хората на възраст над 80 г. този процент се увеличава до 85.4%.

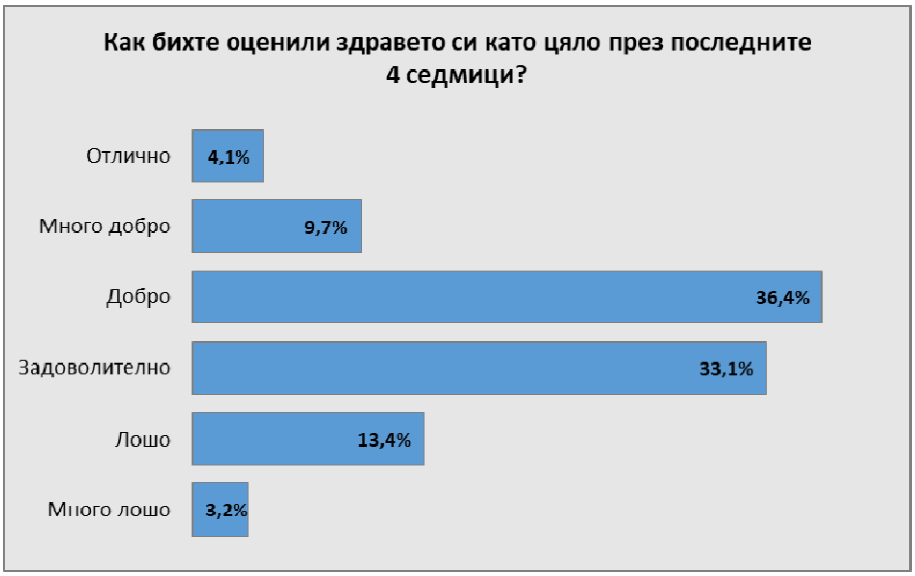
Данните са представени наФигура 3.



Фигура 3.Разпределение на анкетираните по наличие на хронично заболяване

Самооценката на здравето е един от най-често използваните интегрирани индикатори за измерване на здравето на индивида и населението. Индикаторът предоставя информация за лични представи, очаквания и предпочитания за добро здраве, произтичащи от индивидуалната психологическа ориентация, ценности и опит с болестта, от преобладаващите социокултурни норми и от споделените ресурси и знания между членовете на общността [134].

Разпределението на анкетираните по отговори на въпроса„Как бихте оценили здравето си като цяло през последните 4 седмици?“ е представен на Фигура 4.



Фигура 4.Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „Как бихте оценили здравето си като цяло през последните 4 седмици?“

Най-висок процент -36.4% от анкетираните оценяват здравето си като цяло през последните 4 седмици като “Добро”, 33.1% като „Задоволително”, 13.4% като „Лошо”, 9.7% като „Много добро”, 4.1% като „Отлично” и 3.2% като „Много лошо”.

С повишаване на възрастта делът на отговори „Добро” и „Задоволително” се понижава с 25%. Подобна констатация се съобщава в другипубликации и се обяснява със здравословната траектория на хората [134].

Анализът на структурата на разпределение на отговорите на лицата със и без хронично заболяване показва връзка между наличието на хронично заболяване и самооценяването на здравето.

Резултатите показват, че 41.73% от лицата без хронично заболяване са отговорили, че оценяват здравето си като „Добро", а 36.41% от лицата страдащи от хронично заболяване оценяват здравето си като „Задоволително".

Налице е статистически значима връзка между наличието на хронично заболяване и самооценката относно здравословното състояние общо за всички изследвани [$X^2(5)=51,722$, $p=0.001$].

Зависимостта между наличието на хронично заболяване и самооценката относно здравословното състояние е представена в Таблица 2.

Таблица 2.Връзка между наличието на хронично заболяване и самооценката относно здравословното състояние общо за всички изследвани

Как бихте оценили здравето си като цяло през последните 4 седмици?		Страдате ли от хронично заболяване		Общо	X^2	df	p
		Да	Не				
Много лошо	N	13	2	15	51,722	5	<0,001
	%	3,9%	1,6%	3,2%			
Лошо	N	58	4	62			
	%	17,3%	3,1%	13,4%			
Задоволително	N	122	31	153			
	%	36,4%	24,4%	33,1%			
Добро	N	115	53	168			
	%	34,3%	41,7%	36,4%			
Много добро	N	21	24	45			
	%	6,3%	18,9%	9,7%			
Отлично	N	6	13	19			
	%	1,8%	10,2%	4,1%			
Общо	N	335	127	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

На въпроса в каква степен физическото здраве ограничава обичайните физически активности, 39.2% от анкетираните отговарят, че физическото им здраве ограничава обичайните физически активности „В

известна степен", 28.1%- „Много малко", 17.7% - „Доста", 9.1% - „Не, изобщо" и 5.8% отговарят „Не можех да извършвам физическа активност".

Разпределението на анкетираните по отговори на въпроса „През последните 4 седмици в каква степен физическото Ви здраве ограничава обичайните Ви физически активности (като ходене, качване по стълби)?" е представено на Фигура 5.



Фигура 5. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „През последните 4 седмици в каква степен физическото Ви здраве ограничава обичайните Ви физически активности (като ходене, качване по стълби)?"

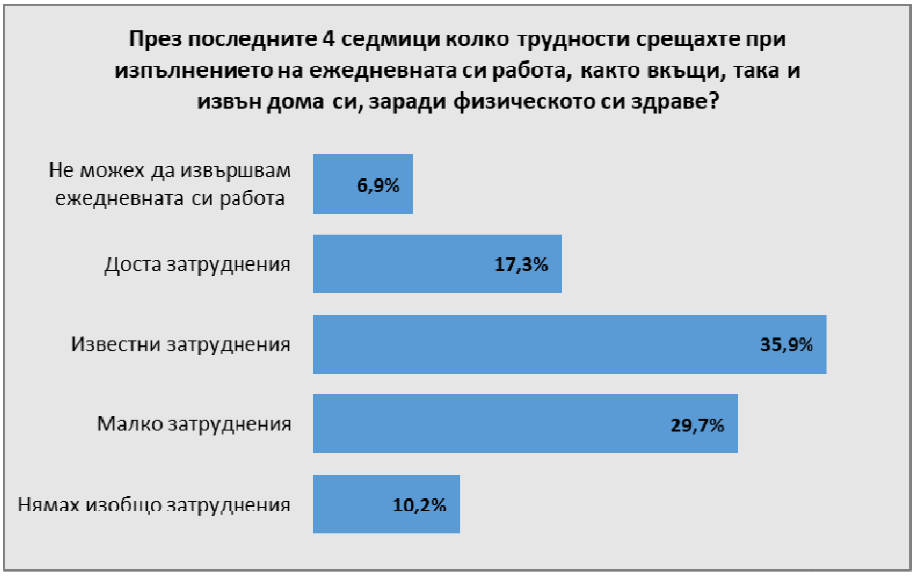
Въпреки отговорите за „Добро" и „Задоволително физическо здраве, то ограничава обичайните физически активности на анкетираните (като ходене, качване по стълби),„В известна степен" (39.2%) и „Много малко" (28.1%).

Когато възрастните хора имат затруднение в придвижването, респективно в мобилността, това води до затруднения и нарушени функционални способности и ниско качество на живот.

Нарушената мобилност ограничава достъпа до здравни услуги, социални, културни и други дейности.

На следващия въпрос „През последните 4 седмици колко трудности срещахте при изпълнението на ежедневната си работа, както вкъщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?“, най-висок процент от респондентите – 35.9% отговарят, че срещат „Известни затруднения” при изпълнението на ежедневната си работа, както вкъщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве, 29.7%отговарят с „Малко затруднения”, 17.3% - „Доста затруднения”, 10.2% -„Нямах изобщо затруднения” и 6.9% - „ Не можех да извършвам ежедневната си работа”.

Разпределението на анкетираните по отговори на въпроса „През последните 4 седмици колко трудности срещахте при изпълнението на ежедневната си работа, както вкъщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?“ са представени на Фигура 6.



Фигура 6. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „През последните 4 седмици колко трудности срещахте при изпълнението на ежедневната си работа, както в къщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?“

Трудностите срещани при изпълнението на ежедневната работа, както в къщи, така и извън дома, заради физическото им здраве, самооценено като „Добро” и „Задоволително” са „Известни затруднения и „Малки затруднения”.

Затрудненията в различна степен дейности от ежедневието (ДЕЖ) водят до ограничения и зависимости.

Изпълнението на дейностите в ежедневието влияе благоприятно върху качеството на живот на възрастните хора, което обуславя необходимостта от разширяване възможностите за общуване и за физическа активност. Физическата дееспособност и способността за изпълнение на дейностите от ежедневния живот (ДЕЖ) е съществен индикатор за качеството на живот на възрастните и старите хора.

На въпроса „Каква по интензивност телесна болка сте имали през последните 4 седмици?“, 39.6% отговарят – „Умерена болка”, 17.7% - „Лека болка”, 15.6% - „Силна болка”, 14.1% - „Много лека болка”, 9.3% - „Никаква болка” и 3.7% - „Много силна болка”. 39.6%от анкетираните съобщават за „Умерена телесна болка” през последните 4 седмици, което е релевантно с „Доброто” физическо здраве“.

Болката е симптом на нарушено физическо здраве и ограничения във функцията.

Разпределението на анкетираните по отговори на този въпроса е представено на Фигура 7.



Фигура 7. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „Каква по интензивност телесна болка сте имали през последните 4 седмици?“

На въпроса за чувството за жизненост „През последните 4 седмици, колко енергия имахте?“, 44.2% отговарят „Доста енергия”, 43.9% отговарят „Забележително малко”, 7.4% - „Никаква енергия”, а 4.5% - „Много енергия”.

Разпределението на анкетираните по отговори на въпроса „През последните 4 седмици, колко енергия имахте?“ е представено на Фигура 8.

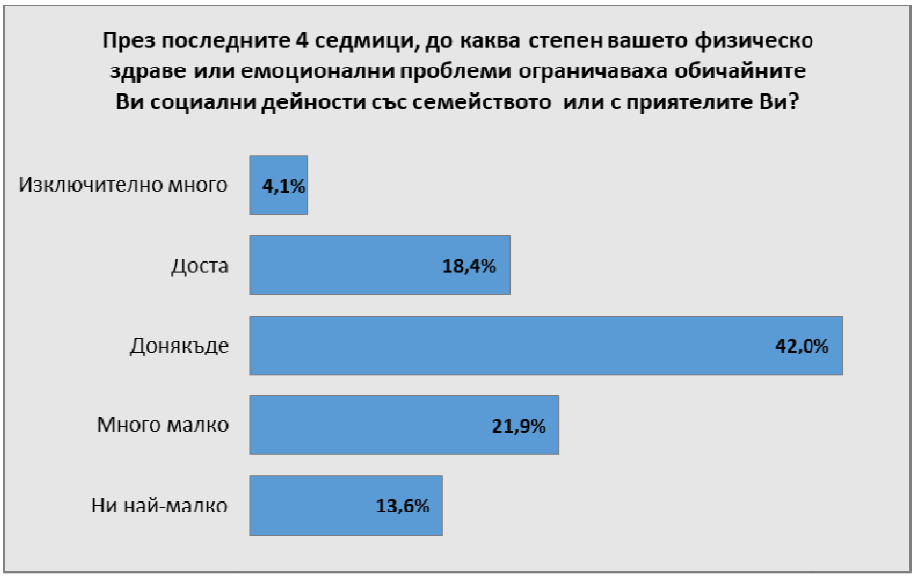


Фигура 8. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „През последните 4 седмици, колко енергия имахте?“

Чувството за жизненост и енергия е критерий за щастие и благополучие в резултат на удовлетвореност от нещата, които могат да имат и да постигнат, а не свързано конкретно с някакво заболяване.

На въпроса „През последните 4 седмици, до каква степен вашето физическо здраве или емоционални проблеми ограничаваха обичайните Ви социални дейности със семейството или с приятелите Ви?“ 42.0% от анкетираните отговарят “Донякъде“, на 21.9% отговорът е „Много малко”, на 18.4% - „Доста”, на 13.6% - „Ни най-малко” , 4.1% отговарят „Изключително много”.

Разпределението на анкетираните по отговори на въпроса „През последните 4 седмици, до каква степен вашето физическо здраве или емоционални проблеми ограничаваха обичайните Ви социални дейности със семейството или с приятелите Ви?“ е представено на Фигура 9.



Фигура 9. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „През последните 4 седмици, до каква степен вашето физическо здраве или емоционални проблеми ограничаваха обичайните Ви социални дейности със семейството или с приятелите Ви?“

Качеството на живот е свързано със социалното участие. То се разбира като удовлетворение, изпитвано от възрастните и старите хора, в резултат на тяхното участие в различни дейности в рамките на семейството, на работното място и в общността, при които те използват своите способности и развиват своята личност [130]. Нарушенията във физическото здраве водят до ограничени социални контакти и социална активност на възрастните и старите хора и тяхната изолация.

Относно наличието на емоционални проблеми (като тревожност, депресия, или раздразнителност) 35.7% от анкетираните отговарят, че „Донякъде” са били притеснявани от емоционални проблеми през последните 4 седмици, на 29.7% отговорът е „Много малко”, 17.1%

отговарят „Доста”, 12.3% - „Ни най-малко”, а 5.2% отговарят „Изключително много”.

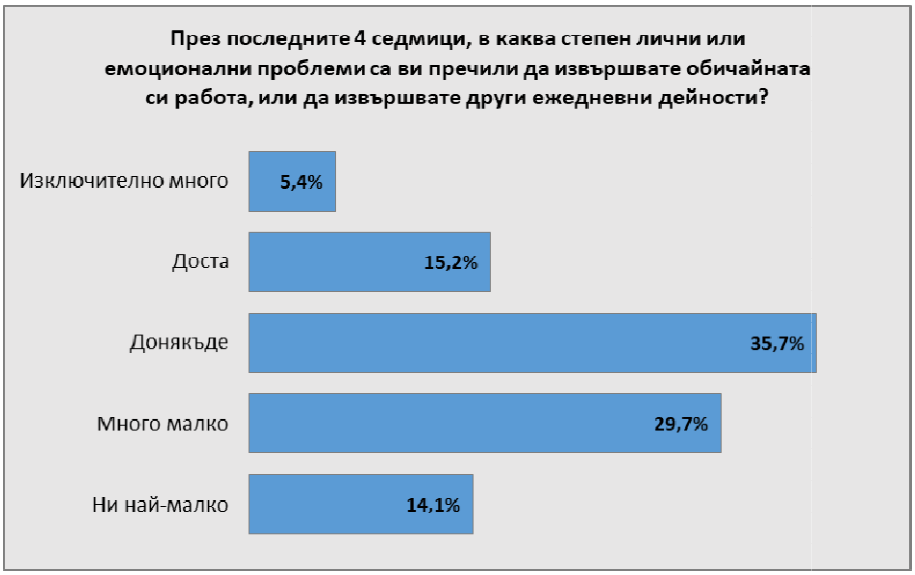
Разпределението на анкетираните по отговори на въпроса „През последните 4 седмици, в каква степен сте били притеснявани от емоционални проблеми (като тревожност, депресия, или раздразнителност)?“ е представено на Фигура 10.



Фигура 10. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „През последните 4 седмици, в каква степен сте били притеснявани от емоционални проблеми (като тревожност, депресия или раздразнителност)?“

Психологическите проблеми като тревожност, депресия или раздразнителност са характерни за възрастните и старите хора, които не виждат перспектива и смисъл от живота.

Разпределението на анкетираните по отговори на въпроса „През последните 4 седмици, в каква степен лични или емоционални проблеми са ви пречили да извършвате обичайната си работа, или да извършвате други ежедневни дейности?“ е представено на Фигура 11.



Фигура 11. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „През последните 4 седмици, в каква степен лични или емоционални проблеми са ви пречили да извършвате обичайната си работа, или да извършвате други ежедневни дейности?“

Най-висок процент от анкетираните - 35.7% отговарят, че „Донякъде” лични или емоционални проблеми са им пречили да извършват обичайната си работа, или да извършват други ежедневни дейности, 29.7% отговарят „Много малко”, 15.2% отговарят „Доста”, 14.1% отговарят „Ни най-малко”, и на 5.4% отговорът е „Изключително много”.

Субективното качество на живот измерва усещането за благосъстояние, което човек изпитва. Субективното качество на живот включва субективни състояния, като моментното емоционално състояние, чувството за пълноценност и цел в живота, и личната самооценка за тях [75].

Анализ на връзката между пола и отговорите на въпросите

Не се наблюдава статистически значима връзка между наличието на хронично заболяване и пола [$X^2(1)=0,566$, $p=0.452$].

Връзката между отговорите на въпроса „Страдате ли от хронично заболяване“ и пола е представена в Таблица 3.

Таблица 3. Връзка между отговорите на въпроса „Страдате ли от хронично заболяване“ и пола

Страдате ли от хронично заболяване		Мъже	Жени	Общо	X^2	df	p
Да	N	127	208	335	0,566	1	0,452
	%	70,6%	73,8%	72,5%			
Не	N	53	74	127			
	%	29,4%	26,2%	27,5%			
Общо	N	180	282	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Анкетираните жени и мъже еднакво страдат от хронични заболявания.

Зависимостта между пола и оценката, относно здравословното състояние на респондентите не е статистически значима. [$X^2(5)=2,288$, $p=0.808$]. Жените и мъжете оценяват еднакво здравето си като цяло в проучването.

Зависимостта между отговорите на въпроса „Как бихте оценили здравето си като цяло през последните 4 седмици?“ и пола е представена в Таблица 4.

Таблица 4. Връзка между пола и отговорите на въпроса „Как бихте оценили здравето си като цяло през последните 4 седмици?“

Как бихте оценили здравето си като цяло през последните 4 седмици?		Мъже	Жени	Общо	X^2	df	p
Много лошо	N	4	11	15	2,288	5	0,808
	%	2,2%	3,9%	3,2%			
Лошо	N	27	35	62			
	%	15,0%	12,4%	13,4%			
Задоволително	N	57	96	153			
	%	31,7%	34,0%	33,1%			
Добро	N	66	102	168			
	%	36,7%	36,2%	36,4%			
Много добро	N	17	28	45			
	%	9,4%	9,9%	9,7%			
Отлично	N	9	10	19			
	%	5,0%	3,5%	4,1%			
Общо	N	180	282	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Няма статистически значима връзка между пола и оценката, относно ограничената обичайна физическа активност в резултат на физическото здраве на респондентите [$X^2(4)=4,973$, $p=0.290$].

Физическото здраве на анкетираните мъже и жени в еднаква степен ограничава обичайната им физическа активност като ходене, качване по стълби.

Връзката между пола и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици в каква степен физическото Ви здраве ограничава обичайните Ви физически активности (като ходене, качване по стълби)?“ е представена в Таблица 5.

Таблица 5. Връзка между пола и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици в каква степен физическото Ви здраве ограничава обичайните Ви физически активности (като ходене, качване по стълби)?“

През последните 4 седмици в каква степен физическото Ви здраве ограничава обичайните Ви физически активности (като ходене, качване по стълби)?		Мъже	Жени	Общо	X^2	df	p
Не, изобщо	N	21	21	42	4,973	4	0,290
	%	11,7%	7,4%	9,1%			
Много малко	N	42	88	130			
	%	23,3%	31,2%	28,1%			
В известна степен	N	73	108	181			
	%	40,6%	38,3%	39,2%			
Доста	N	34	48	82			
	%	18,9%	17,0%	17,7%			
Не можех да извършвам физическа активност	N	10	17	27			
	%	5,6%	6,0%	5,8%			
Общо	N	180	282	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

При изследване на връзката между пола и оценката, относно изпълнението на ежедневната работа, както вкъщи, така и извън дома в

резултат на физическото здраве на респондентите, не се установи такава [$X^2(4)=0,175$, p=0.996].

Физическото здраве на мъжете и жените в еднаква степен ограничава изпълнението на ежедневната работа, както вкъщи, така и извън дома.

Зависимостта между пола и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици колко трудности срещахте при изпълнението на ежедневната си работа, както вкъщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?“ е представена в Таблица 6.

Таблица 6. Връзка между пола и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици колко трудности срещахте при изпълнението на ежедневната си работа, както в къщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?“

През последните 4 седмици колко трудности срещахте при изпълнението на ежедневната си работа, както вкъщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?		Мъже	Жени	Общо	X^2	df	p
Нямах изобщо затруднения	N	19	28	47	0,175	4	0,996
	%	10,6%	9,9%	10,2%			
Малко затруднения	N	54	83	137			
	%	30,0%	29,4%	29,7%			
Известни затруднения	N	64	102	166			
	%	35,6%	36,2%	35,9%			
Доста затруднения	N	30	50	80			
	%	16,7%	17,7%	17,3%			
Не можех да извършвам ежедневната си работа	N	13	19	32			
	%	7,2%	6,7%	6,9%			
Общо	N	180	282	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Зависимостта между пола и оценката, относно интензивността на телесна болка през последните 4 седмици на респондентите не е статистически значима [$X^2(5)=4,374$, p=0.497].

Тази зависимост е представена в Таблица 7.

Таблица 7. Връзка между пола и отговорите на въпроса „Каква по интензивност телесна болка сте имали през последните 4 седмици?“

Каква по интензивност телесна болка сте имали през последните 4 седмици?		Мъже	Жени	Общо	X^2	df	p
Никаква болка	N	20	23	43	4,374	5	0,497
	%	11,1%	8,2%	9,3%			
Много лека болка	N	26	39	65			
	%	14,4%	13,8%	14,1%			
Лека болка	N	35	47	82			
	%	19,4%	16,7%	17,7%			
Умерена болка	N	65	118	183			
	%	36,1%	41,8%	39,6%			
Силна болка	N	30	42	72			
	%	16,7%	14,9%	15,6%			
Много силна болка	N	4	13	17			
	%	2,2%	4,6%	3,7%			
Общо	N	180	282	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Мъжете и жените оценяват еднакво интензивността на телесната болка през последните 4 седмици, т.е. полът на анкетираните не е фактор, който влияе на интензивността на телесната болка.

При изследване зависимостта между пола и оценката, относно енергията, която респондентите са имали през последните 4 седмици, не се наблюдава статистически значима връзка [$X^2(3)=1,202$, $p=0.753$].

Тази зависимост е представена в Таблица 8.

Таблица 8. Връзка между пола и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици, колко енергия имахте?“

През последните 4 седмици, колко енергия имахте?		Мъже	Жени	Общо	X^2	df	p
Много	N	9	12	21	1,202	3	0,753
	%	5,0%	4,3%	4,5%			
Доста	N	77	127	204			
	%	42,8%	45,0%	44,2%			
Забележително малко	N	83	120	203			
	%	46,1%	42,6%	43,9%			
Никаква	N	11	23	34			
	%	6,1%	8,2%	7,4%			
Общо	N	180	282	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Мъжете и жените оценяват еднакво енергията, която са имали през последните 4 седмици.

Намаляване нивото на жизнената енергия е присъщо на процеса на биологично стареене независимо от пола и се проявява еднакво при мъжете и жените.

Не се установява статистически значима връзка между пола и оценката, относно ограничените обичайни социални дейности със семейството или с приятелите в резултат на физическото здраве или емоционални проблеми на респондентите [$X^2(4)=4,973$, $p=0.290$].

Връзката между пола и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици, до каква степен вашето физическо здраве или емоционални проблеми ограничаваха обичайните Ви социални дейности със семейството или с приятелите Ви?“ е представена в Таблица 9.

Таблица 9. Връзка между пола и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици, до каква степен вашето физическо здраве или емоционални проблеми ограничаваха обичайните Ви социални дейности със семейството или с приятелите Ви?“

През последните 4 седмици, до каква степен вашето физическо здраве или емоционални проблеми ограничаваха обичайните Ви социални дейности със семейството или с приятелите Ви?		Мъже	Жени	Общо	X^2	df	p
Ни най-малко	N	28	35	63	2,706	4	0,608
	%	15,6%	12,4%	13,6%			
Много малко	N	38	63	101			
	%	21,1%	22,3%	21,9%			
Донякъде	N	73	121	194			
	%	40,6%	42,9%	42,0%			
Доста	N	36	49	85			
	%	20,0%	17,4%	18,4%			
Изключително много	N	5	14	19			
	%	2,8%	5,0%	4,1%			
Общо	N	180	282	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Физическото здраве или емоционалните проблеми на мъжете и жените в еднаква степен ограничават обичайните социални дейности със семейството или с приятелите.

Зависимостта между пола и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици, в каква степен сте били притеснявани от емоционални проблеми (като тревожност, депресия, или раздразнителност)?“ е представена в Таблица 10.

Таблица 10. Връзка между пола и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици, в каква степен сте били притеснявани от емоционални проблеми (като тревожност, депресия, или раздразнителност)?“

През последните 4 седмици, в каква степен сте били притеснявани от емоционални проблеми (като тревожност, депресия или раздразнителност)?		Мъже	Жени	Общо	X^2	df	p
Ни най-малко	N	31	26	57	7,746	4	0,101
	%	17,2%	9,2%	12,3%			
Много малко	N	52	85	137			
	%	28,9%	30,1%	29,7%			
Донякъде	N	62	103	165			
	%	34,4%	36,5%	35,7%			
Доста	N	25	54	79			
	%	13,9%	19,1%	17,1%			
Изключително много	N	10	14	24			
	%	5,6%	5,0%	5,2%			
Общо	N	180	282	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Не се установи статистически значима връзка между пола и оценката, относно притеснения от емоционални проблеми (като тревожност, депресия, или раздразнителност) на респондентите.
[$X^2(4)=7,746$, $p=0.101$].

Мъжете и жените в еднаква степен са били притеснявани от емоционални проблеми през последните 4 седмици.

При изследване зависимостта между пола и оценката, относно ограниченията да извършват обичайната си работа, или да извършват други ежедневни дейности в резултат на лични или емоционални проблеми на респондентите, не се установи статистически значима връзка.
[$X^2(4)=4,973$, $p=0.290$].

Корелацията между пола и отговорите на този въпросе представена на Таблица 11.

Таблица 11. Връзка между пола и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици, в каква степен лични или емоционални проблеми са ви пречили да извършвате обичайната си работа, или да извършвате други ежедневни дейности?“

През последните 4 седмици, в каква степен лични или емоционални проблеми са ви пречили да извършвате обичайната си работа, или да извършвате други ежедневни дейности?		Мъже	Жени	Общо	X^2	df	p
Ни най-малко	N	31	34	65	5,431	4	0,246
	%	17,2%	12,1%	14,1%			
Много малко	N	47	90	137			
	%	26,1%	31,9%	29,7%			
Донякъде	N	64	101	165			
	%	35,6%	35,8%	35,7%			
Доста	N	25	45	70			
	%	13,9%	16,0%	15,2%			
Изключително много	N	13	12	25			
	%	7,2%	4,3%	5,4%			
Общо	N	180	282	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Личните или емоционални проблеми на мъжете и жените в еднаква степен ограничават обичайната работа, или други ежедневни дейности през последните 4 седмици.

Анализ на връзката между възрастта и отговорите на въпросите

Наблюдава се статистически значима връзка между наличието на хронично заболяване и възрастта [$X^2(4)=38,87$, $p<0.001$].

По-възрастните респонденти по-често страдат от хронични заболявания. Коефициентът на Крамър показва, че тази връзка е слаба (V=0.279).

В проучването се установи, че 48.4% от лицата на възраст 60-65 години страдат от хронично заболяване, докато за лицата над 80 годишна възраст този процент се увеличава до 85.4% .

Зависимостта между отговорите на въпроса „Страдате ли от хронично заболяване“ и възрастта е представена в Таблица 12.

Таблица 12. Връзка между отговорите на въпроса „Страдате ли от хронично заболяване“ и възрастта

Страдате ли от хронично заболяване		Възрастова група					Общо	X^2	df	p	Cramer's V
		60-64 г.	65-69 г.	70-74 г.	75-79 г.	80+ г.					
Да	N	30	46	80	91	88	335	38,87	4	<0,001	0,279
	%	48,4%	60,5%	71,4%	83,5%	85,4%	72,5%				
Не	N	32	30	32	18	15	127				
	%	51,6%	39,5%	28,6%	16,5%	14,6%	27,5%				
Общо	N	62	76	112	109	103	462				
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%				

Зависимостта между възрастта и самооценката за здравословното състояние на анкетираните е статистически значима.

[$X^2(20)=58,49$, $p<0.001$].

Коефициентът на Крамър показва, че тази връзка е умерена (V=0,335).

38,5% от старите хора на възраст 75-79 години и 38,8% от старите хора над 80- годишна възраст оценяват здравословното си състояние като „Задоволително“.

Общо 3,2% от анкетираните самооценяват здравето си като „Много лошо”, като лицата на възраст 75-79 години, които оценяват здравето си като „Много лошо” са 4,6%, а тези на възраст над 80 години, които оценяват здравето си като „Много лошо” представляват най-висок процент – 6,8%. Обратно, лицата във възрастовите диапазони 60-64 години и 65-69 години оценяват здравето си като „Ммного добро” и „Отлично” в най-висок процент. Липсва самооценка на здравето „Много лошо” при възрастовите групи 60-64 години и 65-69 години.

Връзката между възрастта и отговорите на въпроса „Как бихте оценили здравето си като цяло през последните 4 седмици?“ е представена в Таблица 13.

Таблица 13. Връзка между възрастта и отговорите на въпроса „Как бихте оценили здравето си като цяло през последните 4 седмици?“

Как бихте оценили здравето си като цяло през последните 4 седмици?		Възрастова група					Общо	X^2	df	p	Cramer's V
		60-64 г.	65-69 г.	70-74 г.	75-79 г.	80+ г.					
Много лошо	N	0	0	3	5	7	15	58,49	20	<0,001	0,335
	%	0,0%	0,0%	2,7%	4,6%	6,8%	3,2%				
Лошо	N	3	2	15	25	17	62				
	%	4,8%	2,6%	13,4%	22,9%	16,5%	13,4%				
Задоволително	N	18	24	29	42	40	153				
	%	29,0%	31,6%	25,9%	38,5%	38,8%	33,1%				
Добро	N	26	35	47	29	31	168				
	%	41,9%	46,1%	42,0%	26,6%	30,1%	36,4%				
Много добро	N	11	13	10	4	7	45				
	%	17,7%	17,1%	8,9%	3,7%	6,8%	9,7%				
Отлично	N	4	2	8	4	1	19				
	%	6,5%	2,6%	7,1%	3,7%	1,0%	4,1%				
Общо	N	62	76	112	109	103	462				
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%				

Физическото и психическо здраве, съответно и качеството на живот на възрастните и старите хора зависят от рисковете, на които са били подложени през целия им живот. Затова риска за проявата на редица заболявания се увеличава с нарастването на възрастта и лицата над 80 години оценяват здравето си като „Много лошо" в най-висок процент [129].

Установи се статистически значима връзка между възрастта и ограничената физическа активност в резултат на физическото здраве [$X^2(16)=62,31$, $p<0.001$]. Коефициентът на Крамър показва, че тази връзка е умерена (V=0,345).

Зависимостта между възрастта и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици в каква степен физическото Ви здраве ограничава обичайните Ви физически активности (като ходене, качване по стълби)?" са представени в Таблица 14.

Таблица 14. Връзка между възрастта и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици в каква степен физическото Ви здраве ограничава обичайните Ви физически активности (като ходене, качване по стълби)?"

През последните 4 седмици в каква степен физическото Ви здраве ограничава обичайните Ви физически активности (като ходене, качване по стълби)?		Възрастова група					Общо	X^2	df	p	Cramer's V
		60-64 г.	65-69 г.	70-74 г.	75-80 г.	80+ г.					
Не, изобщо	N	13	7	15	5	2	42	62,31	16	<0,001	0,345
	%	21,0%	9,2%	13,4%	4,6%	1,9%	9,1%				
Много малко	N	21	27	31	23	28	130				
	%	33,9%	35,5%	27,7%	21,1%	27,2%	28,1%				
В известна степен	N	22	37	39	43	40	181				
	%	35,5%	48,7%	34,8%	39,4%	38,8%	39,2%				
Доста	N	5	4	25	29	19	82				
	%	8,1%	5,3%	22,3%	26,6%	18,4%	17,7%				
Не можех да извършвам физическа активност	N	1	1	2	9	14	27				
	%	1,6%	1,3%	1,8%	8,3%	13,6%	5,8%				
Общо	N	62	76	112	109	103	462				
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%				

При търсене на зависимост между възрастта и трудности срещани при изпълнението на ежедневната работа, както вкъщи, така и извън дома, заради физическото здраве се доказа, че тя е статистически значима. [$X^2(16)=78,83$, $p<0.001$].

Коефициентът на Крамър показва, че тази връзка е умерена (V=0,382).

До 69-год. възраст 40% от респондентите отговарят че „Нямат изобщо затруднения“, а 21,5 % над 80-годишна възраст отговарят „Не можех да извършвам ежедневната си работа“.

Корелацията между възрастта и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици колко трудности срещахте при изпълнението на ежедневната си работа, както вкъщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?“ е представена в Таблица 15.

Таблица 15. Връзка между възрастта и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици колко трудности срещахте при изпълнението на ежедневната си работа, както вкъщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?“

През последните 4 седмици колко трудности срещахте при изпълнението на ежедневната си работа, както вкъщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?		Възрастова група					Общо	X^2	df	p	Cramer's V
		60-64 г.	65-69 г.	70-74 г.	75-79 г.	80+ г.					
Нямах изобщо затруднения	N	15	12	15	4	1	47	78,83	16	<0,001	0,382
	%	24,2%	15,8%	13,4%	3,7%	1,0%	10,2%				
Малко затруднения	N	22	31	29	23	32	137				
	%	35,5%	40,8%	25,9%	21,1%	31,1%	29,7%				
Известни затруднения	N	20	26	49	38	33	166				
	%	32,3%	34,2%	43,8%	34,9%	32,0%	35,9%				
Доста затруднения	N	3	5	15	35	22	80				
	%	4,8%	6,6%	13,4%	32,1%	21,4%	17,3%				
Не можех да извършвам ежедневната си работа	N	2	2	4	9	15	32				
	%	3,2%	2,6%	3,6%	8,3%	14,6%	6,9%				
Общо	N	62	76	112	109	103	462				
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %				

С напредване на възрастта хроничната патология води до влошаване качеството на живот от степен на силно ограничена до загубена възможност за самообслужване.

Връзката между възрастта и отговорите на въпроса „Каква по интензивност телесна болка сте имали през последните 4 седмици?“ е представена в Таблица 16.

Таблица 16. Връзка между възрастта и отговорите на въпроса „Каква по интензивност телесна болка сте имали през последните 4 седмици?“

Каква по интензивност телесна болка сте имали през последните 4 седмици?		Възрастова група					Общо	X^2	df	p	Cramer's V
		60-64 г.	65-69 г.	70-74 г.	75-79 г.	80+ г.					
Никаква болка	N	12	7	12	6	6	43	57,96	20	<0,001	0,334
	%	19,4%	9,2%	10,7%	5,5%	5,8%	9,3%				
Много лека болка	N	13	16	16	9	11	65				
	%	21,0%	21,1%	14,3%	8,3%	10,7%	14,1%				
Лека болка	N	14	18	25	15	10	82				
	%	22,6%	23,7%	22,3%	13,8%	9,7%	17,7%				
Умерена болка	N	17	30	43	49	44	183				
	%	27,4%	39,5%	38,4%	45,0%	42,7%	39,6%				
Силна болка	N	6	5	15	21	25	72				
	%	9,7%	6,6%	13,4%	19,3%	24,3%	15,6%				
Много силна болка	N	0	0	1	9	7	17				
	%	0,0%	0,0%	0,9%	8,3%	6,8%	3,7%				
Общо	N	62	76	112	109	103	462				
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%				

Установи се статистически значима връзка между интензивността на телесната болка и възрастта [$X^2(20)=57,96$, $p<0.001$].

Коефициентът на Крамър показва, че тази връзка е умерена ($V=0,334$).

До 69-годишна възраст 28,6% от респондентите отговарят че „Нямат никаква болка“, а 21,5% над 80-годишна възраст отговарят „Много силна болка“.

Наличието на телесна болка се свързва с наличието на заболяване.

Зависимостта между възрастта и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици, колко енергия имахте?“ е представена в Таблица 17.

Таблица 17. Връзка между възрастта и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици, колко енергия имахте?“

През последните 4 седмици, колко енергия имахте?		Възрастова група					Общо	X^2	df	p	Cramer's V
		60-64 г.	65-69 г.	70-74 г.	75-79 г.	80+ г.					
Много	N	5	3	8	4	1	21	53,54	12	<0,001	0,322
	%	8,1%	3,9%	7,1%	3,7%	1,0%	4,5%				
Доста	N	41	40	49	36	38	204				
	%	66,1%	52,6%	43,8%	33,0%	36,9%	44,2%				
Забележително малко	N	16	31	53	57	46	203				
	%	25,8%	40,8%	47,3%	52,3%	44,7%	43,9%				
Никаква	N	0	2	2	12	18	34				
	%	0,0%	2,6%	1,8%	11,0%	17,5%	7,4%				
Общо	N	62	76	112	109	103	462				
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%				

Налице е статистически значима връзка между наличната енергия и възрастта [$X^2(12)=53,54$, $p<0.001$].

Коефициентът на Крамър показва, че тази връзка е умерена (V=0,322).

До 69-годишна възраст 58,69% от респондентите отговарят че имат „Доста енергия“, а 44,7% над 80-годишна възраст отговарят „Забележително малко енергия“. Отговорите на 17,5% от лицата над 80 годишна възраст са, че нямат „Никаква” енергия при средно ниво на този отговор -7,4%.

С увеличаване на възрастта физическата и нервно-психическа енергия на респондентите закономерно намалява.

Връзката между възрастта и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици, до каква степен вашето физическо здраве или емоционални проблеми ограничаваха обичайните Ви социални дейности със семейството или с приятелите Ви?“ е представена в Таблица 18.

Таблица 18. Връзка между възрастта и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици, до каква степен вашето физическо здраве или емоционални проблеми ограничаваха обичайните Ви социални дейности със семейството или с приятелите Ви?“

През последните 4 седмици, до каква степен вашето физическо здраве или емоционални проблеми ограничаваха обичайните Ви социални дейности със семейството или с приятелите Ви?		Възрастова група					Общо	X^2	df	p	Cramer's V
		60-64 г.	65-69 г.	70-74 г.	75-79 г.	80+ г.					
Ни най-малко	N	15	16	15	12	5	63	49,63	16	<0,001	0,311
	%	24,2%	21,1%	13,4%	11,0%	4,9%	13,6%				
Много малко	N	19	19	23	16	24	101				
	%	30,6%	25,0%	20,5%	14,7%	23,3%	21,9%				
Донякъде	N	22	35	51	50	36	194				
	%	35,5%	46,1%	45,5%	45,9%	35,0%	42,0%				
Доста	N	5	5	20	27	28	85				
	%	8,1%	6,6%	17,9%	24,8%	27,2%	18,4%				
Изключително много	N	1	1	3	4	10	19				
	%	1,6%	1,3%	2,7%	3,7%	9,7%	4,1%				
Общо	N	62	76	112	109	103	462				
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %				

Налице е статистически значима връзка между възрастта и ограничените обичайни социални дейности със семейството и приятелите в резултат на физическо здраве или емоционални проблеми.

$[X^2(16)=49,63, p<0.001]$

Коефициентът на Крамър показва, че тази връзка е по-скоро слаба (V=0,311).

До 69-годишна възраст 45,3% от респондентите отговарят че нямат „Ни най-малко затруднения“, а 9,7 % над 80-годишна възраст отговарят „Изключително много“.

С напредване на възрастта социалните контакти се ограничават, което е обусловено от влошеното здравословно състояние, намалените физически възможности и психо-емоционални проблеми.

Между възрастта и наличието на емоционални проблеми (като тревожност, депресия, или раздразнителност) също се установи статистически значима връзка [$X^2(16)=45,89$, $p<0.001$].

Коефициентът на Крамър показва, че тази връзка е слаба (V=0,301).

До 69-годишна възраст 36,8% от респондентите отговарят че „Нямат ни най-малко притеснения“ от емоционални проблеми, а 12,6 % над 80-годишна възраст отговарят „Изключително много“.

Зависимостта между възрастта и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици, в каква степен сте били притеснявани от емоционални проблеми (като тревожност, депресия или раздразнителност)?“ е представена в Таблица 19.

Таблица 19. Връзка между възрастта и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици, в каква степен сте били притеснявани от емоционални проблеми (като тревожност, депресия, или раздразнителност)?“

През последните 4 седмици, в каква степен сте били притеснявани от емоционални проблеми (като тревожност, депресия или раздразнителност)?		Възрастова група					Общо	X^2	df	p	Cramer's V
		60-64 г.	65-69 г.	70-74 г.	75-79 г.	80+ г.					
Ни най-малко	N	13	12	15	9	8	57	45,89	16	<0,001	0,301
	%	21,0%	15,8%	13,4%	8,3%	7,8%	12,3%				
Много малко	N	21	36	29	28	23	137				
	%	33,9%	47,4%	25,9%	25,7%	22,3%	29,7%				
Донякъде	N	22	20	42	44	37	165				
	%	35,5%	26,3%	37,5%	40,4%	35,9%	35,7%				
Доста	N	6	6	22	23	22	79				
	%	9,7%	7,9%	19,6%	21,1%	21,4%	17,1%				
Изключително много	N	0	2	4	5	13	24				
	%	0,0%	2,6%	3,6%	4,6%	12,6%	5,2%				
Общо	N	62	76	112	109	103	462				
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%				

При обработката на данните се установи зависимост между възрастта и ограниченията в извършваната обичайната работа, или други ежедневни

дейности, поради лични, или емоционални проблеми [$X^2(16)=39,32$, $p<0.001$].

Коефициентът на Крамър показва, че тази връзка е слаба (V=0,280).

До 69-годишна възраст 48,5% от респондентите отговарят че „Нямат ни най-малко затруднения“ за извършване на обичайната работа, или други ежедневни дейности поради лични, или емоционални проблеми, а 10,7 % над 80-годишна възраст отговарят „Изключително много“.

Връзката между възрастта и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици, в каква степен лични или емоционални проблеми са ви пречили да извършвате обичайната си работа, или да извършвате други ежедневни дейности?“ е представена в Таблица 20.

Таблица 20. Връзка между възрастта и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици, в каква степен лични или емоционални проблеми са ви пречили да извършвате обичайната си работа, или да извършвате други ежедневни дейности?“

През последните 4 седмици, в каква степен лични или емоционални проблеми са ви пречили да извършвате обичайната си работа, или да извършвате други ежедневни дейности?		Възрастова група					Общо	X^2	df	p	Cramer's V
		60-64 г.	65-69 г.	70-74 г.	75-80 г.	80+ г.					
Ни най-малко	N	17	16	15	10	7	65	39,32	16	<0,001	0,280
	%	27,4%	21,1%	13,4%	9,2%	6,8%	14,1%				
Много малко	N	20	28	34	26	29	137				
	%	32,3%	36,8%	30,4%	23,9%	28,2%	29,7%				
Донякъде	N	21	23	42	44	35	165				
	%	33,9%	30,3%	37,5%	40,4%	34,0%	35,7%				
Доста	N	4	7	16	22	21	70				
	%	6,5%	9,2%	14,3%	20,2%	20,4%	15,2%				
Изключително много	N	0	2	5	7	11	25				
	%	0,0%	2,6%	4,5%	6,4%	10,7%	5,4%				
Общо	N	62	76	112	109	103	462				
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%				

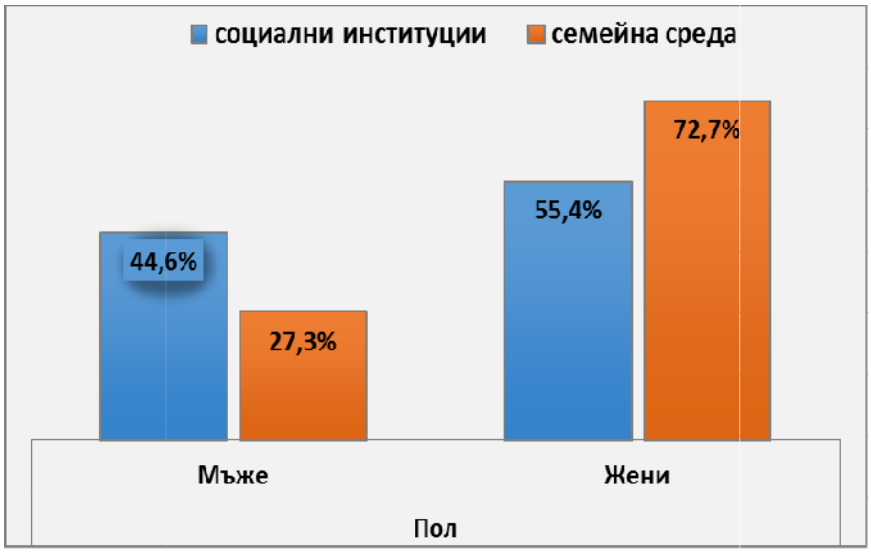
Анализ на връзката между средата на пребиваване (в социални институции и семейна среда) и отговорите на въпросите

Изследвана е връзката между пола и средата на пребиваване.

Наблюдава се статистически значима връзка между между пола и средата на пребиваване на респондентите [$X^2(1)=12,628$, $p<0.001$].

В социалните институции пребивават повече мъже – 44,6%, а в семейна среда живеят повече жени – 72,7%.

Зависимостта между пол и среда на пребиваване е представена наФигура 12.



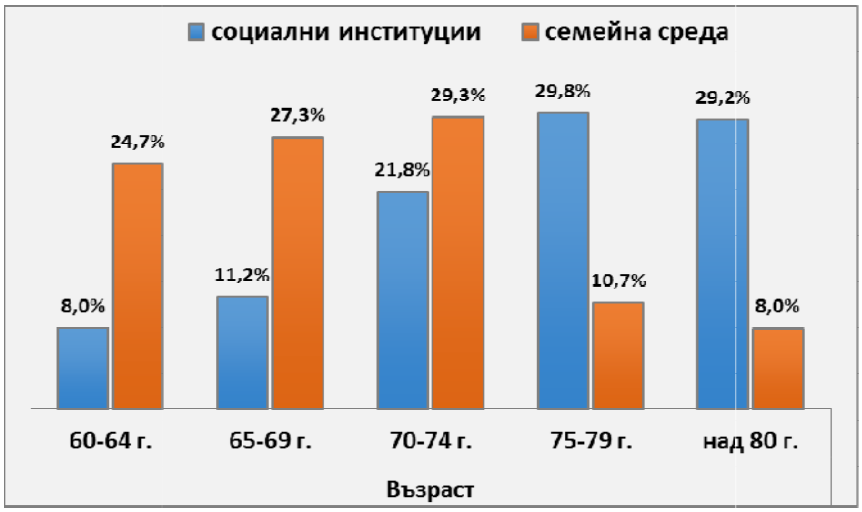
Фигура 12. Връзка между пол и среда на пребиваване

Разгледана е връзка между възраст и среда на пребиваване.

Налице е статистически значима връзка между възрастта и средата на пребиваване на респондентите [$X^2(4)=75,39$, $p<0.001$].

В семейна среда живеят 81,3% от респондентите на възраст до 75-годишна възраст. Обратно, 59% от респондентите над 75-годишна възраст пребивават в социални институции.

Зависимосттта между възраст и среда на пребиваване е представена на Фигура 13.

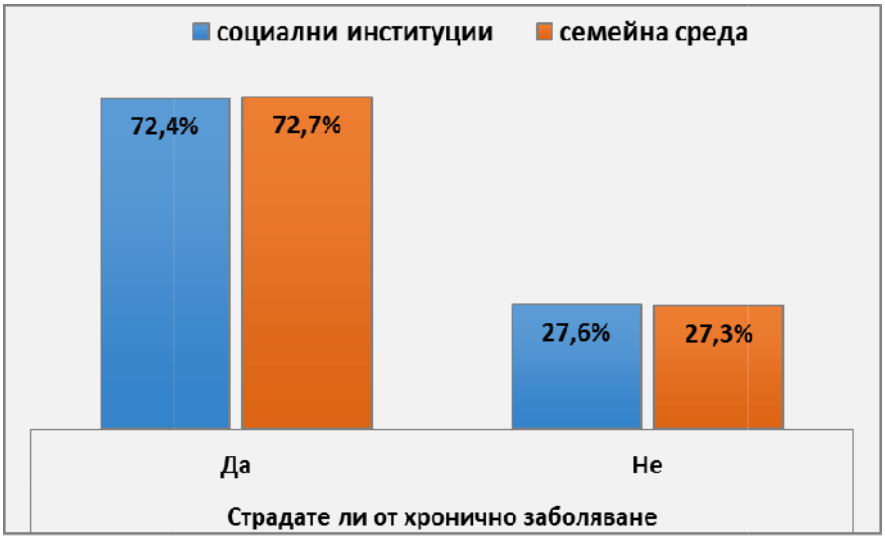


Фигура 13. Връзка между възраст и среда на пребиваване

С напредването на възрастта и на процеса на остаряване, поддържането на автономност и независимост се затруднява. „Независимостта" се изразява с възможността за независим живот в обществото без или с помощ от страна на другите.

Проучена е и корелацията между наличие на хронично заболяване и средата на пребиваване.

Връзката между наличие на хронично заболяване и средата на пребиваване е представена в Фигура 14.



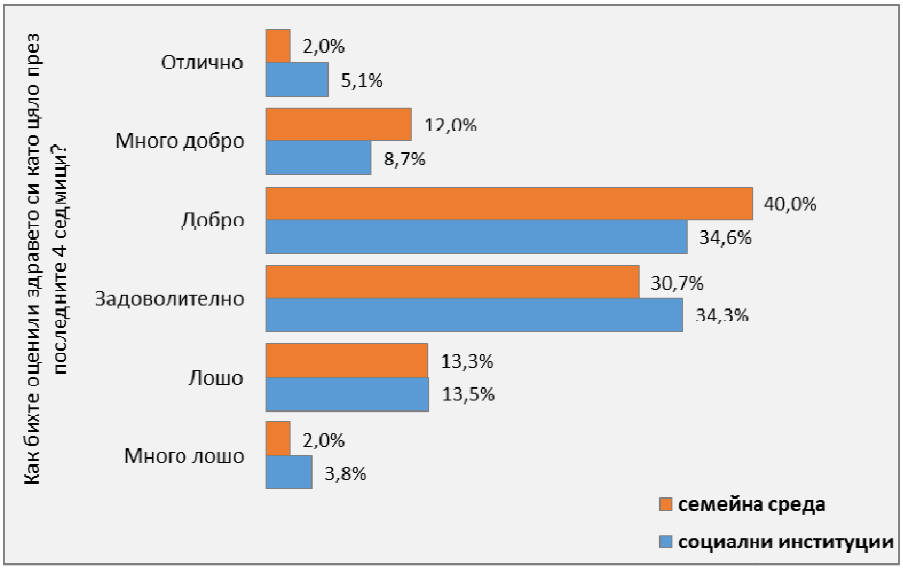
Фигура 14. Връзка между наличие на хронично заболяване и среда на пребиваване

Не се наблюдава статистически значима връзка между наличието на хронично заболяване и пребиваването в семейна среда или социална институция [$X^2(1)=0.003$, $p=0.959$].

Респондентите, пребиваващи в семейна и в институционална среда еднакво страдат от хронични заболявания.

Относно самооценката за здравето като цяло и средата на пребиваване не се установистатистически значима връзка между средата на пребиваване и самооценката за здравословното състояние на респондентите [$X^2(5)=5,85$, $p=0.321$].

Връзката между самооценка за здравето като цяло и средата на пребиваване е представена на Фигура 15.



Фигура 15. Връзка между самооценка за здравето като цяло и среда на пребиваване

Изследва се връзката между наличието на хронично заболяване и самооценката относно здравословното състояние в зависимост от статуса на живеене.

Група: Социални институции

Налице е статистически значима връзка между наличието на хронично заболяване и самооценката относно здравословното състояние на

респондентите пребиваващи в социални институции [$X^2(5)=48,878$, $p=0.001$].

Зависимостта между наличието на хронично заболяване и самооценката относно здравословното състояние на пребиваващите в социални институции е представена в Таблица 21.

Таблица 21. Връзка между наличието на хронично заболяване и самооценката относно здравословното състояние на пребиваващите в социални институции

Как бихте оценили здравето си като цяло през последните 4 седмици?		Страдате ли от хронично заболяване?		Общо	X^2	df	p
		Да	Не				
Много лошо	N	10	2	12	48,878	5	<0,001
	%	4,4%	2,3%	3,8%			
Лошо	N	42	0	42			
	%	18,6%	0,0%	13,5%			
Задоволително	N	83	24	107			
	%	36,7%	27,9%	34,3%			
Добро	N	76	32	108			
	%	33,6%	37,2%	34,6%			
Много добро	N	10	17	27			
	%	4,4%	19,8%	8,7%			
Отлично	N	5	11	16			
	%	2,2%	12,8%	5,1%			
Общо	N	226	86	312			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Група: Семейна среда

Не се установи статистически значима връзка между наличието на хронично заболяване и самооценката относно здравословното състояние на респондентите живеещи в семейна среда.

[$X^2(5)=10,392$, $p=0.065$]

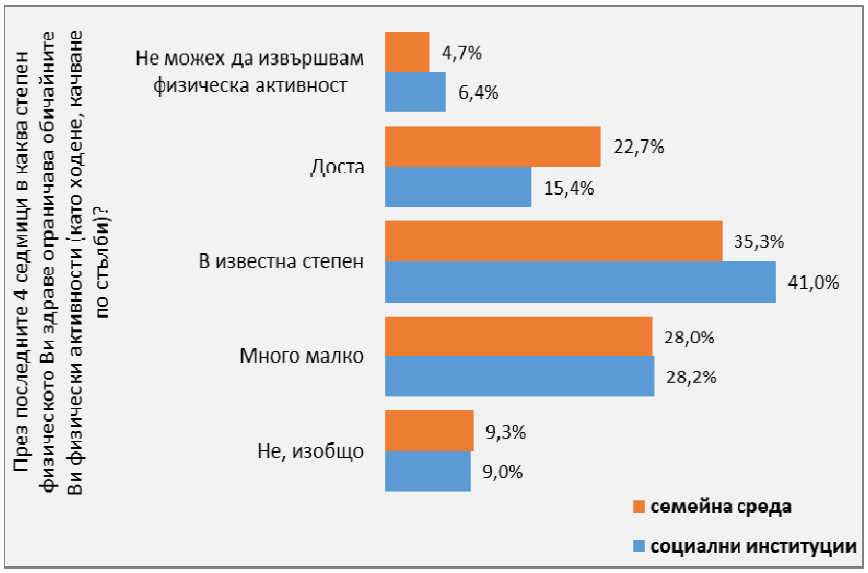
Зависимостта между наличието на хронично заболяване и самооценката относно здравословното състояние на пребиваващите в семейна среда е представена в Таблица 22.

Таблица 22. Връзка между наличието на хронично заболяване и самооценката относно здравословното състояние на живеещите в семейна среда

Как бихте оценили здравето си като цяло през последните 4 седмици?		Страдате ли от хронично заболяване?		Общо	X^2	df	p
		Да	Не				
Много лошо	N	3	0	3	10,392	5	0,065
	%	2,8%	0,0%	2,0%			
Лошо	N	16	4	20			
	%	14,7%	9,8%	13,3%			
Задоволително	N	39	7	46			
	%	35,8%	17,1%	30,7%			
Добро	N	39	21	60			
	%	35,8%	51,2%	40,0%			
Много добро	N	11	7	18			
	%	10,1%	17,1%	12,0%			
Отлично	N	1	2	3			
	%	0,9%	4,9%	2,0%			
Общо	N	109	41	150			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Изследването на връзката между физическото здраве и обичайната физическа активност в социална институция и семейна среда не показва статистическа зависимост [$X^2(4)=4,407$, $p=0.354$].

Данните са представени на Фигура 16.



Фигура 16. Връзка между физическо здраве и обичайна физическа активност в социална институция и семейна среда

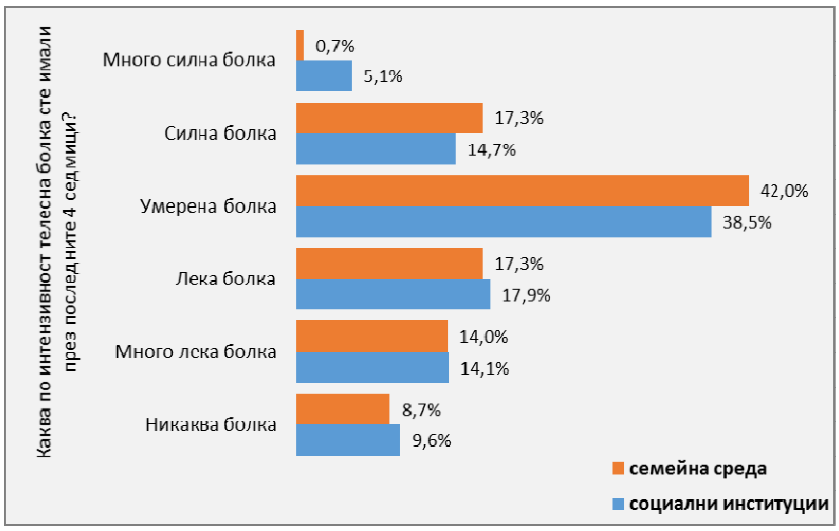
Не се установи статистически значима връзка между средата на пребиваване и трудности при изпълнение на дейностите от ежедневието заради физическото здраве [$X^2(4)=6,863$, $p=0.143$], представено на Фигура 17.



Фигура 17. Връзка между средата на пребиваване и трудности при изпълнение на ДЕЖ заради физическото здраве

При проучане на интензивност на телесна болка - в семейна среда и социална институция, не се доказа статистически значима връзка между средата на пребиваване и интензивността на телесна болка.
[$X^2(5)=6,356$, $p=0.273$].

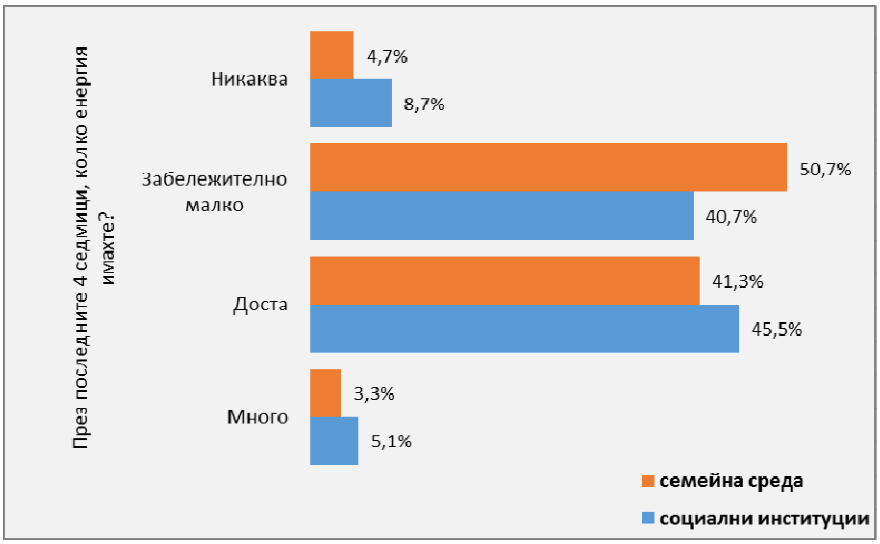
Резултатите са представени на Фигура 18.



Фигура 18. Връзка между средата на пребиваване и интензивност на телесна болка

При анализа на оценката за ниво на енергия – в семейна среда и социална институция не се доказастатистически значима зависимост.
[$X^2(3)=5,595$, $p=0.133$].

Резултатите са показани на Фигура 19.



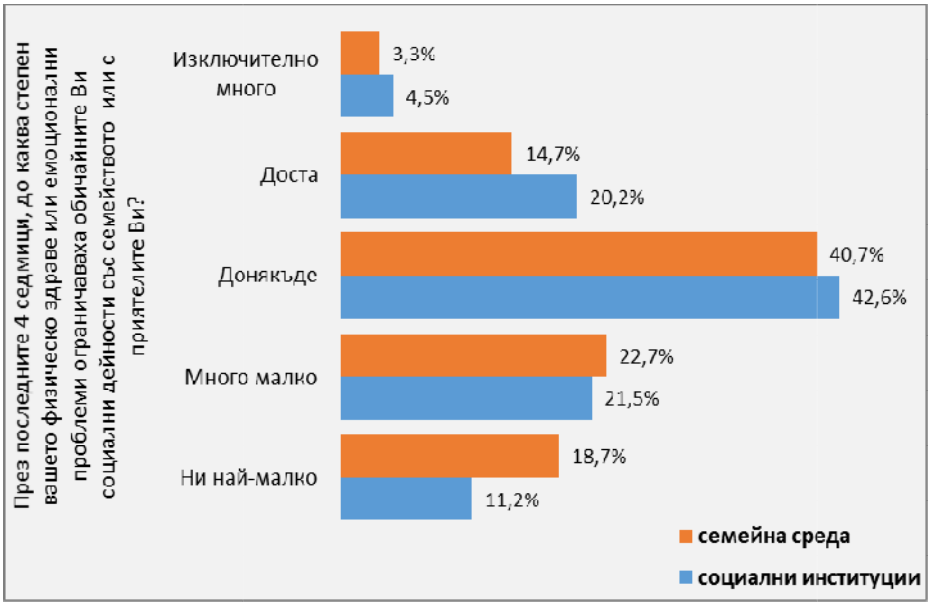
Фигура 19. Връзка между средата на пребиваване и оценката за ниво на енергия

Респондентите пребиваващи в институции и семейна среда в еднаква степен оценяват нивото си на жизнена енергия.

Проучено е влиянието на физическото здраве или емоционални проблеми върху обичайните социални дейности със семейството или с приятелите – в семейна среда и социална институция.

Не се установи статистически значима връзка между респондентите пребиваващи в институции, или семейна среда и оценката, относно ограничените обичайни социални дейности със семейството или с приятелите в резултат на физическото здраве, или емоционални проблеми на респондентите [$X^2(4)=6,289$, $p=0.179$].

Връзката между средата на пребиваване и влиянието на физическото здраве или емоционални проблеми върху обичайните социални дейности със семейството или с приятелите е представена на Фигура 20.



Фигура 20. Връзка между средата на пребиваване и влиянието на физическото здраве или емоционални проблеми върху обичайните социални дейности със семейството или с приятелите

Физическото здраве или емоционалните проблеми на респондентите пребиваващи в институции и тези в семейна среда, в еднаква степен ограничават обичайните социални дейности със семейството или с приятелите.

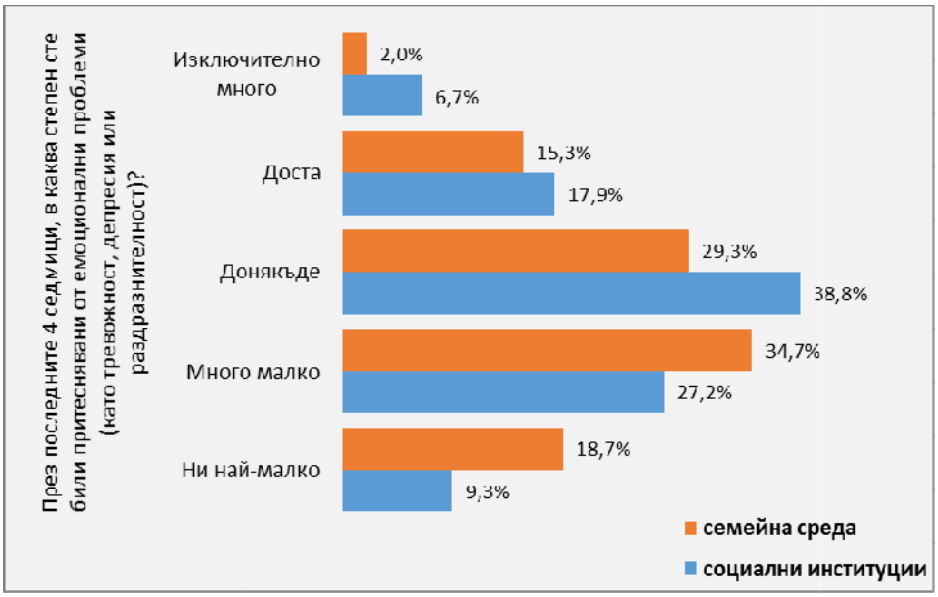
Изследвана е връзката между наличието на емоционални проблеми (тревожност, депресия, или раздразнителност) и статуса на живеене.

Налице е статистически значима връзка между наличие на емоционални проблеми и средата на пребиваване на респондентите [$X^2(4)=16,395$, $p<0.003$].

Корелацията между средата на пребиваване и емоционални проблеми (тревожност, депресия, или раздразнителност) е представена в Таблица 23 и Фигура 21.

Таблица 23. Връзка между средата на пребиваване и емоционални проблеми (тревожност, депресия, или раздразнителност)

През последните 4 седмици, в каква степен сте били притеснявани от емоционални проблеми (като тревожност, депресия или раздразнителност)?		социални институции	семейна среда	Общо	X^2	df	p
Ни най-малко	N	29	28	57	16,395	4	0,003
	%	9,3%	18,7%	12,3%			
Много малко	N	85	52	137			
	%	27,2%	34,7%	29,7%			
Донякъде	N	121	44	165			
	%	38,8%	29,3%	35,7%			
Доста	N	56	23	79			
	%	17,9%	15,3%	17,1%			
Изключително много	N	21	3	24			
	%	6,7%	2,0%	5,2%			
Общо	N	312	150	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			



Фигура 21. Връзка между средата на пребиваване и наличието на емоционални проблеми (тревожност, депресия, или раздразнителност)

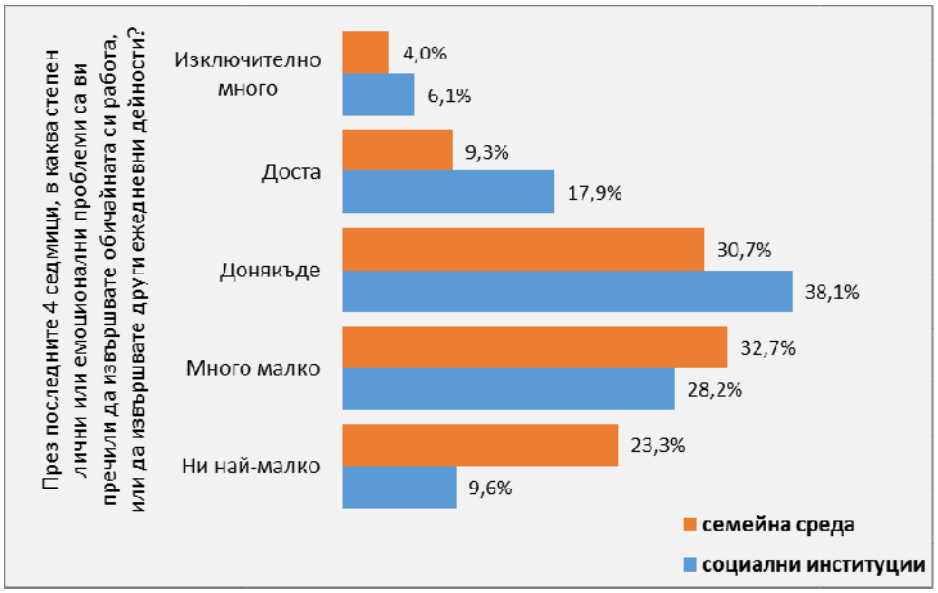
Възрастните и старите хора живеещи в социални институции са били притеснявани в по-голяма степен от емоционални проблеми (като тревожност, депресия, или раздразнителност) в сравнение с възрастните и стари хора живеещи в семейна среда.

Проучена е връзката между затруднението за извършване на обичайната работа, или извършване на други дейности от ежедневието в резултат на емоционални проблеми и средата на пребиваване на респондентите, която е статистически значима [$X^2(4)=21,594$, $p<0.001$].

Тази връзка е показана в Таблица 24 и Фигура 22.

Таблица 24. Връзка между средата на пребиваване и отговора на въпроса „През последните 4 седмици, в каква степен лични или емоционални проблеми са Ви пречили да извършвате обичайната си работа, или да извършвате други ежедневни дейности?“

През последните 4 седмици, в каква степен лични или емоционални проблеми са ви пречили да извършвате обичайната си работа, или да извършвате други ежедневни дейности?		социални институции	семейна среда	Общо	X^2	df	p
Ни най-малко	N	30	35	65	21,594	4	<0,001
	%	9,6%	23,3%	14,1%			
Много малко	N	88	49	137			
	%	28,2%	32,7%	29,7%			
Донякъде	N	119	46	165			
	%	38,1%	30,7%	35,7%			
Доста	N	56	14	70			
	%	17,9%	9,3%	15,2%			
Изключително много	N	19	6	25			
	%	6,1%	4,0%	5,4%			
Общо	N	312	150	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			



Фигура 22. Връзка между средата на пребиваване и отговора на въпроса „През последните 4 седмици, в каква степен лични или емоционални проблеми са Ви пречили да извършвате обичайната си работа, или да извършвате други ежедневни дейности?“

Личните и емоционални проблеми на възрастните хора, пребиваващи в социалните институции повече са пречели за извършване на обичайна работа или други ежедневни дейности, в сравнение с възрастните хора, живеещи в семейна среда.

Анализът на получените отговори на анкетираните потвърждават данните от световни и наши автори относно здравословното стареене и връзката му с начина на живот.

Анализ на демографските тенденции в развитите страни в света, Европа и България и социално-икономическите и здравни последици за обществото.

Потвърждават се данните от чуждестранни и национални източници, че България застарява по различен начин в сравнение с развитите страни в света и западна Европа. Съществува голямо неравенство в дълголетието според социалното и икономическото групиране [43]:

1. Населението в България освен че застарява и намалява.

2. Българите са с най-ниската продължителност на живота в ЕС - 73,6 години, при средно 81 години за страните от ЕС. Въпреки нарастването на средната продължителност на живота в България, остава голямата разлика с ЕС-15 (5-7 години). Очакваната продължителност на живот при раждане в България е 71,4 години, а в ЕС-80,1 години.

3. Основните фактори, водещи до застаряването в България са: ниска раждаемост, високи нива на общата смъртност, интензивна емиграция на млади хора, дефицит на качествено здравеопазване и затруднен достъп до медицински услуги, включително високи нива на доплащане за здраве.

4. В развитите страни причините за застаряването са по-различни: почти универсален достъп до по-добро здравеопазване, въвеждане на нови лекарства и иновативни технологии, успехите в медицината, насърчаване на общественото здраве и водене на здравословен начин на живот, което е причина за намаляване на заболеваемостта и смъртността във високите възрасти, разходите за пенсии, здравеопазване и дългосрочни грижи са по-високи и се очаква да растат, по-висок социално-икономически статус и подобрени условия на живот и труд, което е предпоставка за водене на здравословен начин на живот, управление на рисковите фактори за сърдечно-съдови заболявания и намаляване на смъртността от ССЗ, повишена информираност за ползите от здравословен начин на живот;

Мястото и ролята на здравето и на здравеопазната система за осигуряване на условия за достъп до комплексни здравни услуги и удължаване на живота на възрастните хора в добро здраве.

Постигането на по-високо качество на живот за възрастните хора в България и запазване на тяхната самостоятелност от гледна точка на здравния статус и благосъстоянието им е възможно при по-равномерно разпределение на здравната мрежа в областите и страната. Необходимо е

да се осигури адекватно медицинско обслужване и на населението, живеещо в малките населени места и отдалечените райони. По този начин ще се осигурят условия за равен достъп на възрастните и старите хора до медицински и медико-социални услуги.

Извънболничната и болничната мрежа трябва да са развити съобразно потребностите на възрастните хора. В болниците за активно лечение липсват легла за оценка на състоянието, долекуване и рехабилитация на възрастни и стари хора и хора с увреждания, които дейности да бъдат адекватно финансирани, включително и чрез инструментите на осигурителната система. В извънболничната помощ липсват центрове за медико-социална рехабилитация на възрастни и стари хора, където да се предлагат интегрирани здравно-социални услуги.

В момента липсват услуги в общността за възрастни хора, които излизат от болнични заведения и са със здравословни проблеми, изискващи дългосрочна грижа. В Националната стратегия се говори за предоставяне на интегрирани здравно-социални услуги, като не са дефинирани екипите предлагащи тази услуга. Необходимо е законово да се регламентират мултидисциплинарни екипи, включващи лекар, социални работници, психолог, рехабилитатор, медицинска сестра. Сега в България са на лице сериозните затруднения, които хората срещат да координират лечението си – намиране на здравни специалисти с подходяща квалификация, специализирани здравни заведения, организация на достъпа до тях и др.

От извършения анализ на изпълнение на отчетените дейности в ПИМП, СИМП и МДД по видове дейности, по РЗОК през 2019 г. могат да се направят изводите, че при извършването на профилактика пациентите в рискови групи не се насочват от ОПЛ към лекари-специалисти за по-нататъшно проследяване на риска и в извънболничната помощ са осигурени недостатъчен брой профилактични и диспансерни прегледи от

изпълнители на ПИМП, като няма данни за лицата над 60 години. Данните се регистрират, но липсва единна информационна система, в която да се отчитат и анализират медицинските услуги по вид, обем и възраст.

България остава сред страните в ЕС, които продължават да отделят значително по-малко средства за здравеопазване, в сравнение със средното ниво на страните-членки. Делът на разходите за дългосрочна грижа от БВП са относително константни и възлизат на 0,01%. Дългосрочните грижи не са включени в пакета здравни дейности заплащани от здравноосигурителната система.

У нас липсват специалисти по „Социална геронтология и гериатрична медицина“, които да помагат комплексно на старите хора и да удължават живота им в здраве и активност.

От проучването се доказа, че здравето е важен фактор за качеството на живота, затова здравословното стареене е индикатор за качествен живот на възрастните и старите хора. Здравословното стареене означава здравословен начин на живот през целия жизнен път.

Промотиране на здравословен начин на живот, профилактика на социално-значимите заболявания и създаване на по-благоприятна среда за живот на възрастните и старите хора, им позволява да останат възможно най-дълго независими и активни и да поддържат функционалната си способност, която позволява благополучие в по-напреднала възраст.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Остаряването в добро здраве и активност на възрастните хора трябва да са насочени към насърчаване на здравословен начин на живот по време на целия им жизнен път и включват моделите на консумация и хранене, както и нивата на физическата и социалната активност.

Увеличаването на социалните активности на възрастните хора и участието им в обществения живот поддържат менталната и физическата им активност и независим живот, което би довело до по-голяма удовлетвореност от живота.

В проучването е направена връзка между физическото здраве, функционалните способности и качеството на живот на анкетираните възрастни и стари хора. Потвърди се разбирането, че семейната подкрепа и солидарността между поколенията е много важна за емоционалното състояние и благополучието на възрастните и старите хора.

Медико-социалните проблеми в третата възраст са ключова задача на националната здравна система. Несъответствието между дълголетието като реалност и качеството на живот на възрастните и старите хора се разглежда като изключително важно предизвикателство. Ключово място заемат мерките срещу факторите, ограничаващи независимостта на старите хора. Това са обикновено фактори от социално и психологично естество или свързани със заболяване.

Решението на това предизвикателство е активно и здравословно стареене, което е залегнало и в Стратегията „Здраве 2020“ и докладите и решенията на Световната здравна организация, където се акцентира върху насърчаването и инвестирането в здравето на хората през целия им живот.

ИЗВОДИ

1. Висок процент от изследваната група възрастни и стари хора - 72.5% страдат от хронично заболяване, като за хората на възраст над 80 г. този процент се увеличава до 85.4%. Физическото здраве или емоционални проблеми на хората от тези възрастови групи ограничават обичайните им физически активности при изпълнението на ежедневната работа и ограничават социалните контакти и социалната им активност.

2. Възрастта силно влияе върху качеството на живот на възрастните и старите хора в България (влошено физическо здраве, ограничената физическа активност, налична телесна болка, затруднените дейности от ежедневието, ограничени социални дейности, наличие на емоционални проблеми).

3. Семейната среда създава по-малко емоционални проблеми (като тревожност, депресия, или раздразнителност) и по-добри възможности възрастните и старите хора да извършват обичайната си работа, или да извършват други ежедневни дейности, отколкото институционалната среда.

4. Населението в България застарява с ускорени темпове и броят на възрастните и стари хора нараства. Хората над 65 г. към 2021 година вече са 23,5%, което изисква неотложни мерки, свързани със специфичните им потребности.

5. Липсват отговарящи на потребностите на възрастните хора и хората с увреждания комплексни (здравни и социални) услуги, както и на финансиране на дейностите по долекуване, рехабилитация и продължително лечение.

ПРЕПОРЪКИ

От анализаза на резултатите на дисертационния труд, могат да бъдат отправени препоръки към следните институции:

Министерство на здравеопазването

1. Разработване на законодателство и прилагане на практически действия в областта на здравната промоция и профилактика, насочена към процеса на стареене и специфичните потребности на възрастните хора.

2. Актуализиране на Наредба №3 от 28.02.1987 г. за задължителните предварителни и периодични медицински прегледи на работниците.

3.Оценка на практическите резултати от въвеждане на работеща комплексна дългосрочна грижа, съгласно приетата Национална стратегия за дългосрочна грижа 2018-2021 г., с цел ефективно използване на ресурсите и оптимизиране работата на здравната система.

4. Укрепване на първичната здравна помощ за предоставяне на достъпни, справедливи и безопасни грижи за възрастните хора.

5. Подобряване на координацията между здравните и социалните услуги, с цел прилагане модела на интегрираните здравно-социални услуги, съгласно Закона за здравето.

6. Насърчаване на медицински специализации в областта на социалната геронтология и гериатрична медицина.

7. Да се събират данни за здравословното стареене (вътрешен капацитет и функционални способности), като се прилагат унифицирани показатели и аналитични методи за измерване широкия спектър от проблеми на старите хора.

8. Разработване на Национална стратегия за гериатрична грижа и остаряване в добро здраве в Република България.

Министерство на труда и социалната политика

1. Прилагане на здравни и социални дейности на регионално ниво, които подкрепят хората в напреднала възраст в ежедневния им живот в домовете им, съобразно техните потребности и очаквания.

2. Създаване на мрежа от услуги за комплексно обслужване на възрастните хора в близост до местоживеенето, като се вземат предвид специалните потребности на възрастните хора за да им се осигури възможно по-дълъг самостоятелен живот.

3. Регламентиране на комбинирани публични и частни инвестиции в сектора на грижите за възрастните хора.

4. Да се балансират ролите на семейството и на държавата, когато в процеса на остаряване хората се нуждаят от чужда помощ.

5. Организирне на обучения на възрастни в съответствие с потребностите на пазара на труда и изискванията на работодателите.

Местни органи на управление

1. Ускоряване въвеждането на Националната карта на социалните услуги.

2. Подобряване на условията на живот и на инфраструктурата на селските райони.

3. Да се осигурят добри медицински грижи и в селските райони.

4. Изграждане на инфраструктура без физически бариери пригодена за безопасно придвижване и лесен достъп.

Национална здравно-осигурителна каса

1. Да се предприемат стъпки за въвеждане на универсално здравно покритие за възрастните хора и пълно покриване на техните потребностите от медицинска и дентална грижа.

2. В пакета от медицински услуги покрити от задължителното здравно осигуряване да се включи „Комплексна дългосрочна грижа на възрастните хора“.

3. Личните лекари реално да извършват посещения на възрастните хора в домовете им.

Синдикати и работодатели

1. Осигуряване на работни места без бариери, адаптирани към физиологичните особености на възрастните работещи.

2. Подобряване на условията на труд и възможностите за работа на възрастните хора, както и за стимули за по-дълъг трудов живот.

3. Да се насърчава взаимодействието между изследователски институции и представители на бизнеса.

ПРИНОСИ

В дисертационния труд могат да се посочат следните приноси с теоретичен и научно-приложен характер:

С теоретичен характер:

1. Извършен е критичен преглед на научната, нормативната и професионалната литература в областта на здравословното стареене.

2. Представена е демографската картина на застаряващото население в България и последиците от тях.

3. Проучени са специфичните здравни и социални потребности на възрастните и стари хора.

4. Изведено е влиянието на различните детирминанти върху остаряването в здраве, които влияят със своя кумулативен ефект и се отразяват най-осезателно върху здравето.

5. Установена е зависимост между физическото здраве и функционалните способности (локомоторен капацитет, дейности от ежедневието, възможност за мобилност, способност за изграждане и поддържане на взаимоотношения, жизненост, психологически капацитет) и качеството на живот (благосъстояние и социално включване).

С приложен характер:

1. На базата на комплексното проучване и установената зависимост между физическото здраве, функционалните способности и качеството на живот са предложени промени при предоставяне на грижи за хронично болни и възрастни пациенти (със специфични гериатрични проблеми).

2. Извършен е анализ на необходимостта от практичеко въвеждане на комплексната дългосрочна грижа, с цел удовлетворяване на потребностите на възрастните и стари хора.

3. Направени са конкретни препоръки към отговорните институции за реализиране на редица структурни и организационни промени, с цел оптимизиране възможностите за здраве, независимост и автономност и постигане на по-високо качество на живот на възрастните и старите хора.

СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ ПО ДИСЕРТАЦИЯТА

Публикации:

1. **Димитрова Ю**., Ж. Стайкова, „Начинът на живот – основен фактор за остаряването в добро здраве“, сп. „Превантивна медицина“, ISSN: 1314-5681, бр. 20, с. 18-21, 2021

2. **Димитрова Ю**., Ж. Стайкова „Проучване на начина на живот и здравния статусна възрастни хора от София град, София Област и град Шумен“, Сборник от доклади от Юбилейна научна онлайн конференция „ЧОВЕК, ОБЩЕСТВО, МЕДИЦИНА”, с. 399-407, ISBN 978-954-652-037-1, Кърджали, 2022.

3. Стайкова Ж., **Ю. Димитрова**, „Активный образ жизни у пожилых людей издоровое старение населения в законодательстве и программах ЕС и Республики Болгарии“, “American scientific journal”, ISSN: ISSN: 2707-9864, бр. 1, 2020.

4. Стайкова Ж., **Ю. Димитрова**, „Активният живот на възрастните и остаряване в добро здраве- програми в ЕС и България“, сп. „Медицински меридиани“ , ISSN 1314-1091, бр.2, с. 31-36, 2020.

5. **Yuliya Dimitrova**, Jeni Staykova, Todor Kundurzhiev, Study of lifestyle and health status of elderly people from Sofia city, Sofia district and city of Shumen, Official journal of EMCEI Euro-Mediterranean Journal for Environmental Integration (indexed in Web of Science and Scopus) ISSN **2365-7448** , Tunisia, 2022 (in print)

Участия в научни прояви:

1. **Димитрова Ю**., Ж. Стайкова, „Преглед на нормативната и професионалнаталитература в ЕС и България, свързани с активния животна възрастните хора иостаряването в добро здраве“, XI национална конференция по превантивна медицина в Поморие – 6-8.11.2019.

2. **Димитрова Ю**., Ж. Стайкова, „Проучване на начина на живот и здравния статус на възрастни хора от София град, София Област и град Шумен“, Юбилейна научна онлайн конференция „ЧОВЕК, ОБЩЕСТВО, МЕДИЦИНА“, Кърджали, 27.04.2022.

3. Стайкова Ж., **Ю. Димитрова**, “Проучване на зависимостта между физическото здраве и функционалните способности на възрастните хора в България”, Пета научна конференция "Предизвикателства пред общественото здравеопазване в условията на здравна криза", Университет "Проф. д-р Асен Златаров" – гр. Бургас, корпус „Медицински науки“, 12-13 май 2022.

4. **Yuliya Dimitrova**, Jeni Staykova, Todor Kundurzhiev, Study of lifestyle and health status of elderly people from Sofia city, Sofia district and city of Shumen, 4th Euro-Mediterranean Conference for Environmental Integration, Sousse, Tunisia, 1-4 november, 2022.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1. Анкетна карта

АНКЕТНА КАРТА

Отбележете верния отговор с Х

1. Пол

□ М

□ Ж

2. Възраст

□ 60-64 г

□ 65-69 г.

□ 0-74 г.

□ 5-79 г.

□ над 80 г.

3. Страдате ли от хронично заболяване

□ Да

□ Не

4. Как бихте оценили здравето си като цяло през последните 4 седмици?

□ Отлично

□ Много добро

□ Добро

□ Задоволително

□ Лошо

□ Много лошо

5. През последните 4 седмици в каква степен физическото Ви здраве ограничава обичайните Ви физически активности (като ходене, качване по стълби)?

□ Не, изобщо

□ Много малко

□ В известна степен

□ Доста

□ Не можех да извършвам физическа активност

6. През последните 4 седмици колко трудности срещахте при изпълнението на ежедневната си работа, както вкъщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?

□ Нямах изобщо затруднения

□ Малко затруднения

☐ Известни затруднения
☐ Доста затруднения
☐ Не можех да извършвам ежедневната си работа

7. Каква по интензивност телесна болка сте имали през последните 4 седмици?
☐ Никаква болка
☐ Много лека болка
☐ Лека болка
☐ Умерена болка
☐ Силна болка
☐ Много силна болка

8. През последните 4 седмици, колко енергия имахте?
☐ Много
☐ Доста
☐ Забележително малко
☐ Никаква

9. През последните 4 седмици, до каква степен вашето физическо здраве или емоционални проблеми ограничаваха обичайните Ви социални дейности със семейството или с приятелите Ви?
☐ Ни най-малко
☐ Много малко
☐ Донякъде
☐ Доста
☐ Изключително много

10. През последните 4 седмици, в каква степен сте били притеснявани от емоционалнипроблеми (като тревожност, депресия или раздразнителност)?
☐ Ни най-малко
☐ Много малко
☐ Донякъде
☐ Доста
☐ Изключително много

11. През последните 4 седмици, в каква степен лични или емоционални проблеми са випречили да извършвате обичайната си работа, или да извършвате други ежедневни дейности?
☐ Ни най-малко
☐ Много малко
☐ Донякъде
☐ Доста
☐ Изключително много