

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

Д-Р ЮЛИЯ ДИМИТРОВА ИЛИЕВА

**ЗДРАВΟΣЛОВНОТО СТАРЕЕНЕ –
ИНДИКАТОР ЗА КАЧЕСТВЕН ЖИВОТ НА
ВЪЗРАСТНИ ХОРА В
БЪЛГАРИЯ**

**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 Чакърва, дм**

София, 2023

СЪДЪРЖАНИЕ

СПИСЪК НА ТАБЛИЦИТЕ.....	2
СПИСЪК НА ФИГУРИТЕ	5
ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ.....	6
ВЪВЕДЕНИЕ.....	8
ГЛАВА I. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	12
1. Стареене в активност, детерминанти за стареенето в активност.....	12
2. Концепция на СЗО за здравословното стареене. Световен доклад за стареенето и здравето.	15
3. Демографска характеристика на остаряването на населението и негативните въздействия на демографските дисбаланси върху публичните финанси и социалните системив Европа и България.	30
4. Политики и принос на ЕС към активния живот на възрастните хора и солидарността между поколенията. Европейско партньорство за иновации в областта на активния живот и остаряване в добро здраве.	40
5. Резултати от Европейската година 2012 и последващи действия.	47
6. Качество на живот	56
ГЛАВА II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО.....	67
Цел 67	
Задачи	67
Материали и методи на проучването.....	68
ГЛАВА III. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ СОБСТВЕНИТЕ ПРОУЧВАНИЯ	71
Разпределение на анкетираните по отговори на въпросите от анкетата и анализ на структурата на разпределение на отговорите	73
Анализ на връзката между пола и отговорите на въпросите	90
Анализ на връзката между възрастта и отговорите на въпросите	99
Анализ на връзката между средата на пребиваване (в социални институции и семейна среда) и отговорите на въпросите	110
Анализ на демографските тенденции в развитите страни в света, Европа и България и социално-икономическите и здравни последици за обществото.....	125
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.	127
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	133
ИЗВОДИ.....	134
ПРЕПОРЪКИ.....	135
ПРИНОСИ.....	138
ЛИТЕРАТУРА.....	140
ПРИЛОЖЕНИЕ	152

СПИСЪК НА ТАБЛИЦИТЕ

Таблица 1. Рамка за обществено здраве за здравословно стареене: възможности за действия в областта на общественото здраве през целия жизнен път.....	21
Таблица 2. Нива на функциониране и увреждане, използвани в Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето (ICF).....	59
Таблица 3. Разпределение на анкетираните по пол.	73
Таблица 4. Разпределение на анкетираните по възрастова група.....	74
Таблица 5. Разпределение на анкетираните по пол и възрастова група	75
Таблица 6. Разпределение на анкетираните по наличие на хронично заболяване.....	75
Таблица 7. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „Как бихте оценили здравето си като цяло през последните 4 седмици?“	77
Таблица 8. Връзка между наличието на хронично заболяване и самооценката относно здравословното състояние общо за всички изследвани.	79
Таблица 9. 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)?“	80
Таблица 10. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „През последните 4 седмици колко трудности срещате при изпълнението на ежедневната си работа, както вкъщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?“	82
Таблица 11. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „Каква по интензивност телесна болка сте имали през последните 4 седмици?“	83
Таблица 12. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „През последните 4 седмици, колко енергия имахте?“	84
Таблица 13. 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?“	86
Таблица 14. 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)?“	87
Таблица 15. 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?.....	89
Таблица 16. Връзка между отговорите на въпроса „Страдате ли от хронично заболяване“ и пола.	90
Таблица 17. Връзка между пола и отговорите на въпроса „Как бихте оценили здравето си като цяло през последните 4 седмици?“	91
Таблица 18. 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)?“	92
Таблица 19. Връзка между пола и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици колко трудности срещате при изпълнението на ежедневната си работа, както в къщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?“	93
Таблица 20. Връзка между пола и отговорите на въпроса „Каква по интензивност телесна болка сте имали през последните 4 седмици?“	94
Таблица 21. Връзка между пола и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици, колко енергия имахте?“	95

Таблица 22. 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?“	96
Таблица 23. 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)?“	97
Таблица 24. 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?“	98
Таблица 25. Връзка между отговорите на въпроса „Страдате ли от хронично заболяване“ и възрастта.....	99
Таблица 26. Връзка между възрастта и отговорите на въпроса „Как бихте оценили здравето си като цяло през последните 4 седмици?“	101
Таблица 27. 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)?“	103
Таблица 28. Връзка между възрастта и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици колко трудности срещате при изпълнението на ежедневната си работа, както вкъщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?“	104
Таблица 29. Връзка между възрастта и отговорите на въпроса „Каква по интензивност телесна болка сте имали през последните 4 седмици?“	105
Таблица 30. Връзка между възрастта и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици, колко енергия имахте?“	106
Таблица 31. 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?“	107
Таблица 32. 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)?“	109
Таблица 33. 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?“	110
Таблица 34. Връзка между пол и среда на пребиваване.....	111
Таблица 35. Връзка между възраст и среда на пребиваване.....	112
Таблица 36. Връзка между наличие на хронично заболяване и среда на пребиваване.....	113
Таблица 37. Връзка между самооценка за здравето като цяло и среда на пребиваване.....	114
Таблица 38. Връзка между наличието на хронично заболяване и самооценката относно здравословното състояние на пребиваващите в социални институции.....	115
Таблица 39. Връзка между наличието на хронично заболяване и самооценката относно здравословното състояние на живеещите в семейна среда.....	116
Таблица 40. Връзка между физическо здраве и обичайна физическа активност в социална институция и семейна среда.....	117
Таблица 41. Връзка между средата на пребиваване и трудности при изпълнение на дейностите от ежедневието заради физическото здраве.....	118
Таблица 42. Връзка между средата на пребиваване и интензивност на телесна болка.....	119
Таблица 43. Връзка между средата на пребиваване и оценка за ниво на енергия.....	120

Таблица 44. Връзка между средата на пребиваване и влиянието на физическото здраве или емоционални проблеми върху обичайните социални дейности със семейството или с приятелите.....	121
Таблица 45. Връзка между средата на пребиваване и наличието на емоционални проблеми (тревожност, депресия, или раздразнителност).....	123
Таблица 46. 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?“	124

СПИСЪК НА ФИГУРИТЕ

Фигура 1. Възрастова структура на населението към 31.12.2020 година	33
Фигура 2. Брой на населението според преброяванията	36
Фигура 3. Относителен дял на населението по възраст според преброяванията	37
Фигура 4. Разпределение на анкетираните по пол	73
Фигура 5. Разпределение на анкетираните по възрастова група	74
Фигура 6. Разпределение на анкетираните по наличие на хронично заболяване	76
Фигура 7. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „Как бихте оценили здравето си като цяло през последните 4 седмици?“	77
Фигура 8. 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)?“	80
Фигура 9. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „През последните 4 седмици колко трудности срещате при изпълнението на ежедневната си работа, както вкъщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?“	82
Фигура 10. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „Каква по интензивност телесна болка сте имали през последните 4 седмици?“	84
Фигура 11. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „През последните 4 седмици, колко енергия имахте?“	85
Фигура 12. 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?“	86
Фигура 13. 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)?“	88
Фигура 14. 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?“	89
Фигура 15. Връзка между пол и среда на пребиваване	111
Фигура 16. Връзка между възраст и среда на пребиваване	112
Фигура 17. Връзка между наличие на хронично заболяване и среда на пребиваване	113
Фигура 18. Връзка между самооценка за здравето като цяло и среда на пребиваване	114
Фигура 19. Връзка между физическо здраве и обичайна физическа активност в социална институция и семейна среда	117
Фигура 20. Връзка между средата на пребиваване и трудности при изпълнение на дейностите от ежедневието заради физическото здраве	118
Фигура 21. Връзка между средата на пребиваване и интензивност на телесна болка	119
Фигура 22. Връзка между средата на пребиваване и оценката за ниво на енергия	120
Фигура 23. Връзка между средата на пребиваване и влиянието на физическото здраве или емоционални проблеми върху обичайните социални дейности със семейството или с приятелите	122
Фигура 24. Връзка между средата на пребиваване и наличието на емоционални проблеми (тревожност, депресия, или раздразнителност)	123
Фигура 25. 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?“	125

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 – Национален осигурителен 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– Европейска платформа на възрастните хора

EHIS - Европейска система за интервю за здраве

EQLS –Европейско проучване на качеството на живот

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

HDI - Индекс на човешкото развитие на ООН

ICF - Международна класификация на функционирането, уврежданията и здравето

GSDS - „Таблица на социалните увреждания в Гронинген“

SSF - Комисията на Stiglitz / Sen / Fitoussi

WHO / DAS - Оригинална Таблица за оценка на уврежданията, 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 1,4 милиарда до 2030 г. и 2,1 млрд. до 2050 г. Прогнозите са, че до 2050 г. съотношението на хората на възраст над 65 години спрямо населението в активна работна възраст (15-64 години) ще достигне 50 % - двойно повече в сравнение със сегашните равнища.

Тази исторически значима промяна в глобалното население изисква адаптиране на начина, по който обществата са структурирани във всички сектори, като здравни и социални грижи, транспорт, жилища и градоустройство.

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.

Кризата с COVID-19 и нейните опустошителни и непропорционални въздействия върху възрастните хора подчертаха, че координирана политика на ЕС за застаряване е необходима повече от всякога.

Старенето представя както предизвикателства, така и възможности.

Обществата, които реализират адекватни политики, съответстващи на потребностите на тази променяща се демографска група и инвестират в здравословното стареене, могат да дадат възможност на хората да живеят както по-дълго, така и по-здравословно и да се възползват от дивидентите.

По-възрастните хора допринасят значително за икономиката и обществото. Това би могло да стане посредством пълноценното използване на техния потенциал, като се оптимизират възможностите за физическо, социално и психическо благоденствие през целия живот. Това е целта на

подхода в рамките на политиката за „активен живот на възрастните хора“ и остаряване в добро здраве. Това е ключът за постигане на висококачествен живот за хората от всички възрасти, за подобряване на производителността и за по-голяма солидарност между поколенията в застаряващите общества.

Всеки човек, във всяка държава по света трябва да има възможността да живее дълго и здравословно. Средата, в която възрастните хора живеят, може да благоприятства здравето, или да му навреди. Повечето здравословни проблеми в по-напреднала възраст са свързани с хронични заболявания, особено неинфекциозни заболявания. Много от тях могат да бъдат предотвратени или забавени чрез здравословно поведение и от средата, която ги поддържа.

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.

- Трябва да бъде разгледан социално-икономическия статус на възрастните хора по време на целия жизнен цикъл, който има голямо въздействие върху здравето.

2. Организация на здравните системи.

- Необходима е по-голяма интеграция на първичната медицинска помощ и общественото здраве;

- Нужен е подход, ориентиран към пациента, а не към заболяването като център, който не взема под внимание всички фактори на околната среда;

3. Здравни неравенства.

- Специално внимание трябва да се обърне на ейджизма (възрастова дискриминация) и системната дискриминация като основни заплахи за здравословното стареене в много страни;

- Подобряване на дигиталната здравна грамотност на възрастните хора.

Процесът на стареене е биологично детерминиран, но до голяма степен подлежи на човешки контрол. Върху здравословното стареене оказват влияние следните фактори: здравни и социални системи; поведенчески фактори; лични фактори; физическа среда; социална среда; икономически фактори. Тези фактори започват да влияят на процеса на стареене в ранен етап. Средата, в която хората живеят като деца в комбинация с личните им характеристики, има дългосрочни ефекти върху процеса на стареене и важно влияние върху развитието и поддържането на здравословно поведение.

Подкрепящата среда дава възможност на хората да правят това, което е важно за тях, въпреки загубите в капацитета.

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 и стари хора. За повечето от тях поддръжката на функционалната способност има най-голямо значение.

Оценяването на здравното състояние на населението като качество на живот се възприема и за основно положение в съвременната философия и стратегия на СЗО. Стратегическа цел на СЗО е дълъг живот в добро здраве.

Концепцията за здравословно стареене е подробно описана в Световния доклад за стареенето и здравето 2015 г., достъпен през ноември 2019 г. 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 (т.е. комбинацията от всички физически и психически - включително психо-социални способности на индивида),

средата, която той или тя обитава (в най-широкия смисъл и включва физическа, социална и политическа среда) 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.

Качеството на живот е цел, която изразява дългосрочната перспектива за напредъка на обществото, в което всеки човек се опитва да има богат живот в най-широкия смисъл на думата. Обществото има по-голяма полза от граждани с високо качество на живот, отколкото от такива с ниско качество на живот. Това важи и за хората над 60-годишна възраст.

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.

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 удълженият период без качество на живота е една безмислена награда“.

ГЛАВА I. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

За целите на настоящото пручване „Здравословното стареене – индикатор за качествен живот на възрастните хора в България“ по ключови думи „здравословно стареене“, „стареене в активност“, „възрастни и стари хора“, „качество на живот“, „заобикаляща среда“ са разгледани 215 световни и национални литературни източници, от които са анализирани 148, имащи отношение към темата. Литературният обзор разглежда темите: Стареене и стареене в активност, Детерминанти за стареенето в активност, Световен доклад за стареенето и здравето 2015 г., Концепцията на СЗО за здравословното стареене, Демографска характеристика на остаряването на населението и негативните въздействия на демографските дисбаланси върху публичните финанси и социалните системи в Европа и България, Политики и принос на ЕС към активния живот на възрастните хора и солидарността между поколенията, Европейско партньорство за иновации в областта на активния живот и остаряване в добро здраве, Резултати от ЕГ 2012 и последващи действия, Качество на живот, за да се изведе целта на проучването, подкрепена от съответните задачи.

1.Стареене в активност, детерминанти за стареенето в активност.

Стареенето на населението принципно е успех в развитието му, тъй като е последица и от увеличаването на продължителността на живота на хората. Този по-дълъг живот обаче, трябва да е съпроводен с удължаване възможностите за по-добро здраве на хората във високите възрасти, както и за тяхното участие в трудовия процес и сигурност в живота. СЗО възприе термина „остаряване в активност“ за да изрази начина за постигането на тези желани характеристики при старите хора. Според СЗО „Активното остаряване е процес, в който възможностите за здравни грижи, участие и сигурност се оптимизират, за да се подобри качеството на живот на хората

в процеса на остаряване, т.е. остаряването в активност е процес на оптимизиране възможностите за здраве, заетост и сигурност с цел постигане на баланс в качеството на живот с нарастване на възрастта на хората” [91].

Думата „активност“ в смисъла, който се влага в нея се отнася до продължаване участието на хората в социалния, икономически, културен и духовен живот, а не изразяване само на възможности за физическа активност или заетост в трудовия процес. Възрастните хора, които са напуснали своята работа поради пенсиониране, както и тези, които са болни, или са с недееспособност, могат да останат активни в помощта и сътрудничеството в семейството и обществото[91].

Остаряването в активност зависи от влиянието на различни „детерминанти“, които обграждат индивида, семейството и цялата популация. Детерминантите, които влияят на процеса на стареене са валидни за всички възрастови групи от населението. Във високите възрасти обаче, това влияние със своя кумулативен ефект се отразява най-осезателно както върху здравето, така и върху качеството на живот на възрастните и старите хора [105].

Културата, влияейки върху всички други детерминанти на стареенето в активност, се явява като ключов детерминант в този процес. Културата е фактор, определящ отношенията и взаимодействията между поколенията, както и фактор за здравното поведение на индивидите [105].

Полът е другият ключов детерминант, който влияе върху процеса на стареене и трябва да се взема предвид при изработване на политиката по отношение на стареенето в активност. Традиционното разбиране на ролята на жената като домакиня може да допринесе за изпадането им в бедност и недобро здраве, когато остаряват. В същото време, мъжкия пол е по-засегнат от наранявания, смърт от насилие или вредности в трудовия процес. Мъжете също са тази част от населението, която е подложена на

повече рискови фактори, свързани с тяхното поведение като тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, наркотици и риск от нараняване [105].

Здравната и социалната системи като детерминант на стареенето в активност.

В процеса на стареене в активност ролята на здравната система е много важна. Тя трябва да бъде насочена върху здравната промоция, предпазването от болести и адекватно поведение както по отношение на първичната здравна помощ, така и по отношение на нуждата от продължителни грижи [105].

Други детерминанти, които имат отношение към стареенето в активност са тези свързани с поведението.

Възприемането на здравословен начин на живот е една от основните грижи, които човек може да окаже на собственото си здраве. Ако още от ранна възраст се прилага подходяща физическа активност, здравословно хранене, избягване на тютюнопушенето и употребата на алкохол, този начин на поведение ще се отрази благоприятно по време на старостта [105].

Детерминанти, свързани с личностната характеристика на индивида.

Тези детерминанти играят важна роля за процеса на стареене в активност. Биологията и генетиката в много голяма степен влияят на остаряването на човешкия организъм. Остаряването може да се определи като прогресивно и дегенеративно функционално увреждане, което е в резултат на загуба на адаптивните способности към стрес и нарастващия риск от възрастово зависимите заболявания [105].

Физическата среда като детерминант на стареенето в активност.

В стара възраст значението на физическата среда за живот в зависимост или независимост е много важно. Така например, небезопасна околна среда, която е с многобройни физически „бариири“,

допринася за изолацията, за увеличаването на проблемите с придвижването, а също и на депресиите сред старите хора. Особено внимание трябва да се обръща на старите хора, които живеят в отдалечени региони или в селата [105].

Детерминанти, свързани със социалната среда.

Социалното подпомагане, образованието и обучението, протекцията срещу насилието са ключови фактори на социалната среда, които стимулират здравето и сигурността на хората във всички възрасти. Неадекватното социално подпомагане се асоциира не само с увеличението на смъртността, заболяемостта и психическия стрес, но също и с намаляване на здравето и благополучието. Социалната изолация и самотата, които са много по-често срещани при старите хора, са свързани с намаляването както на физическото, така и на психическото здраве [105].

От икономическите детерминанти три са основните аспекти, които имат практическо отношение и оказват ефект върху стареенето в активност. Това са доходите, работата и социалната протекция [105].

Навсякъде по света се налага схващането, че ако на хората в по-високите възрасти им се даде възможност да упражняват работа, адекватна на техните способности, това ще е важно не само за процеса на стареене в активност, но и за цялото общество[105].

2. Концепция на СЗО за здравословното стареене. Световен доклад за стареенето и здравето.

Застаряването на населението се разглежда като предизвикателство и като възможност в световния доклад за стареенето и здравето 2015 г.

“Във време на непредсказуеми предизвикателства за здравето, независимо дали от променящия се климат, възникващите инфекциозни заболявания, или следващия патоген, една тенденция е сигурна: стареенето на популациите бързо се ускорява в световен мащаб.” [144].

Световният доклад за стареенето и здравето изготвен през 2015 г. препоръчва дълбоки промени в начина на формулиране на здравните политики за застаряващото население и предоставянето на услуги. Като основа за препоръките си докладът разглежда най-новите доказателства за процеса на стареене [144].

Загубата на способности, обикновено свързана със стареенето, не винаги е свързана с хронологичната възраст на човек. Разнообразието в капацитета и здравните нужди на възрастните хора не е случайно, а се дължи на събития през целия жизнен цикъл, които често могат да бъдат модифицирани, подчертавайки важността на подхода на жизнения курс. Освен това, противно на общоприетите предположения, застаряването има много по-малко влияние върху разходите за здравеопазване, отколкото други фактори, включително високите разходи за новите медицински технологии [144].

Докладът подчертава, че здравословното стареене е нещо повече от отсъствие на болести. За повечето възрастни и стари хора поддръжката на функционалната способност има най-голямо значение. Най-големите разходи за обществото не са разходите, направени за насърчаване на тази функционална способност, а ползите, които могат да бъдат пропуснати, ако не успеем да направим подходящите адаптации и инвестиции. Препоръчителният обществен подход към застаряването на населението, който включва целта на изграждането на свят, благоприятен за възрастта, изисква трансформация на здравните системи далеч от лечебните модели, базирани на болести, и към предоставянето на интегрирани грижи, които са насочени към нуждите на възрастните хора [144].

През 2002 г. Световната здравна организация публикува “Активно стареене: политическа рамка” [91]. Тази рамка определя активното стареене като „процес на оптимизиране на възможностите за здраве,

участие и сигурност за подобряване на качеството на живот с напредване на възрастта“ [91].

Политическата рамка на СЗО идентифицира шест ключови детерминанти на активното стареене: икономически, поведенчески, лични, социални, здравни и социални услуги и физическа среда и препоръчва четири компонента, необходими за реакция на здравната политика:

- предотвратяване и намаляване на тежестта на допълнителните увреждания, хроничните заболявания и преждевременната смъртност;

- намаляване на рисковите фактори, свързани с основните заболявания и увеличаване на факторите, които защитават здравето през целия живот;

- разработване на континиум от достъпни, висококачествени и благоприятни за възрастта здравни и социални услуги, които отговарят на нуждите и правата на хората с напредването на възрастта;

- осигуряване на обучение и образование на болногледачите и на полагащите грижи за възрастните хора членове на семействата им.

Здравето на възрастните хора се влияе не само от системите, осигуряващи здраве и дългосрочни грижи, но и от средата, в която те живеят през целия си живот.

Предвид необходимостта от стимулиране на глобален отговор на общественото здраве, се подчертава необходимостта както от здравословно, така и от активно стареене [91].

Динамиката на здравето в по-напреднала възраст е сложна. Променят се физическите и умствените възможности и функционирането на възрастния човек [2]. С увеличаване на възрастта настъпват множество основни физиологични промени и рискът от хронично заболяване нараства. След 60-годишна възраст главно тежестта на инвалидността и смъртта произтичат от свързаните с възрастта загуби на слуха, зрението и движението, неинфекциозни заболявания, включително сърдечни

заболявания, инсулт, хронични дихателни нарушения, рак и деменция. Освен това, стареенето е свързано и с повишен риск от изживяване на повече от едно хронично заболяване едновременно (известно като мултиморбидност). Следователно при оценката на здравните нужди на възрастните хора е важно да се вземат предвид не само конкретните заболявания, които те могат да изпитват, но как те взаимодействат и влияят върху траекториите на функциониране [105].

Терминът здравословно стареене се използва широко и често се използва за идентифициране на положително състояние без болести, което прави разлика между здрави и нездравни индивиди. Това е проблематично в по-напреднала възраст, тъй като много индивиди могат да имат едно или повече заболявания, които са добре контролирани и имат малко влияние върху способността им да функционират и имат слабо влияние върху тяхното благополучие. Следователно, при формулирането на целта за стратегия за обществено здраве за стареене, СЗО приема здравословното стареене в по-цялостен смисъл, който се основава на жизнения път и функционалните перспективи [80].

Здравословното стареене е във фокуса на работата на СЗО върху стареенето между 2015-2030г. Здравословното стареене замества предишния фокус на Световната здравна организация върху активното стареене, политическа рамка, разработена през 2002 г. Световният доклад за стареенето и здравето определя здравословното стареене като процес на развитие и поддържане на функционалната способност, която позволява благополучие в по-напреднала възраст [144].

Функционалната способност включва атрибутите, свързани със здравето, които позволяват на хората да бъдат и да правят това, което имат основание да ценят. Състои се от вътрешния капацитет на индивида, съответните характеристики на средата и взаимодействията между тях (индивидуалните и тези характеристики на средата) [144].

Вътрешният капацитет обхваща всички умствени и физически възможности, от които човек може да се възползва и включва способността му да ходи, да мисли, да вижда, да чува и помни. Нивото на вътрешния капацитет се влияе от няколко фактора като наличие на заболявания, наранявания и свързани с възрастта промени [144].

Средата включва всички фактори във външния свят, които формират контекста на живота на индивида. Те включват - от микрониво до макрониво - дом, общности и по-широко общество. Възможността да се живее в среда, която поддържа и подпомага нечии вътрешни способности и функционални способности е от ключово значение за здравословното стареене [144].

Благосъстоянието (Well-being) се разглежда в най-широкия смисъл и включва области като щастие, удовлетворение и задоволство [142].

Здравословното стареене започва с раждането с генетичното наследство на индивида. Но всеки човек се ражда и в социална среда. Личните характеристики включват тези, които обикновено са фиксирани, като пол и етническа принадлежност, както и тези, които имат известна мобилност или отразяват социални норми, като професия, образователно ниво, или богатство [144].

Няколко области на функционални способности изглеждат решаващи за позволяването на хората да постигнат важни за тях неща. Това са способности [144]:

- да отговарят на основните си нужди;
- да учат, растат и вземат решения;
- да бъдат мобилни;
- да изграждат и поддържат взаимоотношения;
- да дадат своя принос за обществото.

Барьерите пред здравословното стареене са [144]:

1. Остарели и възрастови стереотипи.

2. Неадекватни политики.
3. Липса на достъпност.
4. Неадекватни или липсващи услуги.
5. Липса на консултации и участие.

Обществото често гледа на възрастните хора по стереотипни начини, които могат да доведат до дискриминация срещу индивиди или групи, само въз основа на възрастта им. Това е наречено „ейджизъм“ и това може да е дори по-широко разпространена форма на дискриминация от сексизма или расизма. Един широко разпространен стереотип за възрастни хора е, че те са зависими, или в тежест [144].

Целта на здравословното стареене е да помогне на хората да развият и поддържат функционалната способност, която позволява благополучие. Максимизирането на функционалните способности е основната цел на политиките за насърчаване на здравословното стареене [144].

Траектории на здравословното стареене

Здравословното стареене отразява продължаващото взаимодействие между индивидите и средата, която обитават. Това взаимодействие води до траектории както на вътрешния капацитет, така и на функционалната способност [144].

Функционалните способности и вътрешният капацитет могат да варират през втората половина на жизнения цикъл. Тези общи траектории могат да бъдат разделени на три общи периода: период на относително висок и стабилен капацитет, период на намаляващ капацитет и период на значителна загуба на капацитет. Важно е да се отбележи, че тези периоди не се определят от хронологичната възраст, не са непременно монотонни (т.е. непрекъснато намаляват) и че траекториите ще се различават значително при отделните индивиди (и могат да бъдат нарушени изцяло от неочаквано събитие като инцидент). Например някои хора могат да умрат

внезапно от всякакви различни причини, докато са все още в периода на висок и стабилен капацитет [144].

Дори вътрешният капацитет на индивида да е паднал под своя връх, човек все още може да е в състояние да прави нещата, които са му важни, ако живее в подкрепяща среда. Това отразява концепцията за функционалните способности, чиято крайна цел е здравословното стареене [144].

Могат да бъдат идентифицирани множество таргетни точки за действия за насърчаване на здравословното стареене, но всички те имат една цел: да насърчават функционалните способности (Таблица 1) [144].

Таблица 1. Рамка за обществено здраве за здравословно стареене: възможности за действия в областта на общественото здраве през целия жизнен път

	Висок и стабилен капацитет	Намаляващ капацитет	Значителна загуба на капацитет
Здравни услуги:	Предотвратяване на хронични състояния, или осигуряване на ранно откриване и контрол	Връщане или забавяне спада в капацитета	Управление на напреднали хронични състояния
Дългосрочна грижа:		Подкрепа на поведение, повишаващо капацитета Осигуряване на достоен късен живот	
Среда:	Насърчаване на поведение, повишаващо капацитета Премахване бариерите пред участието, компенсиране загубата на капацитет		

Това може да бъде постигнато по два начина: чрез подпомагане на изграждането и поддържането на вътрешния капацитет и чрез позволяване на хората с намален функционален капацитет да правят важните за тях неща [144].

Фокусът на стратегиите за обществено здраве, насочени към хората с високи и стабилни нива на вътрешен капацитет, трябва да бъде върху

изграждането и поддържането му възможно най-дълго. Здравните системи ще трябва да откриват и контролират заболяванията и рисковите фактори по-рано [144].

Интервенциите в областта на общественото здраве, насочени към сегмента на населението с намаляващ капацитет, се нуждаят от различен подход. По време на този етап, болестите може да са се появили и акцентът на здравните системи обикновено ще се измести от превенция или лечение към минимизиране на въздействието на тези заболявания върху общия капацитет на човек. Следователно са необходими услуги, които да помогнат за спиране, забавяне или обратно намаляване на капацитета. Освен това, ролята на околната среда при даването на възможности на функционалните способности ще се разширяват с намаляването на капацитета. Акцентът в отговор на общественото здраве към нуждите на възрастните хора, които имат или са изложени на висок риск от значителни загуби на капацитет, ще бъде предоставянето на дългосрочни грижи [144].

В доклада са определени четири приоритетни области за действие [144]:

1. Привеждане на здравните системи в съответствие с нуждите на по-възрастните популации, които сега обслужват.

Здравните системи трябва да са в състояние да осигуряват ориентирани към по-възрастните хора интегрираните грижи и да се фокусират върху поддържането на капацитета с повишаване на възрастта на хората [144].

1.1. Поставяне на възрастните хора в центъра на здравеопазването.

1.2. Преместване фокуса на грижите от управлението на болестите към оптимизирането на това, което хората могат да направят.

1.3. Развиване на здравната работна сила [144].

2. Разработване на системи за осигуряване на дългосрочни грижи.

През 21 век всички страни се нуждаят от интегрирана и качествена система за дългосрочни грижи. В страните с ниски и средни доходи предизвикателството може да бъде изграждането на система, когато такава все още не съществува. В тези условия отговорността за дългосрочните грижи често е оставена изцяло на семействата. Независимо от условията, всеобхватните системи за дългосрочни грижи ще бъдат от съществено значение за задоволяване на нуждите на възрастните хора, намаляване на неподходящата зависимост от спешни здравни услуги, подпомагане на семействата да избягват огромни разходи за грижи и предоставяне възможност на жените да играят по-широки социални роли [144].

3. Създаване на благоприятна за възрастта среда.

Създаването на среда, която е наистина подходяща за възрастта, изисква действия в много сектори - здравеопазване, дългосрочни грижи, транспорт, жилища, труд, социална защита, информация и комуникация - от много участници - правителство, доставчици на услуги, гражданско общество, възрастни хора и техните организации, семейства и приятели [144].

4. Подобряване на измерването, наблюдението и разбирането за здравословното състояние и нуждите на по-възрастните популации, както и на траекториите на стареене.

Възрастните хора трябва да бъдат включени в жизненоважни статистически данни и проучвания на населението като цяло, а анализите на тези информационни ресурси трябва да бъдат разделени по възраст и пол [144].

4.1. Настоящите показатели и методи, използвани в областта на стареенето са ограничени, което пречи на доброто разбиране на ключовите аспекти на здравословното стареене.

4.2. Да се изискват специфични за възрастни хора проучвания.

4.3. Насърчаването на здравословното стареене изисква много по-добро разбиране на общите траектории на стареене, включително промени в капацитета и способностите с течение на времето [144].

В съответствие с Резолюция на Световната здравна организация (67/13), СЗО разработва всеобхватна глобална стратегия и план за действие относно застаряването и здравето [106, 145].

СЗО координира действията в съответствие с Глобалната стратегия и план за действие за стареенето и здравето 2016–2020 г. и свързаното с това Десетилетие на здравословно стареене, 2020–2030 г. в следните четири области на действие:

- да променим начина, по който мислим, чувстваме и действваме спрямо възрастта и стареенето;
- да се гарантира, че общностите насърчават способностите на възрастните хора;
- предоставяне на ориентирани към човека интегрирани грижи и първични здравни услуги, отговарящи на възрастните хора;
- осигуряване достъп до дългосрочни грижи за възрастни хора, които се нуждаят от тях.

Визията на стратегията е свят, в който всеки може да живее дълго и здравословно. Този свят ще бъде място, където функционалните способности се насърчават през целия жизнен цикъл и където възрастните хора имат равни права и възможности и могат да живеят живот без дискриминация на основа възраст [145].

Стратегията е приета от 194-те държави-членки на СЗО на Световната здравна асамблея на 26 май 2016 г. [145].

През 2016-2020 година целите включват прилагане на съществуващи доказателства за максимизиране на функционалните способности и да се установят партньорства, за да се осигури Десетилетие на здравословното стареене от 2020 - 2030 г. Изпълнението на Стратегията трябва да бъде

подкрепено от следните принципи: човешки права, справедливост, равенство и недискриминация (особено възрастово), равенство между половете и солидарност между поколенията [145].

Настоящата глобална стратегия и план за действие за застаряването и здравето отговаря и на одобрените Цели за устойчиво развитие, интегриран, неделим набор от глобални приоритети за устойчиво развитие. Остаряването е проблем, който има отношение към 15 от 17-те цели, по-специално [145]:

Цел 1. Прекратяване на бедността във всичките ѝ форми навсякъде - за всички мъже и жени;

Цел 2. Прекратяване на глада, постигане на продоволствена сигурност и подобро хранене и насърчаване на устойчиво земеделие, включително за възрастни хора;

Цел 3. Осигуряване на здравословен живот и насърчаване на благосъстоянието за всички във всички възрасти чрез универсално здравно покритие, включително защита на финансовия риск;

Цел 4. Осигуряване на приобщаващо и справедливо качествено образование и насърчаване на възможностите за учене през целия живот за всички;

Цел 5. Постигане на равенство между половете и овластяване на всички жени и момичета;

Цел 8. Насърчаване на устойчив, приобщаващ и устойчив икономически растеж, пълна и продуктивна заетост и достойна работа за всички;

Цел 10. Намаляване на неравенството в, и между страните, чрез насърчаване на социалното, политическо и икономическо включване на всички, независимо от възрастта;

Цел 11. Да се направят градовете и населените места приобщаващи, безопасни и устойчиви, като се осигури универсален достъп до безопасни,

приобщаващи и достъпни зелени обществени пространства, особено за възрастни хора;

Цел 16. Насърчаване на мирни и приобщаващи общества за устойчиво развитие, осигуряване на достъп до правосъдие за всички и изграждане на ефективни, отговорни и приобщаващи институции на всички нива.

Фокусът на стратегията е върху качеството на допълнителните години, на които се наслаждават възрастните хора.

Стратегията се основава на два инструмента на международната политика, които ръководят действията по отношение на стареенето и здравето от 2002 г. насам - Международният план за действие за стареене от Мадрид и политическата рамка на СЗО за активното стареене [145].

Предизвикателства на здравословното и активно стареене

Евростат, органът на ЕС, предоставящ статистическа информация на институциите на Европейския съюз, публикува нов доклад за застаряването в Европа и ежедневието на възрастните европейци. Докладът „*Стареенето на Европа – поглед към живота на възрастните хора в ЕС*“ е публикуван от Евростат през октомври 2019 г. [92]. Събраните данни между 2014-2018 г. потвърждават някои нововъзникващи тенденции и предоставят богата информация, която ще бъде полезна за политиците, за да разберат по-добре нуждите на застаряващото европейско население, да оценят неговото обществено въздействие и да разработят подходящи политики. Населението застарява във всички страни от ЕС. Данните, събрани от статистическия орган на ЕС, потвърждават бързото застаряване на населението на ЕС, като по-възрастното население (65+) се очаква да нарасне от една пета (19,7%) от общото население през 2018 г. на повече от една четвърт (28,5%) през 2050 г. [92].

Едно от най-предизвикателните последици от тази демографска промяна е очакваното значително увеличение на нуждата от грижи, по-специално от нарастващия дял на „много старото“ население на възраст 85+. От друга страна, по-голяма част от по-възрастното население (65+) се радва на добро здраве и се занимава с някаква смислена дейност, или заетост [92].

Друго ключово измерение на застаряването е полът. Докладът показва, че жените по-често изпитват бедност и се сблъскат с трудни здравословни състояния в по-напреднала възраст [92].

Данните на Евростат ясно илюстрират, че използването на най-добрия потенциал на по-възрастното население ще бъде ключово за компенсиране на нарастващите нужди от грижи и гарантиране на солидарност с най-уязвимите. За целта трябва да се подобри здравето в напреднала възраст и да се улесни участието на възрастните хора във всички аспекти на обществото (културни, социални и професионални) [92].

Здравето е важна мярка за благополучие, особено за възрастните хора, тъй като е важен фактор за личната независимост и участието в местните общности.

Тенденциите, които са подчертани в доклада са [92]:

- Около половината от възрастните хора (на възраст 65-74 години) в ЕС-28 смятат, че здравето им е добро или много добро, дял, който спада близо до една трета (34,1%) сред хората на възраст 75-84 години и до една четвърт (25,0%) за много възрастни хора (на възраст 85 години или повече).
- По-възрастните хора с високи доходи са по-склонни да възприемат собственото си здраве като добро или много добро.
- Почти 3/4 от хората на възраст 85 или повече години имат дългогодишен здравословен проблем.
- Най-често срещаните хронични заболявания, съобщавани от възрастните хора са: високо кръвно налягане, артроза и проблеми с гърба.

- Заболяванията на кръвоносната система са най-честата причина за смърт сред хора на възраст 75 и повече години (докато ракът е основната причина за смърт както при мъжете, така и при жените на възраст между 55 и 74 години).

- Почти 1/3 от хората на възраст 75 или повече години изпитват сериозни затруднения при ходене и близо една десета от хората на възраст 65-74 години са изправени пред това ограничение.

- 1/5 от жените на възраст 75 и повече години се възползват от услугите за домашни грижи. Тук също трябва да се има предвид, че докато някои възрастни хора получават домашни услуги, други са доставчици на подобни услуги - например грижи за други възрастни хора или грижи за внуци.

- Сравнително висок дял на хора на възраст 75 и повече години отчитат депресивни симптоми.

СЗО стартира базовия доклад за десетилетието на здравословното стареене, публикуван от Световната здравна организация на 17.12.2020 г. [105].

- Най-малко 14% от всички хора на възраст над 60 години - повече от 142 милиона души понастоящем не са в състояние да задоволят всички свои основни ежедневни нужди, според базовия доклад [105].

- Базовият доклад събира наличните данни за измерване на здравословното стареене, определени от СЗО като „процес на развитие и поддържане на функционалната способност, която позволява благополучие в по-напреднала възраст“. Оптимизирането на „функционалните способности“ е целта на Десетилетието на здравословното стареене, което започва през 2021 г. Базовият доклад представя опита на страни, които са успели да започнат инициативи за здравословно стареене, като Ирландия, Мексико и Виетнам. Той също така подчертава, че възрастните хора трябва да бъдат ангажирани през цялото време [105].

- Според доклада само една четвърт от страните по света събират сравними данни, които могат да се използват за проследяване на глобалния напредък към здравословното стареене. В доклада са представени някои страни, които събират и използват данни за подобряване на политиките и програмите за възрастни хора. Тези държави са Чили, Китай, Финландия, Гана, Индия, Катар, Сингапур и Тайланд [105].

- Редица показатели, които държавите трябва да докладват като проява на ангажираност към здравословното стареене, са договорени от държавите-членки на СЗО като част от Глобалната стратегия за стареене и здраве 2016-2020 и одобрени през 2020 г. в контекста на Десетилетието за здравословно стареене 2021-2030. Най-голям напредък е постигнат при установяването на национални политики, свързани със здравословното стареене, и най-малкият, при въвеждането и прилагането на законодателството срещу възрастовата дискриминация [105].

- Контекстът на доклада е ангажиментът на СЗО и по-широката система на ООН да прилагат усилия за подобряване на живота на възрастните хора чрез новоопределеното Десетилетие на ООН за здравословно стареене, 2021-2030. СЗО ще съставя доклади за напредъка през 2023, 2026 и 2029 г. [105].

Спешно е необходимо десетилетие на съгласувани глобални действия за здравословното стареене. Пандемията COVID-19 подчерта сериозна съществуващите пропуски в политиките, системите и услугите [103]. Вече има повече от 1 милиард души на възраст над 60 години. Мнозина нямат достъп дори до основните ресурси, необходими за смислен и достоен живот. Много други се сблъскват с множество бариери, които пречат на пълното им участие в обществото [103].

През 2020 г. Европейската комисия публикува нов доклад за въздействието на демографските промени и Зелена книга относно застаряването [29, 30].

Европейската комисия представя зелена книга, за да постави началото на широк политически дебат относно предизвикателствата и възможностите, свързани със застаряването на европейското общество. В доклада се описва въздействието, което тази ясно изразена демографска тенденция оказва върху икономиката и обществото ни, и се отправя призив към обществеността да изрази мнението си за това какви действия да се предприемат в отговор на тази тенденция [29, 30].

Остаряването има сериозни социални, икономически и здравни последици. Поддържането на застаряващото население в добро здраве е наложително за осигуряване на устойчиви здравни и социални системи, икономически растеж и здраве и благосъстояние на населението [29, 30].

3. Демографска характеристика на остаряването на населението и негативните въздействия на демографските дисбаланси върху публичните финанси и социалните системи в Европа и България.

Демографските промени са едно от най-големите предизвикателства, пред които са изправени европейските страни, региони, градове, населените места в селските райони. Някои от факторите, които стоят в основата на това явление, са застаряването на населението, ниската плодовитост и раждаемост и влошаващото се неравномерно разпределение на населението.

Процесът на стареене на населението е световен проблем, особено силно изразен за развитите страни от Европа и света. Очаква се до 2070 г. 30,3 % от населението да 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.) [26, 94]. На този фон, процесът на стареене на населението в България е силно изразен и протича много интензивно в последното десетилетие. В началото на 20-ти век

относителният дял на хората над 60-год. възраст в България е бил едва 3.5%. Сто години по-късно – 2011 г. този дял е вече 23% [73].

След 1990 г. демографското развитие на страната се характеризира с отрицателен естествен прираст на селението. Намалението на населението в страната в резултат на отрицателния естествен прираст се дължи главно на високите нива на общата смъртност и на продължителния акумулиращ ефект на ниската раждаемост. Ниската раждаемост не може да компенсира значително по-високите нива на смъртност [73, 74].

Демографска ситуация в страната по данни на НСИ през 2018 година е следната:

- Продължава процесът на намаляване и застаряване на населението;
- Задълбочава се дисбалансът в териториалното разпределение на населението;
- Намалява броят на живородените деца и коефициентът на обща раждаемост;
- Намалява броят на умрелите лица и коефициентът на обща смъртност;
- Намалява детската смъртност;
- Увеличават се броят на сключените граждански бракове и броят на разводите;
- Остава непроменена очакваната средна продължителност на живота.

Към 31 декември 2018г. населението на България е 7 000 039 души. В сравнение с 2017г. населението на страната намалява с 49 995 души, или с 0.7%. Мъжете са 3 395 701 (48.5%), а жените - 3 604 338 (51.5%), или на 1000 мъже се падат 1061 жени. Броят на мъжете преобладава във възрастите до 53 години. С нарастването на възрастта се увеличават броят и относителният дял на жените от общото население на страната [73].

През 2019 г. демографската ситуация в България се характеризира с продължаващо намаляване и застаряване на населението, ниски нива на раждаемост (с коефициент 8,8‰ – при средна стойност за Европейския съюз от 9,5‰) и високи нива на обща смъртност. Задълбочава се дисбалансът в териториалното разпределение на населението. Това се посочва в отчет за 2019 г. за изпълнение на Актуализираната Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030 г.) [61].

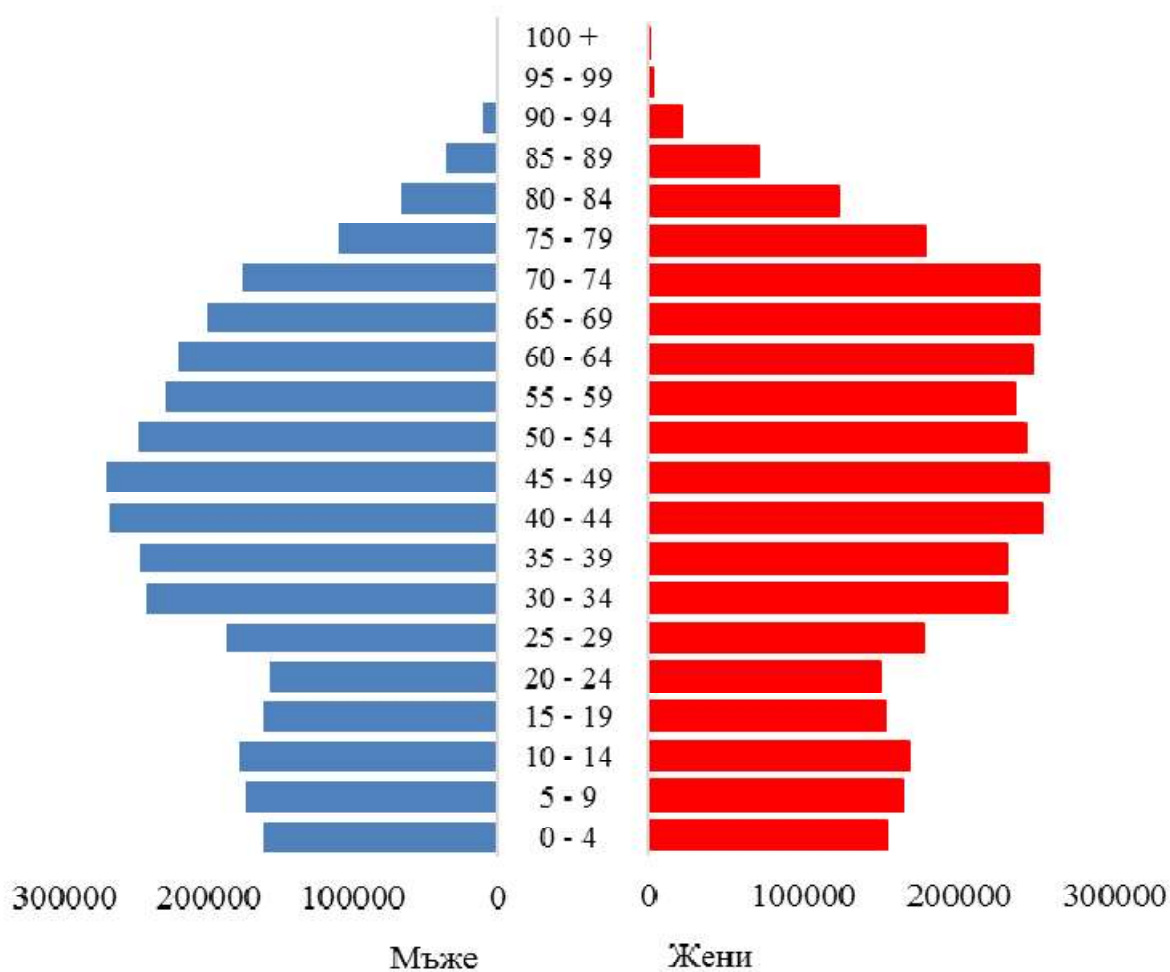
Към 31 декември 2019 г. населението на България е 6 951 482 души. В сравнение с 2018 г. то намалява с 48 557 души, или с 0,7% [73]. Подобно на предходните години, намалението на населението през 2019 г. в България се дължи главно на отрицателен естествен прираст, а не на външна миграция - в резултат на отрицателния естествен прираст населението намалява с 46 545 души, а в резултат на механичния прираст – с още 2012 души.

Най-значимата демографска тенденция в развитието на населението е процесът на застаряване. В края на 2019 г. лицата на 65 и повече навършени години са 1 504 088, или 21,6% от населението на страната. В сравнение с 2018 г. дялът на населението в тази възрастова група нараства с 0,3 процентни пункта. Процесът на застаряване е по-силно изразен сред жените, отколкото сред мъжете. Относителният дял на жените на възраст над 65 години е 25,1%, а на мъжете – 17,9%. Тази разлика се дължи на по-високата смъртност сред мъжете и като следствие от нея – на по-ниската средна продължителност на живота при тях [73, 74].

Застаряването на населението води до повишаване на неговата средна възраст, която от 40,4 години през 2001 г. достига 43,9 години в края на 2019 година. Неравномерно е и разпределението на населението в страната, което може да има отражения върху икономическия растеж и устойчивото развитие в дългосрочен план. Към 31.12.2019 г. в градовете

живеят 5 125 407 души, или 73,7%, а в селата – 1 826 075 души, или 26,3% от населението на страната. Демографските дисбаланси се превръщат в проблем на макро-фискалната стабилност и устойчивостта на всички социални системи [73, 74].

По данни на НСИ към 31 декември 2020 г. населението на България е 6 916 548. В сравнение с 2019 г. населението на страната намалява с 34 934 души (Фиг. 1) [73].



Фигура 1. Възрастова структура на населението към 31.12.2020 година

Източник: НСИ, 2020

През 2020 г. в страната са регистрирани 59 086 живородени деца и в сравнение с предходната година броят им намалява с 2 452 деца. Броят на

умрелите през 2020 г. е 124 735 души, а коефициентът на обща смъртност - 18.0‰. Спрямо предходната година броят на умрелите се увеличава с 16 652. Сега България е в групата на най-застарелите нации в света. Прогнозите са за продължаващо увеличаване на хората над 60 годишна възраст, като през 2050 година България се очаква да бъде сред 10 най-застарели страни в света, с относителен дял на възрастните близо 40% [45].

Това означава, че съотношението на активните трудови контингенти и тези на възрастните ще бъде крайно неблагоприятно, което поставя сериозни проблеми не само пред здравеопазването, но и пред цялото общество.

Освен характеристиката и тенденциите на стареене на населението, важно е да се знаят и основните фактори, които ги обуславят [31, 42, 43, 44, 45].

Най-популярната теория за историческите промени в структурата на населението в индустриално развитите страни е свързана най-вече с успехите в медицината, нови лекарства и технологии, които допринасят до това, все повече хора да доживяват до висока възраст.

Развитите страни отбелязват следните демографски тенденции, които допринасят за остаряването на населението [42, 43, 44, 45]:

- Намаляване на детската смъртност.
- Увеличаване на очакваната продължителност на живота.
- Намаляване на смъртността във високите възрасти.

За разлика от развитите страни, застаряването на населението в България е за сметка предимно на силно намалената плодовитост и на интензивната емиграция и то на млади хора.

Промените във възрастовата структура на населението рефлектира върху формата на така наречената пирамида на населението. В последното десетилетие, възрастово-половата пирамида на България показва силно изразен регресивен тип възпроизводство на населението. Тясна основа,

където са младите генерации и изглаждане на върха на пирамидата поради силно увеличение на броя на възрастните хора [74].

Няколко са групите фактори, които класически влияят върху регресивния тип възрастово-полова структура на населението:

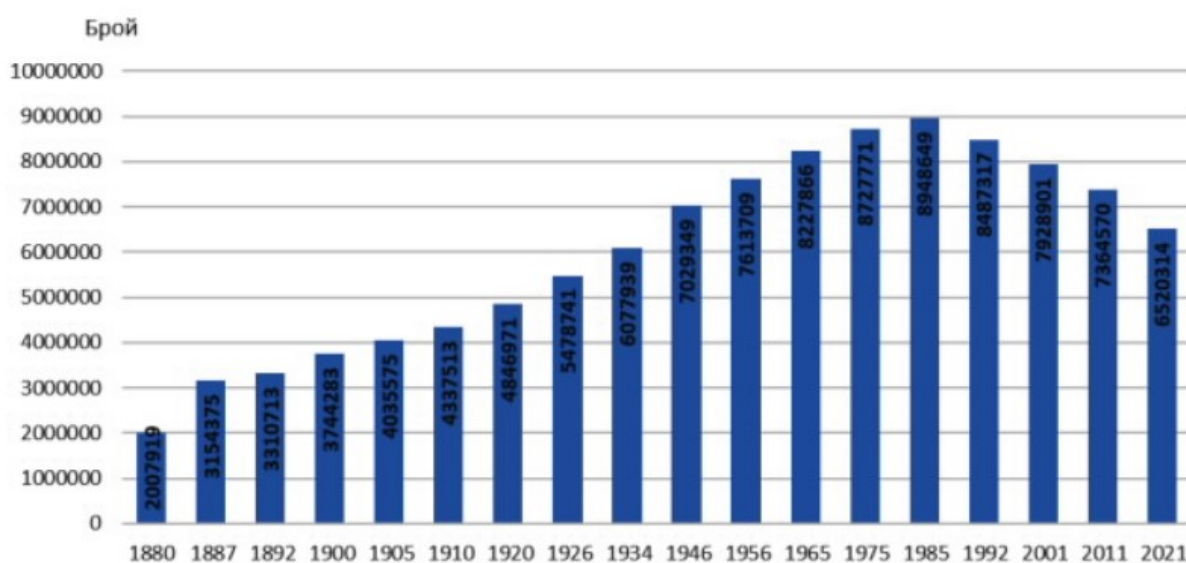
- Намаляване на раждаемостта и плодовитостта. И двата процеса са силно изразени в България.
- Интензифициране на емиграционните процеси. Това е една от основните причини в България за промяната в съотношението между младите и старите генерации.
- Намаляване на смъртността, особено във високите възрасти. За България тенденциите са дори за леко увеличение както на общата смъртност, така и на тази сред възрастните контингенти.
- Увеличаване на очакваната средна продължителност на живота. В България през последното десетилетие дори има леко намаляване на очакваната продължителност на живота при мъжете.

Продължителността на живота се увеличава през последното десетилетие в ЕС. Според официалната статистика продължителността на живота се е увеличила средно с повече от две години на десетилетие от 60-те години насам. Последните налични данни обаче показват, че продължителността на живота е в стагнация или дори е намаляла през последните години в няколко държави-членки на ЕС. Освен това, след избухването на пандемията COVID-19 очакваната продължителност на живота при раждане е намаляла в по-голямата част от държавите-членки на ЕС по данни за 2020 г. Най-големият спад е регистриран в Испания (-1,6 години в сравнение с 2019 г.) и България (-1,5), следвани от Литва, Полша и Румъния (всички -1,4). Тази информация е взета от наскоро публикувани временни прогнози за продължителността на живота през 2020 г. [43, 44, 45].

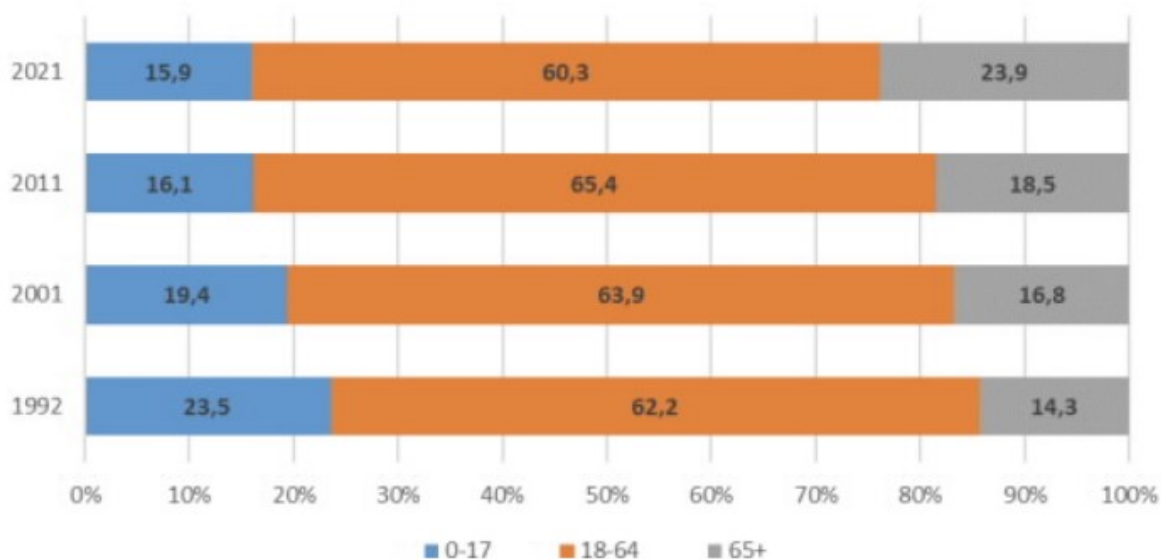
Според предварителната оценка, направена от Националния статистически институт по данни от преброяването от 2021 г. населението на България е 6 520 314 души.

Оценката потвърждава задълбочаването на негативните демографски тенденции през последните тридесет години – намаляване и застаряване на населението, както и обезлюдяването на отделните територии поради ниската раждаемост и миграционните процеси. Спрямо предишното преброяване през 2011 година населението е намаляло с 11 процента или с 844 000 души [73].

Според оценката към 7 септември 2021 г. жените са 3 397 357, или 52.1%, а мъжете - 3 122 957, или 47.9% от населението на страната. Разпределението на населението по възрастови групи показва задълбочаване на процеса на застаряване. Делът на лицата на възраст 65 и повече навършени години се увеличава с 5.4 процентни пункта спрямо 2011 г. и с 9.6 процентни пункта спрямо 1992 годна. Намаляват броят и относителният дял на децата и лицата в активна възраст, показани на Фигура 2 и Фигура 3 [73, 86].



Фигура 2. Брой на населението според преброяванията



Фигура 3. Относителен дял на населението по възраст според преброяванията

Източник: НСИ, 2020

Тези демографски промени имат големи социални и икономически последици.

Въпреки, че положителните аспекти на по-високата продължителност на живота са изключително ценни, настоящата ситуация поставя предизвикателства пред осигуряването на работна сила, пред социалните и здравните системи и поставя на изпитание устойчивостта на публичните финанси в Европейския съюз [28, 29]. Населението в трудоспособна възраст в Европа намалява и трябва да се намери начин за поддържане на икономическия разтеж чрез повишаване на заетостта и производителността [28, 29].

Поради намаляване на работната сила като брой вероятно ще се наложи увеличаване на пенсионната възраст над 65 години. Това изисква повече здраве за възрастните хора, за да могат да отговорят на очакванията на това предизвикателство да продължават да са трудово активни [28, 29, 92].

На 27 януари 2021 г. Европейската комисия започна дебат относно мерките в отговор на последиците от застаряването на населението [30].

Пандемията от COVID-19 промени Европа и света неимоверно бързо. Тя се отразява трайно върху начина, по който хората живеят и работят заедно. Пандемията настъпи в момент, когато в Европа вече съществуваха дълбоки демографски и обществени промени [28, 29].

В демографския доклад на Комисията са представени основните движещи сили на демографските промени и последиците от тях в цяла Европа. С него се поставя началото на процес, който ще спомогне за набелязването на конкретни действия и решения, като се отчитат поуките от пандемията от COVID-19, за да се подкрепят най-силно засегнатите хора, региони и общности и да им се даде възможност да се адаптират към променящата се действителност [103, 105].

Застаряването на населението се отразява на икономическия растеж, фискалната устойчивост, здравеопазването и дългосрочните грижи, благосъстоянието и социалното сближаване. Освен това непропорционалното въздействие на пандемията върху възрастните хора — по отношение на хоспитализациите и смъртните случаи — разкрива някои предизвикателства, пред които застаряването на населението изправя здравеопазването и социалните грижи [28, 29]

Съществуват много начини за предотвратяване или ограничаване на негативните последици от застаряването на обществата. Те включват насърчаване на остаряването в добро здраве и активния живот на възрастните хора, подобряване на устойчивостта на системите на здравеопазване и полагане на грижи, подобряване на ефективността на пазара на труда, модернизиране на социалната закрила и насърчаване на законната миграция и интеграцията като част от съчетание от различни политики, за да се постигнат по-висока производителност и ефективност във всички области [36, 37].

Остаряването в добро здраве и активният живот на възрастните хора се отразяват положително на пазара на труда, на равнището на заетост и на

системи за социална закрила, а оттам на растежа и на производителността на икономиката [36, 37, 92].

Разходите, свързани с възрастта, обхващащи пенсиите, здравеопазването, дългосрочната грижа, образованието и обезщетенията за безработица, са представени пред Съвета на ЕС по икономически и финансови въпроси още през май 2015 г. в петия Доклад по застаряването [26].

Докладът на ЕК по застаряването е изготвен в рамките на мандат, предоставен от Съвета на ЕС по икономически и финансови въпроси (ЕКОФИН) на Комитета за икономическа политика (ЕРС), с цел актуализиране и по-нататъшно задълбочаване на извършваните прогнози за свързаните с възрастта публични разходи, въз основа на новата прогноза на Евростат за населението. В него за пореден път се прави опит да се оцени въздействието на застаряването на населението върху бюджета в 28-те държави-членки на ЕС за периода 2013-2060 [144].

В Доклада е разработена прогноза и за България, според която: към 2060 г. коефициентът на плодовитост се очаква да нарасне едва с 0.3 % - до 1.77; очакваната продължителност на живота при раждане при мъжете ще се увеличи с 10,4, а при жените – с 8,4 години; очакваната продължителност на живота на хората след навършване на 65 години ще се увеличи при мъжете – с 6,3, а при жените – с 6,1 години; нетната миграция се очаква да се увеличи с 3,5 хиляди; нетната миграция като процент от населението ще се увеличи само с 0,1%; броят на населението се очаква да намалее с 1,8 милиона; детското население на възраст 0-14 г. като процент от общото население се очаква да се увеличи само с 0,4%; младото население на възраст 25-54 г. като процент от общото население ще намалее с 8,4%; населението в трудоспособна възраст на 15-64 г. като процент от общото население се очаква да намалее с 12,7%; възрастното население на 60 и повече години като процент от общото население се

очаква да се увеличи с 12,3%; много възрастното население на 80 и повече години като процент от общото население се очаква да се увеличи със 7,8%; много възрастното население на 80 г. като процент от населението в трудоспособна възраст се очаква да се увеличи с 15,9% [144].

Възрастните и старите хора представляват важна и все по-нарастваща част от съвременното общество, от икономическия и културен живот. Това явление поставя многобройни въпроси относно начините, по които най-добре може да се гарантира, че възрастните хора ще са социално приобщени и ще могат да се радват напълно на своите права. Европейската Комисия прилага разнообразни подходи за справяне с тези предизвикателства [31, 32].

4. Политики и принос на ЕС към активния живот на възрастните хора и солидарността между поколенията. Европейско партньорство за иновации в областта на активния живот и остаряване в добро здраве.

В основата на насърчаването активния живот на възрастните хора и на реализирането на целите на програмата „Европа 2020“ стои доброто разбиране на безпрецедентните демографски промени, пред които е изправено съвременното общество [22, 26].

Стратегията „Здраве 2020“ на Европейския регионален комитет на СЗО акцентира върху насърчаване и инвестирането в здравето на хората през целия им живот и реализиране на основни демократични ценности – солидарност, устойчивост и равнопоставеност [80].

ЕС играе активна роля за насърчаването на държавите-членки, регионите и заинтересованите лица по отношение на развитието на тяхното разбиране на предизвикателствата и възможните решения за използване на целия потенциал на застаряващото население [27]. Европейският демографски форум събира на едно място на всеки две

години от 2006 г. насам основни европейски политици, заинтересовани лица и експерти, за да обсъждат преодоляването на демографските промени. Европейската комисия публикува придружаващ Европейски демографски доклад, в който се посочват основните факти и цифри относно демографската промяна и се обсъждат подходящи политически реакции [31].

Ангажиментът на ЕС към програмата в областта на активния живот на възрастните хора е основан на основните ценности, определени в договорите. Договорът от Лисабон от 2009г. потвърждава, че „Съюзът се основава на ценностите на зачитане на човешкото достойнство, на свободата, демокрацията, равенството, правовата държава, както и зачитането на правата на човека ... Той се бори срещу социалното изключване и дискриминациите и насърчава социалната справедливост и закрила, равенството между жените и мъжете, солидарността между поколенията“ [19]. Най-силният и най-ясният израз на тези ценности е Хартата на основните права, която е правнообвързваща за действията на всеки орган на ЕС, а също така и за държавите-членки, когато прилагат правото на ЕС [87]. Хартата съдържа допълнителни права, свързани с целите на активния живот на възрастните хора в области като равенство между половете, социална сигурност, здравеопазване и образование. (Консолидирана версия на Договора за Европейския съюз, член 2. и член 3) [18]. ЕС е подписал Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания, която се основава на принципи като самостоятелност, недискриминация, пълноценно и ефективно участие в обществото, равни възможности и достъпност [54]. Това са въпроси, свързани с активния живот на възрастните хора, които са от значение за много хора, които имат някакво увреждане. На 7 септември 2010 г. Съветът на Европейския съюз и Европейският парламент решават, в съответствие с член 304 от Договора за функционирането на Европейския съюз, да се консултират с

Европейския икономически и социален комитет относно „Предложение за решение на Европейския парламент и на Съвета относно Европейската година на активния живот на възрастните хора (2012 г.) [40].

Целта и смисълът на тази година е: възрастните хора трябва да могат да бъдат активни, но също така в добро здраве, достойни и жизнерадостни [40].

Обявяването на 2012 година за Европейска година на активния живот на възрастните хора е знак за силна политическа ангажираност към насърчаване на социалното включване и правата на възрастните хора в Европа.

Европейската година 2012 обхваща три измерения на активния живот на възрастните хора:

- **Активен и по-продължителен трудов живот на възрастните хора, включително:**

Насърчаването на възрастните работещи да останат на работа изисква подобряване на условията на труд и адаптирането им към здравния статус и потребностите на възрастните работещи, усъвършенстване на уменията им чрез осигуряване на по-добър достъп до обучение през целия живот и преразглеждане на данъчните системите и ползи с цел обезпечаване наличието на ефективни стимули да се работи по-дълго [40].

- **Участие на възрастните хора в социални дейности, като:**

Подобряване на възможностите и условията за възрастните хора да дадат своя принос към обществото под формата на доброволчески дейности или като семейни помощници и включването им в живота на обществото [40].

- **Създаване на условия за независим живот чрез:**

Промотиране на здравословен начин на живот, профилактика на социално-значимите заболявания и създаване на по-благоприятна среда за живот на възрастните (обществени сгради, инфраструктура, транспорт,

жилищни сгради), която им позволява да останат възможно най-дълго независими [40].

Европейската година на активния живот на възрастните хора (2012 г.) си поставя за цел повишаване на качеството на живот и благосъстоянието на европейците и особено на възрастните хора, както и насърчаване на солидарността между поколенията. Високото качество на трудовия живот е важна предпоставка за реализиране на концепцията за активен живот на възрастните хора. Поради това здравословните и безопасни условия на труд имат ключово значение за осигуряването на активен живот на възрастните хора посредством по-качествен и продължителен трудов живот. По отношение на безопасността на труда и здравеопазването е необходимо адаптиране на условията на труд към потребностите на възрастните хора, за да се гарантира тяхното задържане на пазара на труда [17, 53].

През 2013/2014 г. Европейската комисия инициира публична консултация относно оценка на стратегиите за здравословни и безопасни условия на труд за периода 2007 – 2012 г., както и за бъдещите приоритети в тази сфера.

В Европейската година на активния живот на възрастните хора и солидарността между поколенията – 2012 са реализирани множество дейности и инициативи за популяризиране на идеите и целите на Годината – както на ниво Европейски съюз, така и на национално ниво.

Чрез приетата Демографска стратегия (2012 г), България поема международен ангажимент за посрещане на демографските предизвикателства, свързани със застаряването на населението. В нея са очертани демографските предизвикателства в България [61]:

- 1.Намаляване на населението.
- 2.Застаряване на населението.
- 3.Намаляване на работната сила.

4. Застаряване на работната сила.
5. Влошен здравен статус на населението.
6. Влошен здравен статус на работната сила.

В сравнение с развитите европейски странив България се наблюдава застой в продължителността на живота.

Препоръчани са мерки за посрещане на демографските предизвикателства [61]:

1. Създаване на условия за остаряване в добро здраве. Разработване и изпълнение на Национална концепция за активен живот на възрастните хора.

2. Създаване на условия за продължителна трудова и социална активност в добро здраве на гражданите.

3. Предприемане на мерки за удължаване на средната продължителност на живота в добро здраве с 2 години до 2020 г.

4. Подобряване ефективността на здравната система.

5. Подобряване на качеството на здравното обслужване.

6. Въвеждане на иновативни подходи и мерки в секторите на здравните и социалните услуги.

7. Подобряване на условията за безопасност и работа, съобразени с възможностите на възрастните хора.

8. Създаване на условия за равен достъп до висококачествени здравни услуги, включително превенция, лечение, рехабилитация и палиативни грижи.

9. Инвестиране в качествени здравни услуги и здравни технологии за ранна диагностика и лечение на заболяванията.

10. Възпитаване на здравословен начин на живот и профилактика на заболяванията сред населението.

11. Инвестиране във високи технологии в сектора на здравеопазването.

На 20 юни 2012 г. българското правителство приема Национална концепция за насърчаване на активния живот на възрастните хора (2012-2030 г.) [59, 60].

Няколко са групите оперативни цели и задачи на Националната концепция:

1. Удължаване на активния трудов живот на възрастните хора;
2. Финансова стабилност на пенсионната система и ограничаване на бедността сред пенсионерите;
3. Подобряване на достъпа до здравни услуги и удължаване на живота в добро здраве на възрастните хора;
4. Учене през целия живот;
5. Развитие и модернизиране на дългосрочните грижи и осигуряване на условия за достъп до социални услуги;
6. Развитие на т.нар. „Сребърна“ икономика и на доброволчеството.

Актуализираната Национална стратегия за активен живот на възрастните хора в България (2019 – 2030 г.) е насочена към създаване на условия за активен и достоен живот на възрастните хора чрез осигуряване на равни възможности за пълноценното им участие в икономическия и социален живот на обществото [59].

Чрез подготовката на Стратегията българското правителство реагира своевременно на възникналата необходимост да се разшири обхвата на ключови сфери от досегашната политика, като се обърне специално внимание на участието в обществения живот и независимия живот на възрастните хора. Тези ключови сфери са послужили като отправна точка при разработването на мерки в Националната стратегия за активен живот на възрастните хора в България (2019 - 2030 г.), която съдържа четири приоритета [59]:

- **Приоритет 1:** Насърчаване на активния живот на възрастните хора в сферата на заетостта;

- **Приоритет 2:** Насърчаване на активния живот на възрастните хора в сферата на участието в обществото;
- **Приоритет 3:** Насърчаване на активния живот на възрастните хора в сферата на самостоятелния живот;
- **Приоритет 4:** Създаване на капацитет и благоприятна среда за активен живот на възрастните хора на национално и на регионално ниво.

Към всеки от приоритетите са разписани конкретни мерки, които ще бъдат проследявани чрез двугодишни планове и двугодишни отчети за изпълнение на Стратегията. Първият План обхваща периода 2019 – 2020 г., като представя оперативна рамка за предприемане на комплексни действия и мерки в отговор на предизвикателствата, породени от застаряването на населението [59].

Като нов акцент в Националната стратегия за активен живот на възрастните хора в България (2019 – 2030 г.) може да бъде открит Индекса на активния живот на възрастните хора. Индексът ще бъде основен инструмент за отчитане и оценка на заложените мерки от Стратегията. Чрез Индекса се измерва неизползвания потенциал на възрастните хора за активно и здравословно стареене. Индексът е изграден от 22 отделни индикатора, които са групирани в четири области. Всяка област отразява различен аспект на активния живот на възрастните хора: заетост, участие в обществото, независим и сигурен живот в добро здраве, създаване на капацитет и благоприятна среда за активен живот на възрастните хора [59].

Тематичните области от Европейските „Ръководни принципи за активен живот на възрастните хора и солидарност между поколенията“ кореспондират с тематичните области на Индекса на активния живот на възрастните хора [41].

България е една от малкото държави в Европейския съюз, която има разработена дългосрочна демографска стратегия [61].

Акцентът и в двата документа е не само върху демографския баланс на населението (раждаемост, смъртност, миграции), а върху политиките и мерките за развитие на качеството на човешките ресурси в посока на подобряване на здравния, образователния и общия социален статус на хората, както и на подобряването на условията и качеството на техния живот [59, 61].

Министерството на труда и социалната политика реализира през 2012-2013г. Проект „Иновативен подход за насърчаване на здравословен, активен и достоен живот на възрастните хора”, по Грантово споразумение с ЕК с референтен № VS/2011/0491, финансиран по програма ПРОГРЕС на Европейския съюз [64].

В периода септември 2013 г. – декември 2014 г. Български Червен кръст реализира проект на тема „Активни възрастни граждани за Европа“ [25].

Застаряването на българското население е сериозно предизвикателство към системата за социална сигурност. Националните политики трябва да насърчават активното участие на възрастните хора в икономическия и обществения живот. Важни въпроси като социалната защита и превенцията на бедността трябва да бъдат компоненти на съвременната социална политика за възрастните хора [140].

5. Резултати от Европейската година 2012 и последващи действия.

ЕГ 2012 е съдействала успешно за осъществяване на позитивни промени в нагласите към възрастните хора и към техния принос за икономиката и обществото.

По отношение на последващите действия, които следва да се предприемат след ЕГ 2012, като отправна рамка са посочени: приетата на 6 декември 2012 г. Декларация на Съвета на ЕС относно Европейската

година 2012, както и Ръководните принципи за насърчаване на активния живот на възрастните хора и солидарността между поколенията [41, 132].

Един от важните изводи от проведената Европейска година 2012 е необходимостта от предприемане на интегрирани действия, които включват участие на институции на национално и местно ниво.

Важен резултат на инициативата е разработеният Индекс за активен живот на възрастните хора - в сътрудничество между Европейската комисия, Икономическата комисия на ООН за Европа и Европейския център за социална политика във Виена [90].

Европейската комисия планира сътрудничество със Световната здравна организация за изпълнение на съвместен проект за създаване на Европейска мрежа на градовете, насърчаващи активния живот на възрастните хора [147].

Подходът за активен живот на възрастните хора, насърчаван в рамките на Европейската година на активния живот на възрастните хора и солидарността между поколенията, допринася за увеличаване на заетостта и намаляване на бедността и социалната изолация, като по този начин спомага за постигането на целите на стратегията „Европа 2020“ [22, 80].

На 29 февруари 2012 г. Европейската комисия предлага решителни действия за посрещане на три от главните предизвикателства, пред които се изправя обществото ни в области от съществено значение за растежа и заетостта: снабдяването със суровини, устойчивото селско стопанство, както и активния живот на възрастните хора и остаряването в добро здраве. И трите области изискват координирани иновационни усилия в обществения и частния сектор, за да се подобри качеството на живот. С тази цел Комисията одобрява четиригодишен план за действие на партньорството за активен живот на възрастните хора и остаряване в добро здраве [24, 33].

Европейското партньорство за иновации в областта на активния живот и остаряването в добро здраве отново акцентира, че застаряването на населението е едно от най-сериозните предизвикателства пред Европа [33]. Броят на европейските граждани на възраст 65 и повече години ще се удвои през следващите 50 години и от 87 милиона през 2010 г. ще достигне 148 милиона през 2060 г. [31]. Макар това да представлява особено предизвикателство пред европейските системи за социални грижи, то също така е възможност за преустройство на тези системи в интерес на пациентите, здравеопазването и иновативната промишленост.

Доброто здраве е предпоставка за гарантиране на продуктивен, икономически обезпечен и здравословен по-дълъг живот [41].

По-дългият живот носи възможности не само за възрастните хора и техните семейства, но и за обществата като цяло. Допълнителните години дават възможност възрастните хора да се занимават с нови дейности като по-нататъшно образование, нова кариера или друго развитие. Възрастните хора също допринасят по много начини за своите семейства и общности. Степента на тези възможности и принос зависи в голяма степен от един фактор: здравето [41].

Осигуряването на добро здраве е важен фактор за успешната бъдеща трудова заетост и професионална реализация, както и за дългосрочния потенциал за развитие на отделния човек, организация или държава в глобалната икономика. От края на 80-те години по методика на ООН здравето е включено като един от фундаменталните измерители на индекса на човешкото развитие. Също така здравето се приема като един от най-съществените показатели за качеството на живота [43].

Необходим е качествено нов подход към финансирането на здравеопазването, основан на разбирането, че здравните разходи са инвестиция, която се възвръща чрез *„добавени години живот в добро*

здраве“ за пациентите и чрез преки икономически резултати, водещи до подобряване на благосъстоянието на цялото население [105].

В отговор на тези нови аргументи за икономическата значимост на инвестициите в здравеопазването Стратегията „Здраве 2020“ на Европейския регионален комитет на СЗО акцентира върху насърчаване и инвестирането в здравето на хората през целия им живот и реализиране на основни демократични ценности – солидарност, устойчивост и равнопоставеност [22].

Здравословното състояние на населението зависи от множество фактори, чието различно действие може да доведе до ограничаването или възпроизвеждането на различни видове неравенства: условия на живот, типове здравно поведение, психо-социални фактори, професия, възможности за достъп до здравни грижи и услуги и др. [129].

Системата на здравеопазването играе ключова роля при осигуряването на добро общо здравословно състояние на населението. Наличието на инфраструктура, оборудване и достатъчен брой медицински персонал и достъпът до качествено здравеопазване за всички граждани, независимо от дохода, социалния статус, местонахождението и националността им, е от съществено значение за преодоляване на съществуващото значително неравенство по отношение на здравето [129].

На 22 юни 2016г. в София се организира кръгла маса от Световната банка съвместно с Балканския институт по труда и социалната политика и в партньорство с Министерство на труда и социалната политика, на която са дискутирани въпроси относно това как остарява България и може ли страната ни да се възползва от уменията и знанията на възрастните хора и какво означава терминът активно стареене?

Виктория Левин, старши икономист в Световната банка представя на дискусиата част от изводите на доклад посветен на активното стареене в Централна Европа и Балтийските държави и пояснява, че активно стареене

означава по-здрави, по-производителни възрастни, с достойни доходи и добро качество на живот. Според нея България може да се справи успешно с демографското предизвикателство на стареенето ако приложи политики, свързани с активното стареене [56].

България се очертава като страната с най-стръмен спад сред населението в трудоспособна възраст и застаряващото население. Това потенциално налага тежко бреме върху икономиката. На застаряването е необходимо да се отговори чрез:

1. Увеличаване на продължителността на здравословния живот и намаляване на неравенството в здравословното състояние.

2. Увеличаване на участието на работната сила на всички възрасти.

3. Реорганизация на социалните услуги според промените в демографията.

4. Инвестиране в уменията от ранна възраст и адаптиране към по-възрастната работна сила.

5. Ранно насочване към хората, които ще бъдат уязвими от бедността, когато остаряят [56].

СЗО преименува стратегията си по отношение на старите хора от „Здраве за старите хора“ на „Стареене в здраве“. Това е съществена преориентация, в която новото наименование очертава развитие и перспектива. Всички хора стареят и най-добрият начин за осигуряване на добро здраве на бъдещата кохорта от стари хора е чрез профилактика на заболяванията и промоция на здравето през целия живот. Процесът на здравословно стареене означава здраве през целия живот - от млада до стара възраст, т.е. през цялата траектория на жизнения път човек да води здравословен начин на живот чрез:

- Профилактика на ХНЗ (социално-значими заболявания);
- Подобряване на здравето чрез промоция на здравето;
- Здраве и безопасност на работното място;

- Профилактика на рисковите фактори за социално-значими заболявания (хиподинамия, нерационално и нездравословно хранене, тютюнопушене, психо-емоционално напрежение и стрес) [85].

Целта е подкрепа на остаряването в добро здраве на всички посредством качествено здравеопазване и чрез мерки за превенция, позволяващи на възрастните хора да останат независими възможно най-дълго време [80].

Здравните системи трябва да бъдат преориентирани към нуждите на по-възрастните хора. Те трябва да бъдат трансформирани, така че да могат да осигурят лесен достъп до медицински интервенции, основани на научни факти, които отговарят на нуждите на възрастните хора и могат да помогнат за предотвратяване на зависимостта от грижи по-късно в живота [80]. Необходимо е въвеждане на универсално здравно покритие (УНС), което според СЗО гарантира, че всички хора и общности получават качествените услуги, от които се нуждаят, и са защитени от заплахи за здравето, без финансови затруднения [148].

Цел 3 за устойчиво развитие - *„осигуряване на здравословен живот и насърчаване на благосъстоянието за всички на всички възрасти“* - не може да бъде постигната, без да се трансформират здравните и социалните системи от фокус само върху болестта към предоставянето на интегрирана и ориентирана към личността грижа, която има най-голямо влияние върху функционалните способности в по-напреднала възраст. Здравните услуги трябва да включват интервенции, които са ключови за поддържане на вътрешния капацитет и функционалните способности на възрастните хора. Необходимо е подобряване на знанията и компетентностите на здравните работници по отношение на здравословното стареене [22].

Остаряването в добро здраве включва всички равнища и сектори на управление. Примери за междусекторни действия включват създаването на политики и програми, които разширяват възможностите за жилищно

настаняване; сградите и транспорта; насърчаване на многообразието на възрастните хора в работната среда; подкрепа на възрастните хора в бедност чрез схеми за социална закрила [105].

Превъзможването на неравенствата по отношение на здравето е политически приоритет на ниво ЕС, тъй като здравните неравенства произтичат предимно от социални неравенства [131].

В България правно и организационно не са регламентирани предоставяне на здравни услуги насочени към възрастовата група над 60 години. Предоставят се медицински услуги за лечение на остри или изострени хронични заболявания в заведения за болнична помощ, профилактични прегледи и диспансеризация (предполага се, че повечето са възрастни хора) в извънболничната помощ наравно със всички здравноосигурени лица над 18 години. Съгласно НРД всички здравноосигурени граждани над 18-годишна възраст – независимо дали са диспансеризирани или не, имат право на един задължителен профилактичен преглед през съответната календарна година, който включва определени изследвания. При лицата над 65-годишна възраст – мъже и жени, допълнително се назначава и изследване на ПМК (ежегодно), холестерол и триглицериди (един път на 5 години). Единствената услуга в НРД дентални дейности, насочена към определена възрастова група от 65 до 69 години, вкл. е правото общо на пет дентални дейности за година. В НРД 2020-2022 г. за медицински дейности като обеми дейности по клинични пътеки в болничната помощ са предвидени:

- Продължително лечение и ранна рехабилитация след острия стадий на исхемичен и хеморагичен мозъчен инсулт с остатъчни проблеми за здравето 15 774 случая;
- Продължително лечение и ранна рехабилитация след инфаркт на миокарда и след сърдечни интервенции 1 636 случая;

- Продължително лечение и ранна рехабилитация след оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност с остатъчни проблеми за здравето 20 874 случая.

На общопрактикуващите лекари вменените задължения за диспансеризация на хронично болни и хора с увреждания са:

- Дейност по диспансерно наблюдение и профилактични прегледи 4 651 460 случая.

Според доклад на НЦОЗА ЗА 2020 г. отчетените и заплатени през 2020 г. дейности, услуги и стоки от основния пакет на НЗОК, осигурени на правоимащите по ЗЗО лица (ЗОЛ) са както следва [74]:

- първично медицинско обслужване на 5 868,1 хил. ЗОЛ, регистрирани при изпълнители на първична медицинска помощ, или с 0,9% по-малък средногодишен брой ЗОЛ спрямо 2019 г.

- Запазва се демографската тенденция на застаряване на ЗОЛ – през 2020 г. 25,4% от регистрираните ЗОЛ са във възрастова група над 65 години, спрямо 25% през 2019 г., което обуславя и тенденцията за ръст на здравноосигурителните плащания на едно ЗОЛ.

- 5 258,7 хил. дейности на изпълнители на дентална помощ или с 15,4% по-малко спрямо 2019 г.;

- През 2020 г. заплатената от НЗОК дейност на изпълнителите на ПИМП по направления се характеризира с: Общо намаление на регистрираните ЗОЛ – отчетен средномесечен брой от 5 868,1 хил. ЗОЛ, което е с 54,3 хил. лица или с 0,9% по-малко от 2019 г.

- Само във възрастова група 65 и повече години се отчита увеличение с 9,4 хил. лица или с 0,6%. Продължава тенденцията на застаряване на ЗОЛ – делът на ЗОЛ на и над 65-годишна възраст нараства от 25% през 2019 г. на 25,4% през 2020 г.

- Общо намаление на отчетената профилактична и диспансерна дейност в следствие на ограниченията, въведени по времето на извънредната

епидемична обстановка. Единствената категория дейности в ПИМП, за които през 2020 г. се отчита ръст в отчетените обеми са прегледите по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с повече от две заболявания – отчетени 958,5 хил. прегледа, което е с 14,9 хил. прегледа или с 1,6% повече от отчетените през 2019 г. прегледи от тази група.

Профилактика на ЗОЛ над 18 години, осъществявана от ОПЛ:

- През 2020 г. отчетените профилактични прегледи на ЗОЛ над 18-годишна възраст са 2 050 839 броя, а през 2019 г. те са 2 403 617 броя. Средният брой на отчетените профилактични прегледи през 2020 г., при лицата над 18 години е 0,34 прегледа на едно ЗОЛ, при предвиден един преглед годишно. За същия период на 2019 г. стойността на показателя е била 0,40 прегледа на едно ЗОЛ.

- Диспансерно наблюдение на ЗОЛ, осъществявано от ОПЛ: Средният брой на отчетените диспансерни прегледи на едно диспансеризирано ЗОЛ при ОПЛ през 2020 г. е 2,49 прегледа, а през 2019 г. е бил – 2,74 прегледа.

От отчетите на НЦОЗА и НЗОК липсват конкретни данни отнасящи се до реализираните медицински услуги на възрастни хора над 65 години.

Данните от Европейското здравно интервю, проведено от НСИ 2008 г. показват, че от общият брой на преминалите болнично лечение с престой едно или повече денонощия, 8.2% са били на възраст 15-24 години, 25.8% на възраст 25-44 години, 30.9% са от възрастовата група 45 до 64 години и 35.0% са тези над 65 години [75].

В България възрастните и старите хора разчитат за своето лечение и грижи на болниците и на общопрактикуващите лекари. Липсват отговарящи на специфичните потребности на възрастните хора и хората с увреждания комплексни (здравни и социални) услуги в домашна среда, както и на финансиране на дейностите по долекуване и продължително лечение.

Към 2012 г по данни на НЦОЗА има само пет Специализирани болници за долекуване и продължително лечение и осемнадесет Специализирани болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация. През 2020 г. Специализирани болници за долекуване и продължително лечение липсват, а Специализираните болници за долекуване, продължително лечение и рехабилитация са вече само десет [74]. Освен, че липсват специализирани структури, липсва и финансиране за оказване приоритетно спешна медицинска помощ, рехабилитация, превенция и профилактика на възрастните и стари хора.

Основен приоритет в Плана за изпълнение на Националната стратегия за дългосрочна грижа в периода 2022-2027 г. е и повишаването на ефективността на системата за дългосрочна грижа в отговор на нуждите на хората. Това изисква промяна и прилагане на законодателство, регулиращо прилагането на интегрирани здравно-социални услуги, което досега по отношение на здравето не е извършено. Необходимо е създаване на правни и организационни условия за практическо прилагане на политиките за остаряване в здраве и активен живот на възрастните хора в България.

В България социалните услуги са регламентирани от ЗСУ и поднормативни документи на МТСП [66], но предлагането на здравни услуги (диагностични, лечебни, рехабилитационни, медицински грижи) на възрастни и стари хора не са ясно формулирани.

6. Качество на живот

Качеството на живот като интегрален показател, съдържа обективни и субективни критерии, дава преценка за благополучието на индивида и обществото, както и за повлияващите го фактори [5].

Качеството на живота се отнася до общото благосъстояние на индивидите и обществата. Това е степента на благополучие и лична удовлетвореност, изпитвано от даден човек или група от хора. В това понятие се влага неизмеримата по икономически показатели субективна и динамично променлива оценка за личното благосъстояние, формирана по много и разнообразни критерии от физическо, психологическо и социално естество [5].

- Физическото благосъстояние най-общо включва доброто здравословно състояние, физическия комфорт, режима на хранене и физическа активност, предпазването от болки и заболявания, както и способността за самостоятелно извършване на дейности, свързани с личните потребности на индивида.

- Психологическите аспекти на качеството на живота са свързани с психичното здраве, различните състояния на стрес, тревогите и удоволствията в ежедневието, различните положителни и отрицателни емоционални състояния, самооценката.

- Социалното благосъстояние е най-разнообразно и трудно измеримо, тъй като включва активността в интимния живот и семейството, приятелските отношения, професионалната реализация, развлеченията в свободното време, социалната среда и живот, придобитото образование и култура, околната среда и други.

Детерминантите, определящи качеството на живот в старостта са установени и преди всичко свързани с промяна в стандарта на живот, промяна на социалната значимост на личността, промяна в ценностите, липса или ограничаване на социалните контакти [52].

Качеството на живот в контекста на здравеопазването е оценка на благосъстоянието на даден пациент или липсата му, което се повлиява във времето от определено заболяване, инвалидност или нарушение на

определени физически способности. Качеството на живота включва всички емоционални, социални и физически аспекти от живота на личността [5].

Аспектите на качеството на живот са:

1. Физическоздраве.
2. Психическо здраве.
3. Интеграция.
4. Участие в общности, семейства, в обществото като цяло.
5. Осъзнат контрол.
6. Личностно развитие. Повишен оптимизъм, мотивация, енергия за правене на нещата.
7. Лично удовлетворение [5].

Съществуват редица концепции за качеството на живот [5].

- Качеството на живот има връзка с теориите за щастието.
- Качеството на живот като интегрален показател, съдържа обективни и субективни критерии, дава преценка за благополучието на индивида и обществото, както и за повлияващите го фактори.

Има няколко вида инструментариуми за измерване на качеството на живот, свързано със здравето [130]:

- Профилите дават отделни стойности за различните аспекти на субективното здраве.
- Индексите - всички отговори се обединяват, за да се получи един краен резултат (overall score).
- Видове въпросници за оценка на КЖЗ: генерични и специфични за дадено заболяване (disease-specific).
- Оригиналната Таблица за оценка на уврежданията WHO / DAS - публикуван от СЗО през 1988 г. - е инструмент, разработен за оценка на функционирането, главно при психиатрични пациенти.

- WHODAS 2.0 е инструмент, който е разработен специално, за да отрази ICF (Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето [130].

СЗО е разработила ICF както като здравна класификация, така и като модел на цялостното преживяване на увреждането [107].

Структурно ICF се основава на три нива на функциониране, с паралелни нива на увреждане, както е показано в Таблица 2.

Таблица 2. Нива на функциониране и увреждане, използвани в Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето (ICF).

Ниво на функциониране	Паралелно ниво на увреждане
Функции и структури на тялото	Нарушения
Дейности	Ограничения на дейността
Участие	Ограничения за участие

- СЗО също е разработила инструмент за качество на живота (WHOQOL1), който оценява субективното благосъстояние в различни области на живота. WHODAS 2.0 измерва функционирането (т.е. обективно представяне в дадена житейска област), докато WHOQOL измерва субективното благополучие (т.е. чувство на удовлетворение от представянето на човек в даден жизнен домейн) [142].

Измерване на качеството на живота:

Ранните разбирания за качество на живота в контекста на здравеопазването са свързани с просто оценяване на физическите способности на пациента от страна на външен наблюдател (например, дали пациентът може сам да става от леглото, да се храни и да обслужва хигиенните си нужди без помощ от други лица), както и отделни измервания (например, ъглометрия).

Съвременните разбирания за качество на живота в контекста на здравеопазването отчита, че пациентите възприемат актуалното си

здравословно състояние в светлината на личните си очаквания. Качеството на живота днес обикновено се оценява, използвайки пациентски въпросници, които оценяват от различни страни физическите, социалните, когнитивните, свързаните с работата и ролята в живота аспекти, както и широк кръг симптоми, свързани със заболяването, страничните ефекти от терапията и дори финансовото изражение на медицинското състояние. Въпреки, че понякога се ползват взаимозаменяемо, измерването на здравния статус на пациента и измерването на качеството на живота му са различни понятия [142].

Според ОИСР измерването на субективното качество на живот включва субективни състояния, като моментното емоционално състояние, чувството за пълноценност и цел в живота, и самооценката [130].

Тъй като здравословните проблеми могат да окажат влияние на най-основните аспекти от ежедневието (например: дишане без затруднение, качество на съня, изхвърляне на физиологичните отпадъци, самостоятелно хранене, обличане и други), е въведено понятието дейности от ежедневието живот (на английски: activities of daily living, ADLs), както и понятието инструментални дейности от ежедневието живот (на английски: instrumental activities of daily living, IADLs), с което се означават дейности, които не са необходими за фундаменталното функциониране, но позволяват на лицето да функционира в рамките на една група от хора. Инструменталните дейности от ежедневието живот включват: домакинска работа, приготвяне на храна, вземане на медикаменти по схема, управление на парите, пазаруване, работа с телефон и използване на технологии. Така анализирани и класифицирани дейностите помагат поне частично да се обективизира качеството на живот [130].

Индикаторите за качество на живота са описани в онлайн публикация на Евростат, предоставяща последните статистически данни за качеството на живот в Европейския съюз [117].

Изданието представя подробен анализ на 8 + 1 измерения, които могат да бъдат измервани статистически, за да представят различните допълващи се аспекти на качеството на живот, допълвайки показателя, който традиционно се използва като мярка за икономическо и социално развитие, брутен вътрешен продукт. Осем от тези измерения се отнасят до функционалните възможности за самоопределяне на своето благосъстояние, в съответствие с техните собствени ценности и приоритети.

Последното измерение се отнася до личното постижение на удовлетвореността от живота и благополучието. За всяко измерение на качеството на живот се представя и анализира набор от избрани съответни статистически показатели [117].

Качеството на живот е широко понятие, което обхваща както обективни фактори (например материални ресурси, здраве, трудов статус, условия на живот и много други), така и субективното възприятие, което човек има от тях. Последното зависи значително от приоритетите и потребностите на гражданите.

Съвкупностите от националните сметки се превърнаха във важен показател за икономическите резултати и жизнения стандарт на нашите общества. Брутният вътрешен продукт (БВП) е най-разпространената мярка за икономическата активност на даден регион или държава в даден момент. Той включва всички крайни стоки и услуги, които една икономика произвежда и предоставя кратка снимка на нейните резултати. Въпреки че той не е замислен като индикатор за социален прогрес, той се смята за тясно свързан с благополучието на гражданите. БВП не е достатъчен за тази цел и следователно трябва да бъде допълнен от други показатели [117].

Дискусиите за това как да се измери по-добре напредъкът на обществата и тяхното благополучие и как да се поддържа качеството на

живот в бъдеще, довеждат до няколко важни инициативи, включително доклада на Комисията на Stiglitz / Sen / Fitoussi (SSF) (2009) и Съобщение на Европейската комисия „БВП и след това“ (2009 г.). Европейската статистическа система бързо реагира на доклада, като създава Спонсорската група за измерване на напредъка, благосъстоянието и устойчивото развитие, която е посветена на разработването на конкретни набори показатели, отговарящи на предизвикателствата, описани в съобщението „БВП и отвъд“ и доклада на SSF. Той представя окончателния си доклад през ноември 2011 г. Докладът подчертава необходимостта Европейската статистическа система да използва многоизмерен подход при определяне и опит за измерване на качеството на живот. Създадена е експертна група, координирана от Евростат с мандат да разработи таблица за показатели за качество на живота. Окончателният доклад е представен на експертната група за показателите за качество на живота през 2017 г. [117].

Въз основа на академични изследвания и няколко инициативи, следните 8 + 1 измерения / области са определени като обща рамка за измерване на благосъстоянието и качеството на живот:

- Материални условия на живот (доходи, потребление и материални условия);
- Продуктивна или основна дейност;
- Здраве;
- Образование;
- Свободно време и социални взаимодействия;
- Икономическа сигурност и физическа безопасност;
- Управление и основни права;
- Естествена и жизнена среда;
- Цялостно преживяване на живота [117].

Един от тези показатели е здравето. Здравето е съществена част от качеството на живот на гражданите и може да се разглежда като форма на човешки капитал. Физическите и / или психичните проблеми също имат негативен ефект върху субективното благосъстояние [117].

Влошеното здраве не само подкопава качеството на живот на индивида (и семейството му), но може да съкрати продължителността на живота им. На колективно ниво, лошото здраве пречи на икономическото и социалното развитие чрез намаляване на човешкия капитал, наличен в обществото. По този начин дългият и здравословен живот може да бъде не само лична цел, но и фактор за качествен живот на човека и индикация за обществено благополучие и успех. Здравето е многостранно понятие и няма нито един индикатор, който да оцени адекватно неговото въздействие по отношение на качеството на живот. Данните за здравословно и нездравословно поведение се събират от Европейската система за интервю за здраве (EHIS), която се провежда на всеки пет години. Последните налични данни за този доклад са от 2014 г. [75].

Здравето не е само основен фактор както за продължителността, така и за качеството на живота на хората. То също играе важна роля за определяне на другите функционални възможности на индивида, които от своя страна оказват влияние върху цялостното им качество на живот [43].

През 2016 година е проведено Европейско проучване за качеството на живот [111].

Европейското проучване на качеството на живот (EQLS) е създаден инструмент за наблюдение и анализ на качеството на живот в ЕС. Проведено през 2003, 2007, 2011 и 2016 г., EQLS документира условията на живот и социалното положение на европейските граждани. Включва субективни и обективни измерения: отчетени нагласи и предпочитания, както и ресурси и опит. „Качеството на живот“ е широка концепция и

обхваща и индивидуалното благополучие, качеството на публичните услуги и качеството на обществото [109, 110, 111].

Докладът на Eurofound (2017) обхваща 28-те държави-членки на ЕС. EQLS 2016 използва данни и информация от предишни кръгове на проучването, както и други изследвания за оценка на тенденциите в европейското общество. Десет години след световната икономическа криза, докладът прави преглед на социалния напредък и има за цел да идентифицира оставащите или възникващи предизвикателства [111].

Докладът предоставя преглед на множество измерения: той изследва субективното благосъстояние, жизнения стандарт и аспектите на лишенията, отговорностите за грижи и баланса между професионалния и личния живот, здравеопазване, дългосрочни грижи, грижи за деца и други обществени услуги, социална несигурност, социално изключване и обществено напрежение, доверие и участие и ангажираност на общността и участие в обучение или учене през целия живот [111].

Според Eurofound „качеството на живот“ е по-широко понятие от „условията на живот“ и се отнася до общото благополучие на хората в едно общество [111].

Направени са следните констатации и насоки за политиката свързани с качеството на живот на възрастните хора:

1. Необходимо е да се отговори на нарастващата нужда от дългосрочни грижи, както и да се подпомогне поддържането и увеличаването на общата заетост [111].

2. При възрастните хора в редица страни се отчита по-ниска удовлетвореност от жизнения стандарт и по-големи финансови затруднения, особено в Източна Европа [111].

3. Като цяло се наблюдава напредък в качеството на живот в ЕС от 2011 г. до 2016 г. Наблюдава се намаляване на материалните затруднения и

повишаване на удовлетвореността от жизнения стандарт в сравнение с 2011 г. [111].

4. Продължават големите различия между държавните по отношение на качеството на живот[111].

5. През последното десетилетие удовлетвореността от жизнения стандарт в ЕС се е запазила на приблизително високо ниво: средно 7,1 пункта по скала от 1–10 през 2016г. Тя се е увеличила между 2011 г. и 2016 г. в някои от държавите членки, особено в Унгария, Естония и Обединеното кралство, като удовлетвореността от жизнения стандарт най-много се е повишила в Унгария, България, Естония и Полша. През този период в Гърция, Италия и Испания намалява удовлетвореността от жизнения стандарт[111].

6. Оценките за качеството на обществените услуги като цяло са се увеличили [111].

7. Има общо подобрене в показателите за качеството на обществото, включително намаляване на усещането за социално изключване и увеличаване на доверието в националните институции [111].

8. Усещането за напрежение между бедни и богати, ръководство и служители, както и между възрастни и млади е намаляло. Съобщава се за нарастващо напрежение между различните религиозни и етнически групи и макар и в по-малка степен – напрежение между хора с различна сексуална ориентация [111].

Качеството на живот се основава на външни и вътрешни компоненти. Външните компоненти са тези, установени от общността, в която всеки живее (социални услуги, здравеопазване, транспорт, сигурност и др.). Вътрешните компоненти са тези, които произтичат от самия индивид - оптимизъм, осъзнат контрол, адаптиране и т.н. [21].

В съвременността се провеждат редица изследвания, оценяващи икономическата и социална значимост на хроничните заболявания за

обществото, особено характерни за хората в старческа възраст, но малка част от тези изследвания са свързани със здравословното стареене [43]. Три четвърти от страните в света имат ограничени или никакви данни за здравословното стареене или за по-високите възрастови групи, което допринася за невидимостта и изключването на възрастните хора [43].

Международен консорциум по метрики/измерване и доказателства за здравословно стареене към СЗО е провел Проучване в 42 държави. В 37 страни е проведено проучване за задоволяване на някои основни нужди по възраст и пол сред 127 000 лица, 57 000 мъже и 70 000 жени. Около 14% от възрастните хора в анализа са посочили, че не могат да отговорят на основните си нужди. За България в извадката са включени 1441 лица над 60 години, от които 611 мъже и 830 жени [142].

В резултатите не са включени конкретни оценки за всяка държава. Целта на това изходно проучване (2020 г.) е да идентифицира съществуващите данни, картографирани във всяка област на здравословното стареене и да определи съпоставимост в голям брой държави. Целта не е била да се сравняват настоящите нива на способности или капацитет на държавите [142].

Оценките, илюстрирани в този доклад, представляват оценки на СЗО въз основа на наличните доказателства до юли 2020 г., а не на официалните оценки на държавите-членки. В следващия доклад за напредъка (2023 г.) СЗО предвижда докладване на специфични за страната оценки [142].

Качеството на живот има множество измерения: субективното благосъстояние, стандарта на живот и аспекти на лишения, отговорности за грижи, баланс между работа и живот; здравеопазване, дългосрочни грижи, грижи за деца и други обществени услуги; социална несигурност, социално изключване и обществено напрежение, доверие и участие и ангажираност на общността [111].

ГЛАВА II. 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 на управление 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

Проведено е комплексно социално-медицинско проучване. Конкретните научни задачи, обектът, единиците и признаците на наблюдението са свързани със специфичността на разработката.

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 анкетни карти на хартиен носител. 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.

Изводка

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.

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+ - **дълголетници**.

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 р 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 III. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ СОБСТВЕНИТЕ ПРОУЧВАНИЯ

Групата на възрастните и старите хора от гледна точка на процеса на стареене, по своята същност 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 анкетираните. В този случай понятието „здраве“ се определя от способността на човека да удовлетворява своите физически и психически потребности, социално-икономически дейности и възможности, да се обслужва без помощ на друг, а не само физическо, психическо и социално благополучие.

Функционалният статус се представя от няколко основни елемента като:

- **Физическа дееспособност** на лицата за справяне с основни дейности, които са нормални за ежедневието, като хранене, къпане, обличане, използване на тоалетна, лягане и ставане от леглото, контрол над тазовите резервоари.

- **Ежедневни дейности, необходими за автономното съществуване** и адаптиране на индивида към жизнената среда, като пазаруване, ползване на обществен транспорт, приготвяне на храна, почистване на дома и др.

Справянето с тези функции поставя комплексни изисквания към физическите и психически възможности на възрастните и старите хора и отчита взаимодействието на индивида със средата.

Доброто функционално състояние на възрастните и стари хора им дава възможност да бъдат:

- **Автономни** – сами да се справят с дейности, които са нормални за човешкото съществуване и да бъдат;

- **Независими** – сами да могат да вземат решения;

Автономността и независимостта на възрастните и старите хора се ограничава и от възрастово-обусловените нарушения на сетивните органи и подвижността, които увеличават риска от падания и счупвания, емоционални нарушения, социална изолация и институционализиране.

За възрастните и стари хора е характерно намаляване и промяна на функциите от физически и психически порядък, които от своя страна са причина за различни последици.

Ако към променената функционална основа на възрастните и старите хора се добавят и въздействия на допълнителни рискови фактори като: начин на живот, заболявания, епидемии, санитарно-хигиенно състояние, икономическо състояние и др., всичко това обуславя и създаването на множество медико-социални проблеми, които се поставят за разрешаване.

От проведеното анкетно проучване данните са анализирани по 4 направления:

- 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.

Разпределение на анкетираните по пол е представено на Таблица 3 и Фигура 4.

Таблица 3. Разпределение на анкетираните по пол.

Пол	N	%
Мъже	180	39,0
Жени	282	61,0
Общо	462	100,0



Фигура 4. Разпределение на анкетираните по пол

По възрастово разпределение най-голямата група е на възраст 70-74 години - 24.2% ;

- 23,6% са между 75-79 г.;

- 22,3% са над 80 г.;

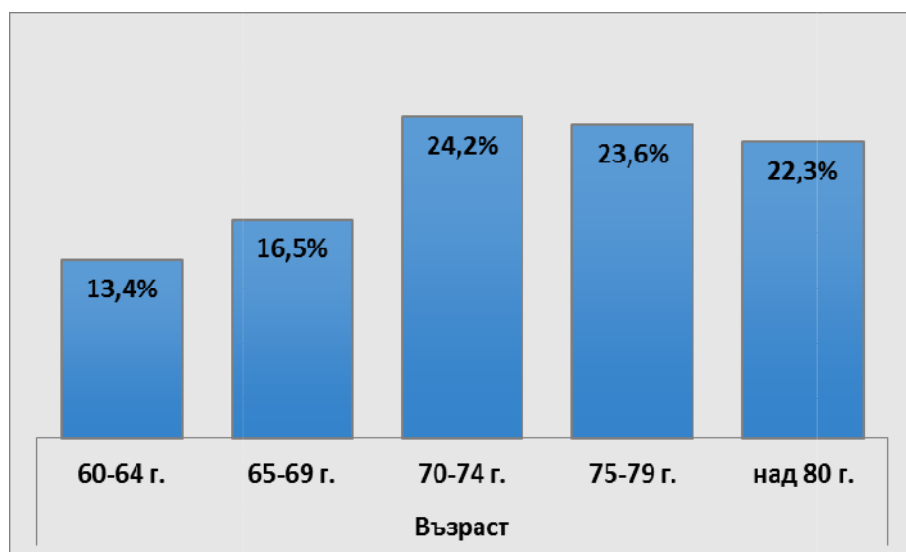
- 16,5% са на възраст 65-69 г.;

- 13,4% са в диапазона 60-64 г.

Разпределението на анкетираните по възраст е представено на Таблица 4 и Фигура 5.

Таблица 4. Разпределение на анкетираните по възрастови групи.

Възраст	N	%
60-64 г.	62	13,4
65-69 г.	76	16,5
70-74 г.	112	24,2
75-79 г.	109	23,6
80+ г.	103	22,3
Общо	462	100,0



Фигура 5. Разпределение на анкетираните по възрастови групи

Разпределението на анкетираните по пол и възрастова група не показва значима разлика [$\chi^2(4)=3.799$, $p=0.434$] и е представено на Таблица 5.

Таблица 5. Разпределение на анкетираните по пол и възрастова група

Възраст		Мъже	Жени	Общо	χ^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 на Таблица 6 и Фигура 6.

Таблица 6. Разпределение на анкетираните по наличие на хронично заболяване.

Страдате ли от хронично заболяване	N	%
Да	335	72,5
Не	127	27,5
Общо	462	100,0



Фигура 6. Разпределение на анкетираните по наличие на хронично заболяване

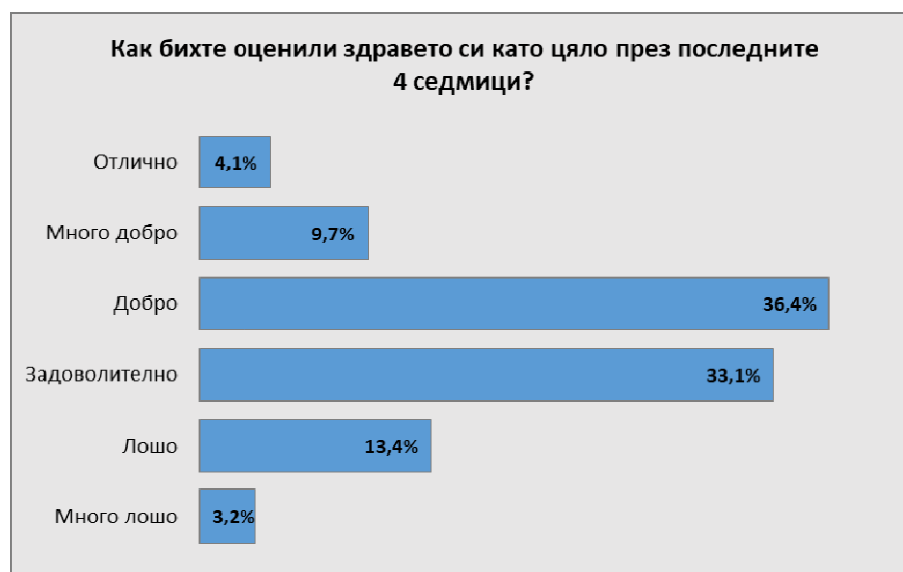
Установи се, че 65% от анкетираните над 60 години, са носители на няколко, обикновено компенсирани хронични неинфекциозни заболявания. Още от 40-45 годишна възраст постепенно се натрупват пораженията от такива дълготрайно протичащи болестни процеси като атеросклероза, хипертонична болест, белодробен емфизем, костно-ставни заболявания, увреждания на зрението и слуха и други. Много от тях могат да бъдат предотвратени, или забавени чрез здравословно поведение и от средата, която ги поддържа.

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 Таблица 7 и Фигура 7.

Таблица 7. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „Как бихте оценили здравето си като цяло през последните 4 седмици?“

Как бихте оценили здравето си като цяло през последните 4 седмици?	N	%
Много лошо	15	3,2
Лошо	62	13,4
Задоволително	153	33,1
Добро	168	36,4
Много добро	45	9,7
Отлично	19	4,1
Общо	462	100,0



Фигура 7. 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“.

Повече от половината от анкетираните (69.5%) отговарят, че здравето им е „Добро“ (36.4%) и „Задоволително“ (33.1%), за разлика от

възрастните хора в ЕС-28, където около 69% от възрастното население твърди, че здравето им е „добро“ или „много добро“ [75].

С повишаване на възрастта този дял на отговори „Добро“ и „Задоволително“ се понижава с 25% т.е. дялът на анкетираните, които възприемат собственото си здраве като „Добро“ или „Задоволително“, спада с възрастта. Подобна констатация се съобщава в други публикации и се обяснява със здравословната траектория на хората [134]. Повече години на добро здраве означават по-добро качество на живот, повече независимост и възможност възрастните хора да останат активни.

Физическото здраве е основен фактор за качеството на живот, но то зависи не само от генетичната предиспозиция, а и от много фактори на обикалящата среда, от поведението и начина на живот през целия жизнен път [75].

Най-важният предиктор (прогностичен параметър) за удовлетвореността от живота, респективно качеството на живот е самоусещането за лошо здраве [111].

Качеството на живот е „тест“, показващ как отделният човек оценява функционалния си статус и здравето си като цяло (благополучие във физическо, психично и социално измерения) [111].

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 [$\chi^2(5)=51,722$, $p=0.001$].

Зависимостта между наличието на хронично заболяване и самооценката относно здравословното състояние е представена на Таблица 8.

Таблица 8. 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	χ^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 Таблица 9 и Фигура 8.

Таблица 9. 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)?“

През последните 4 седмици в каква степен физическото Ви здраве ограничава обичайните Ви физически активности (като ходене, качване по стълби)?	N	%
Не, изобщо	42	9,1
Много малко	130	28,1
В известна степен	181	39,2
Доста	82	17,7
Не можех да извършвам физическа активност	27	5,8
Общо	462	100,0



Фигура 8. 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.

Автономността оказва силно влияние върху достойнството, свободата и независимостта на възрастните хора и се определя като основен компонент на тяхното общо благосъстояние и качествен живот.

С възрастта здравето на възрастните хора се влошава, но може да се направи много, за да могат те да се справят с последиците от този процес. Освен това съвсем малки промени в заобикалящата среда могат да доведат до значително подобрене в качеството на живот на хората, страдащи от различни заболявания и увреждания. Активен живот на възрастните означава също така да са в състояние възможно най-дълго да се грижат за себе си.

На следващия въпрос „През последните 4 седмици колко трудности срещате 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 срещате при изпълнението на ежедневната си работа, както вкъщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?“ са представени на Таблица 10 и Фигура 9.

Таблица 10. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „През последните 4 седмици колко трудности срещайте при изпълнението на ежедневната си работа, както вкъщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?“

През последните 4 седмици колко трудности срещайте при изпълнението на ежедневната си работа, както вкъщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?	N	%
Нямах изобщо затруднения	47	10,2
Малко затруднения	137	29,7
Известни затруднения	166	35,9
Доста затруднения	80	17,3
Не можех да извършвам ежедневната си работа	32	6,9
Общо	462	100,0



Фигура 9. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „През последните 4 седмици колко трудности срещайте при изпълнението на ежедневната си работа, както вкъщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?“

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

Затруднените 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 ежедневието (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 въпроса „Каква по интензивност телесна болка сте имали през последните 4 седмици?“ е представено на Таблица 11 и Фигура 10.

Таблица 11. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „Каква по интензивност телесна болка сте имали през последните 4 седмици?“

Каква по интензивност телесна болка сте имали през последните 4 седмици?	N	%
Никаква болка	43	9,3
Много лека болка	65	14,1
Лека болка	82	17,7
Умерена болка	183	39,6
Силна болка	72	15,6
Много силна болка	17	3,7
Общо	462	100,0



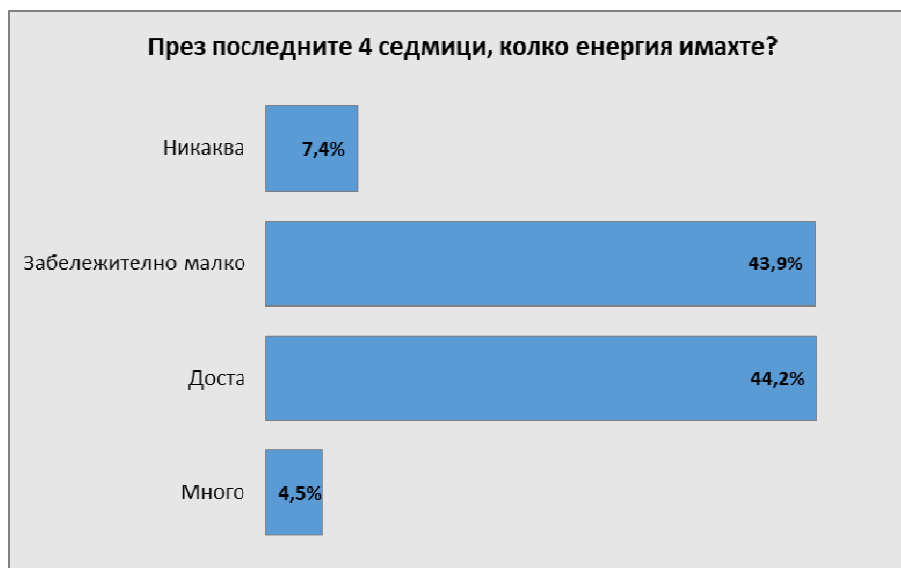
Фигура 10. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „Каква по интензивност телесна болка сте имали през последните 4 седмици?“

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 Таблица 12 и Фигура 11.

Таблица 12. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „През последните 4 седмици, колко енергия имахте?“

През последните 4 седмици, колко енергия имахте?	N	%
Много	21	4,5
Доста	204	44,2
Забележително малко	203	43,9
Никаква	34	7,4
Общо	462	100,0



Фигура 11. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса „През последните 4 седмици, колко енергия имахте?“

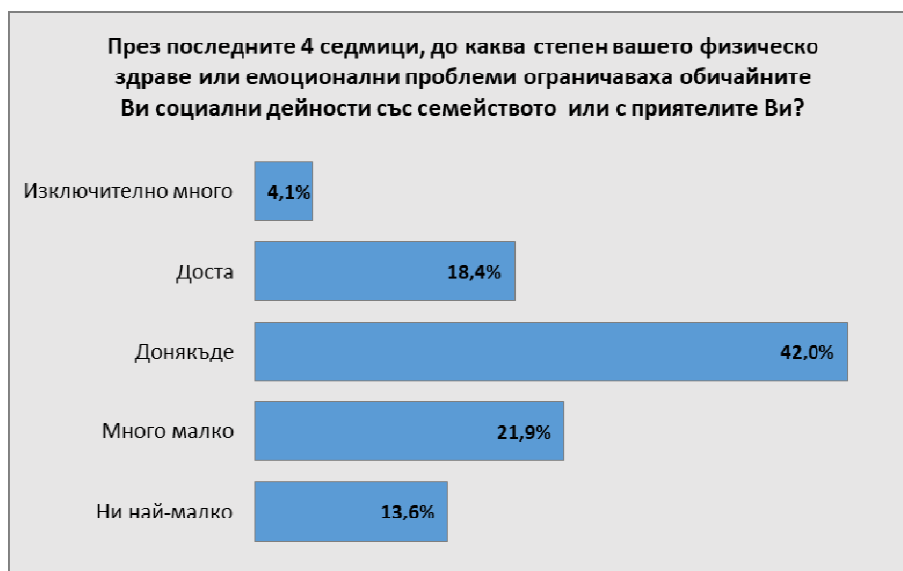
Чувството за жизненост и енергия е критерий за щастие и благополучие в резултат на удовлетвореност от нещата, които могат да имат и да постигнат, а не свързано конкретно с някакво заболяване.

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 Таблица 13 и Фигура 12.

Таблица 13. 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?“

През последните 4 седмици, до каква степен вашето физическо здраве или емоционални проблеми ограничаваха обичайните Ви социални дейности със семейството или с приятелите Ви?	N	%
Ни най-малко	63	13,6
Много малко	101	21,9
Донякъде	194	42,0
Доста	85	18,4
Изключително много	19	4,1
Общо	462	100,0



Фигура 12. 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.

Възрастните и старите хора, живеещи в изолация, често се намират в трудни социални и икономически ситуации, които се отразяват върху качеството на живота им и физическото и психичното им здраве. Изолацията, се отразяват върху способността на по-възрастните и старите хора да създават и/или поддържат социални контакти и по този начин да водят активен начин на живот;

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 Таблица 14 и Фигура 13.

Таблица 14. 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)?“

През последните 4 седмици, в каква степен сте били притеснявани от емоционални проблеми (като тревожност, депресия или раздразнителност)?	N	%
Ни най-малко	57	12,3
Много малко	137	29,7
Донякъде	165	35,7
Доста	79	17,1
Изключително много	24	5,2
Общо	462	100,0



Фигура 13. 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.

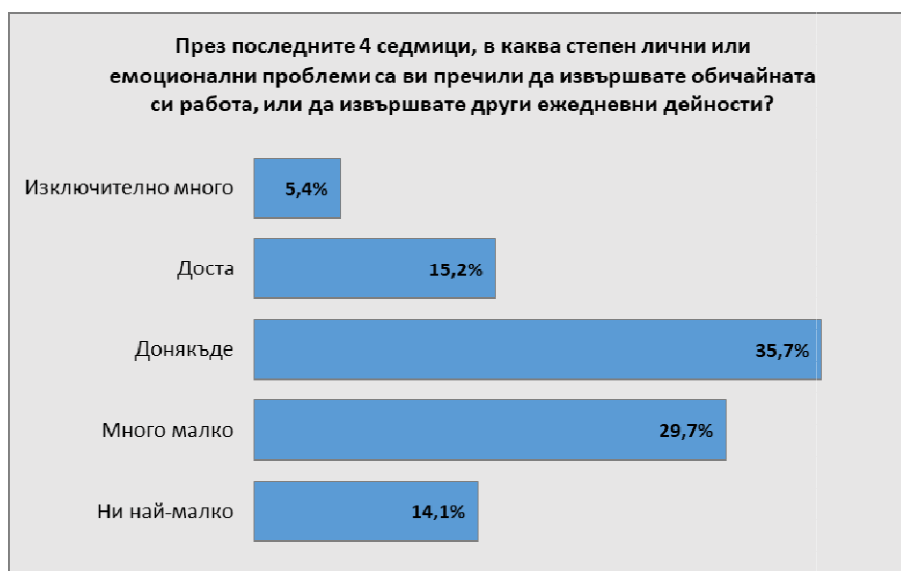
Най-честите психотравмиращи фактори са:

- овдовяването, загубата на близки хора (особено деца);
- раздялата с деца и внуци, които мигрират;
- конфликти между стари и млади в семейството;
- недостатъчни грижи, помощ, уважение и внимание от страна на децата;
- самотността;
- влошеното здраве и свързаните с него опасения за бъдещето;
- намалените възможности за трудова дейност, придвижване и самообслужване;
- грижите за материалната осигуреност с опасения за бъдещето;
- самата мисъл за старостта и смъртта.

Разпределението на анкетиранияте 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 Таблица 15 и Фигура 14.

Таблица 15. Разпределение на анкетиранияте 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?“

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?	N	%
Ни най-малко	65	14,1
Много малко	137	29,7
Донякъде	165	35,7
Доста	70	15,2
Изключително много	25	5,4
Общо	462	100,0



Фигура 14. Разпределение на анкетиранияте 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 на Таблица 16.

Таблица 16. 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 на Таблица 17.

Таблица 17. 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	χ^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 [$\chi^2(4)=4,973$, $p=0.290$].

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 на Таблица 18.

Таблица 18. 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	χ^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. [$\chi^2(4)=0,175, p=0.996$].

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 срещайте при изпълнението на ежедневната си работа, както вкъщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?“ е представена на Таблица 19.

Таблица 19. Връзка между пола и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици колко трудности срещайте при изпълнението на ежедневната си работа, както в къщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?“

През последните 4 седмици колко трудности срещайте при изпълнението на ежедневната си работа, както вкъщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?		Мъже	Жени	Общо	χ^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 20.

Таблица 20. 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.

$$[X^2(3)=1,202, p=0.753]$$

Корелацията между пола и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици, колко енергия имахте?“ е представена на Таблица 21.

Таблица 21. Връзка между пола и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици, колко енергия имахте?“

През последните 4 седмици, колко енергия имахте?		Мъже	Жени	Общо	χ^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 на Таблица 22.

Таблица 22. 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 на Таблица 23.

Таблица 23. 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	χ^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.

[$\chi^2(4)=7,746$, $p=0.101$].

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 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 на Таблица 24.

Таблица 24. 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
		N					
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 [$\chi^2(4)=38,87$, $p<0.001$].

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 на Таблица 25.

Таблица 25. Връзка между отговорите на въпроса „Страдате ли от хронично заболяване“ и възрастта.

Страдате ли от хронично заболяване?		Възрастова група					Общо	χ^2	df	p	Cramer's V
		60-64 г.	65-69 г.	70-74 г.	75-79 г.	над 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%				

Рискът от хронично заболяване, което води до функционална зависимост се увеличава с възрастта. Факторът „възраст“ е един от най-

важните рискови фактори за появата на злокачествени и сърдечно-съдови заболявания.

Биологичните аспекти на стареенето включват не само измененията в органите и системите, предизвикани от стареенето, но и влошаване на общото здравословно състояние. В напреднала възраст човек е по-уязвим към заболявания, много от които са свързани с намалената ефективност на имунната система. С увеличаване на възрастта постепенно намаляват приспособителните възможности на организма.

Основна причина, поради която старият човек боледува по-често в сравнение с младия, е че той много по-дълго време е бил подлаган на влиянието на неблагоприятни фактори свързани с поведението и външната среда, довеждащи до заболявания. С годините се натрупват отрицателните ефекти на негативните рискови фактори.

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 „Много 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 на Таблица 26.

Таблица 26. 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	χ^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%				

Промените, които съставляват и влияят на стареенето, са разнообразни. На биологично ниво стареенето е свързано с постепенното натрупване на различни молекулярни и клетъчни увреждания. С течение на времето тези увреждания водят до постепенно намаляване на физиологичния капацитет и повишен риск от много заболявания [2].

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].

Най-голямо предизвикателство за здравната и социалната системи се очартават потребностите и проблемите на старите хора над 80 години, особено тези, на които липсва семейната подкрепа [129].

Установи се статистически значима връзка между възрастта и ограничената физическа активност в резултат на физическото здраве [$\chi^2(16)=62,31$, $p<0.001$].

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 27.

Таблица 27. 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	χ^2	df	p	Cramer's V
		60-64 г.	65-69 г.	70-74 г.	75-79 г.	над 80 г.					
Не, изобщо	N	13	7	15	5	2	42	62,3 1	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%				

Намаляването на физическите възможности на човека се увеличава с напредване на възрастта поради биологичните промени в организма.

При търсене на зависимост между възрастта и трудности срещани при изпълнението на ежедневната работа, както вкъщи, така и извън дома, заради физическото здраве се доказва, 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 28.

Таблица 28. 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	χ^2	df	p	Cramer's V
		60-64 г.	65-69 г.	70-74 г.	75-79 г.	над 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 29.

Таблица 29. 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.	над 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 30.

Таблица 30. Връзка между възрастта и отговорите на въпроса „През последните 4 седмици, колко енергия имахте?“

През последните 4 седмици, колко енергия имахте?		Възрастова група					Общо	χ^2	df	p	Cramer's V
		60-64 г.	65-69 г.	70-74 г.	75-79 г.	над 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 [$\chi^2(12)=53,54$, $p<0.001$]. 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.

Здравното състояние на възрастните хора е резултат и от настъпващите с напредване на възрастта общи органични и физиологични

промени, които водят до намалена биологична ефективност на организма. Възрастните хора имат понижена обмяна на веществата, понижена водно-солева обмяна, ограничени възстановителни процеси, нарушения в калциевата обмяна, атрофични и дегенеративни процеси на органично ниво [71].

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 31.

Таблица 31. 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	χ^2	df	p	Cramer 's V
		60-64 г.	65-69 г.	70-74 г.	75-79 г.	над 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 „Исклучително 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 „Исклучително 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 32.

Таблица 32. 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	χ^2	df	p	Cramer's V
		60-64 г.	65-69 г.	70-74 г.	75-79 г.	над 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.

$$[\chi^2(16)=39,32, p<0.001]$$

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 33.

Таблица 33. 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	χ^2	df	p	Cramer's V
		60-64 г.	65-69 г.	70-74 г.	75-79 г.	над 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.

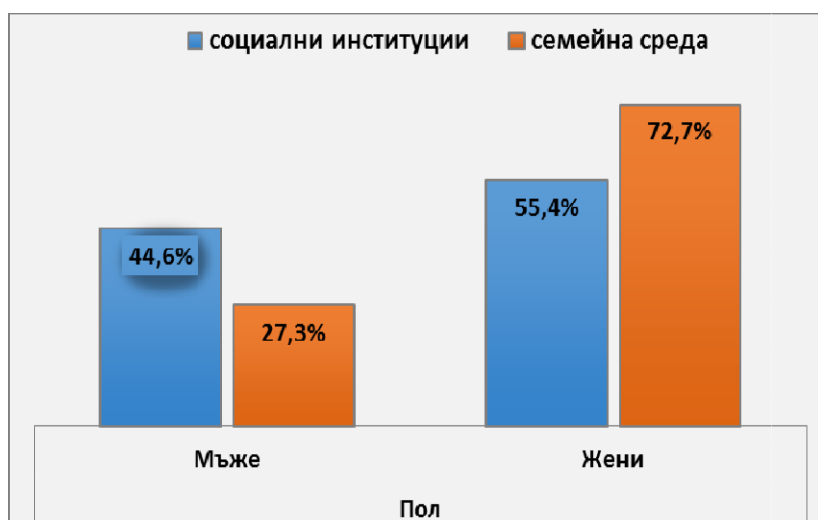
Наблюдава се статистически значима връзка между между пола и средата на пребиваване на респондентите [$\chi^2(1)=12,628$, $p<0.001$].

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 в Таблица 34 и Фигура 15.

Таблица 34. Връзка между пол и среда на пребиваване

Пол		социални институции	семейна среда	Общо	X^2	df	p
Мъже	N	139	41	180	12,628	1	<0,001
	%	44,6%	27,3%	39,0%			
Жени	N	173	109	282			
	%	55,4%	72,7%	61,0%			
Общо	N	312	150	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			



Фигура 15. Връзка между пол и среда на пребиваване

Разгледана е връзка между възраст и среда на пребиваване.

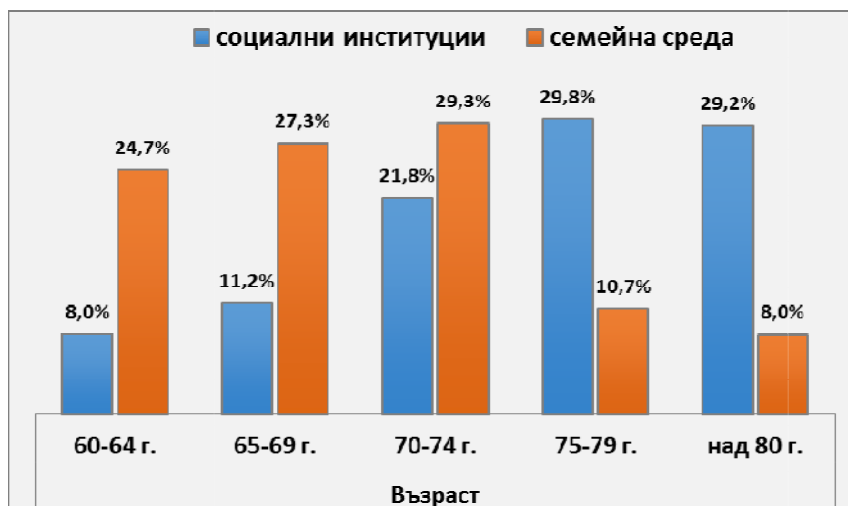
Налице е статистически значима връзка между възрастта и средата на пребиваване на респондентите [$X^2(4)=75,39$, $p<0.001$].

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.

Зависимостта между възраст и среда на пребиваване е представена в Таблица 35 и Фигура 16.

Таблица 35. Връзка между възраст и среда на пребиваване.

Възраст		социални институции	семейна среда	Общо	χ^2	df	p
60-64 г.	N	25	37	62	75,39	4	<0,001
	%	8,0%	24,7%	13,4%			
65-69 г.	N	35	41	76			
	%	11,2%	27,3%	16,5%			
70-74 г.	N	68	44	112			
	%	21,8%	29,3%	24,2%			
75-79 г.	N	93	16	109			
	%	29,8%	10,7%	23,6%			
80+ г.	N	91	12	103			
	%	29,2%	8,0%	22,3%			
Общо	N	312	150	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			



Фигура 16. Връзка между възраст и среда на пребиваване.

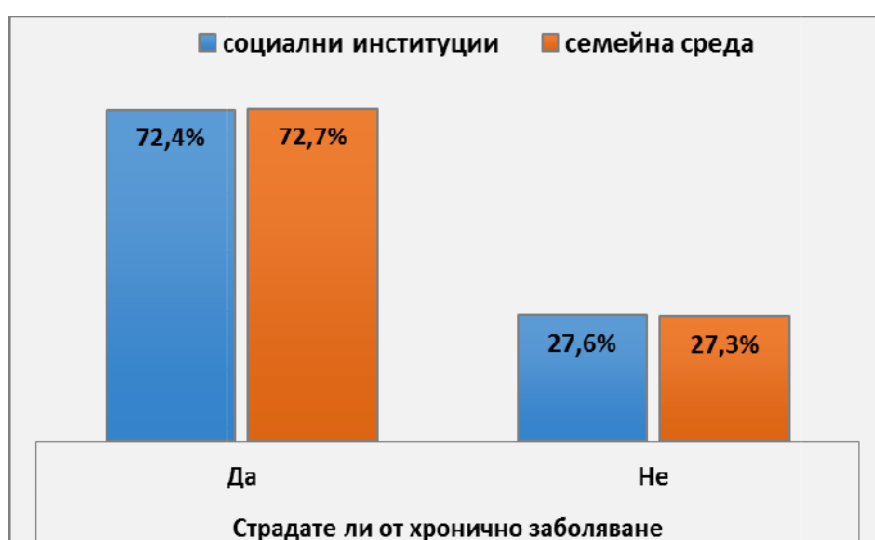
С напредването на възрастта и на процеса на остаряване, поддържането на автономност и независимост се затруднява. „Независимостта” се изразява с възможността за независим живот в обществото без или с помощ от страна на другите.

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 Таблица 36 и Фигура 17.

Таблица 36. Връзка между наличие на хронично заболяване и среда на пребиваване.

Страдате ли от хронично заболяване		социални институции	семейна среда	Общо	χ^2	df	p
Да	N	226	109	335	0,003	1	0,959
	%	72,4%	72,7%	72,5%			
Не	N	86	41	127			
	%	27,6%	27,3%	27,5%			
Общо	N	312	150	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			



Фигура 17. 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. [$\chi^2(1)=0.003$, $p=0.959$].

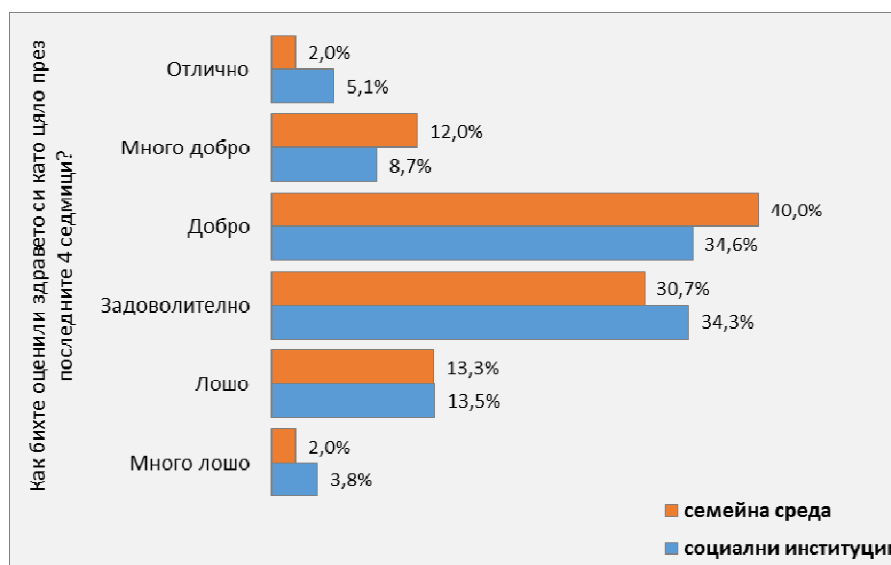
Респондентите, пребиваващи в семейна и в институционална среда еднакво страдат от хронични заболявания.

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

Връзката между самооценка за здравето като цяло и средата на пребиваване е представена в Таблица 37 и Фигура 18.

Таблица 37. Връзка между самооценка за здравето като цяло и среда на пребиваване

Как бихте оценили здравето си като цяло през последните 4 седмици?		социални институции	семейна среда	Общо	χ^2	df	p
Много лошо	N	12	3	15	5,85	5	0,321
	%	3,8%	2,0%	3,2%			
Лошо	N	42	20	62			
	%	13,5%	13,3%	13,4%			
Задоволително	N	107	46	153			
	%	34,3%	30,7%	33,1%			
Добро	N	108	60	168			
	%	34,6%	40,0%	36,4%			
Много добро	N	27	18	45			
	%	8,7%	12,0%	9,7%			
Отлично	N	16	3	19			
	%	5,1%	2,0%	4,1%			
Общо	N	312	150	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			



Фигура 18. 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 38.

Таблица 38. 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 39.

Таблица 39. Връзка между наличието на хронично заболяване и самооценката относно здравословното състояние на живеещите в семейна среда.

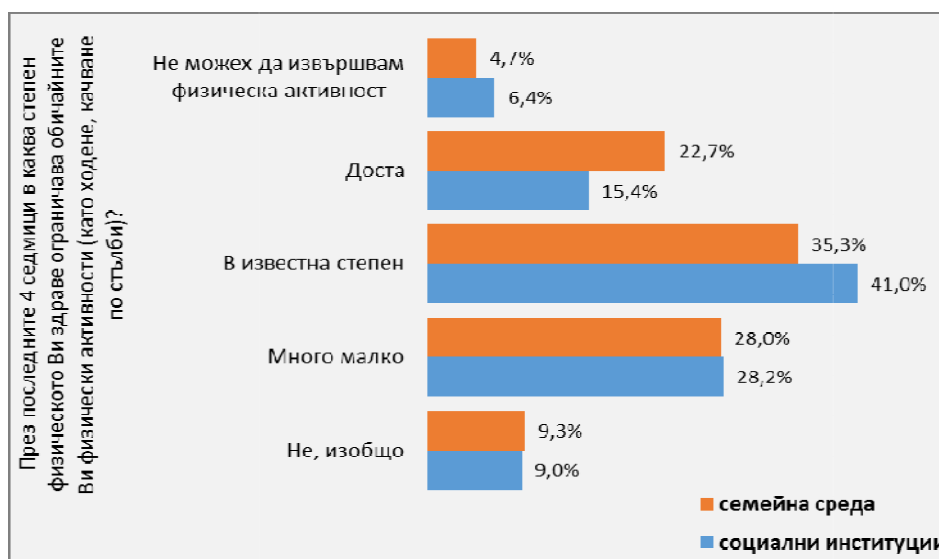
Как бихте оценили здравето си като цяло през последните 4 седмици?		Страдате ли от хронично заболяване?		Общо	X^2	df	p
		Да	Не				
Много лошо	N	3	0	3	10,392	5	0,065
	%	2,8%	0,0%	2,0%			
Лошо	N	16	4	20			
	%	14,7%	9,8%	13,3%			
Задоволително	N	39	7	46			
	%	35,8%	17,1%	30,7%			
Добро	N	39	21	60			
	%	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 Таблица 40 и Фигура 19.

Таблица 40. Връзка между физическо здраве и обичайна физическа активност в социална институция и семейна среда.

През последните 4 седмици в каква степен физическото Ви здраве ограничава обичайните Ви физически активности (като ходене, качване по стълби)?		социални институции	семейна среда	Общо	X^2	df	p
Не, изобщо	N	28	14	42	4,407	4	0,354
	%	9,0%	9,3%	9,1%			
Много малко	N	88	42	130			
	%	28,2%	28,0%	28,1%			
В известна степен	N	128	53	181			
	%	41,0%	35,3%	39,2%			
Доста	N	48	34	82			
	%	15,4%	22,7%	17,7%			
Не можех да извършвам физическа активност	N	20	7	27			
	%	6,4%	4,7%	5,8%			
Общо	N	312	150	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

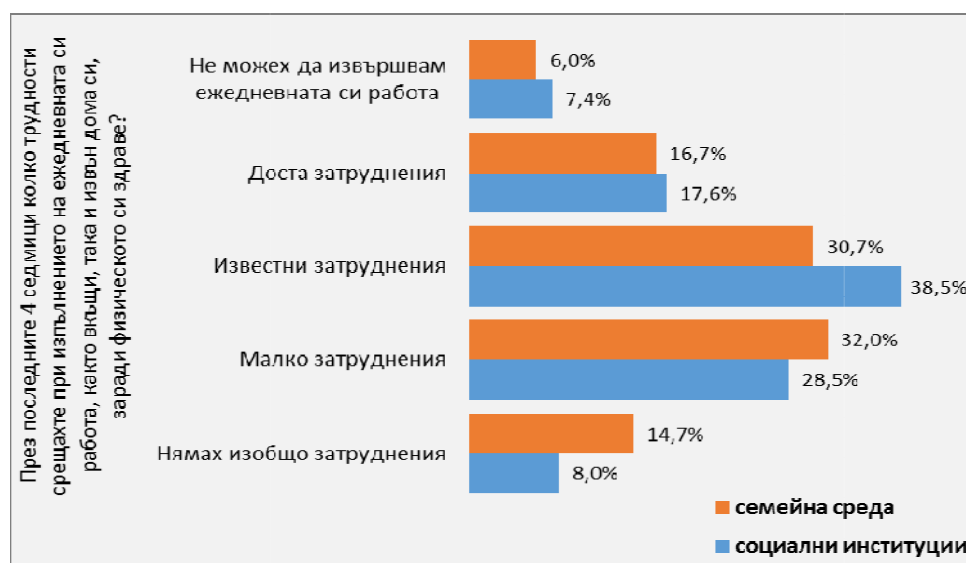


Фигура 19. Връзка между физическо здраве и обичайна физическа активност в социална институция и семейна среда

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 Таблица 41 и Фигура 20.

Таблица 41. Връзка между средата на пребиваване и трудности при изпълнение на дейностите от ежедневието заради физическото здраве.

През последните 4 седмици колко трудности срещате при изпълнението на ежедневната си работа, както вкъщи, така и извън дома си, заради физическото си здраве?		социални институции	семейна среда	Общо	χ^2	df	p
Нямах изобщо затруднения	N	25	22	47	6,863	4	0,143
	%	8,0%	14,7%	10,2%			
Малко затруднения	N	89	48	137			
	%	28,5%	32,0%	29,7%			
Известни затруднения	N	120	46	166			
	%	38,5%	30,7%	35,9%			
Доста затруднения	N	55	25	80			
	%	17,6%	16,7%	17,3%			
Не можах да извършвам ежедневната си работа	N	23	9	32			
	%	7,4%	6,0%	6,9%			
Общо	N	312	150	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			



Фигура 20. Връзка между средата на пребиваване и трудности при изпълнение на дейностите от ежедневието заради физическото здраве.

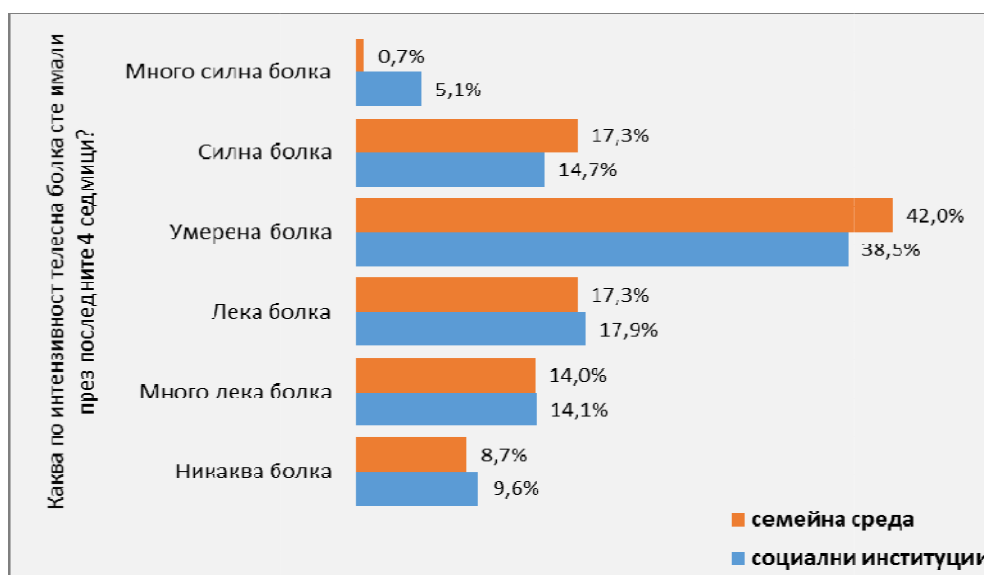
При проучане на интензивност на телесна болка - в семейна среда и социална институция, не се доказва статистически значима връзка между средата на пребиваване и интензивността на телесна болка.

[$\chi^2(5)=6,356$, $p=0.273$].

Резултатите са представени на Таблица 42 и Фигура 21.

Таблица 42. Връзка между средата на пребиваване и интензивност на телесна болка

Каква по интензивност телесна болка сте имали през последните 4 седмици?		социални институции	семейна среда	Общо	χ^2	df	p
Никаква болка	N	30	13	43	6,356	5	0,273
	%	9,6%	8,7%	9,3%			
Много лека болка	N	44	21	65			
	%	14,1%	14,0%	14,1%			
Лека болка	N	56	26	82			
	%	17,9%	17,3%	17,7%			
Умерена болка	N	120	63	183			
	%	38,5%	42,0%	39,6%			
Силна болка	N	46	26	72			
	%	14,7%	17,3%	15,6%			
Много силна болка	N	16	1	17			
	%	5,1%	,7%	3,7%			
Общо	N	312	150	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			



Фигура 21. Връзка между средата на пребиваване и интензивност на телесна болка.

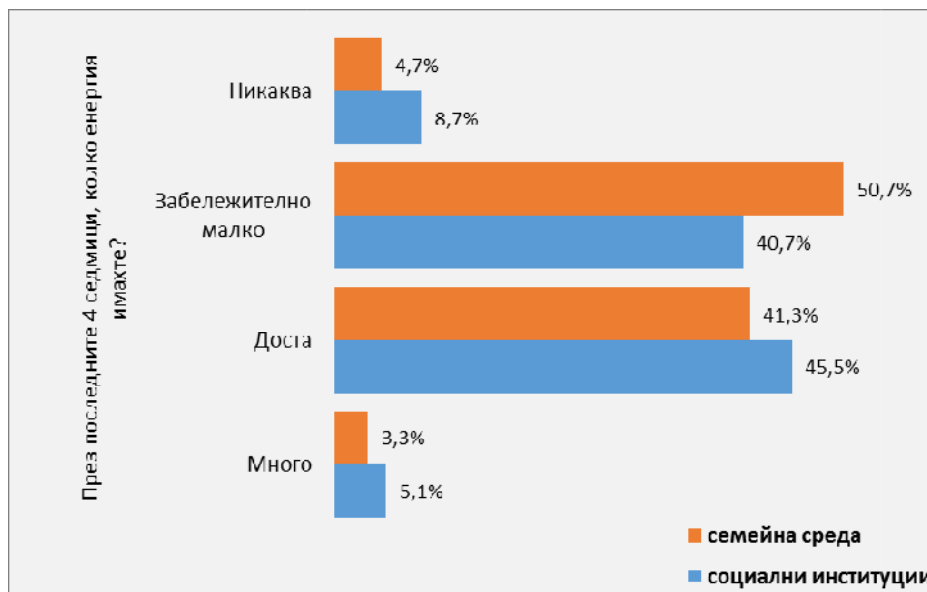
При анализа на оценката за ниво на енергия – в семейна среда и социална институция не се доказастатистически значима зависимост.

[$\chi^2(3)=5,595$, $p=0.133$].

Резултатите са показанина Таблица 43 и Фигура 22.

Таблица 43. Връзка между средата на пребиваване и оценка за ниво на енергия

През последните 4 седмици, колко енергия имахте?		социални институции	семејна среда	Общо	χ^2	df	p
Много	N	16	5	21	5,595	3	0,133
	%	5,1%	3,3%	4,5%			
Доста	N	142	62	204			
	%	45,5%	41,3%	44,2%			
Забележително малко	N	127	76	203			
	%	40,7%	50,7%	43,9%			
Никаква	N	27	7	34			
	%	8,7%	4,7%	7,4%			
Общо	N	312	150	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			



Фигура 22. Връзка между средата на пребиваване и оценката за ниво на енергия.

Респондентите пребиваващи в институции и семејна 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.

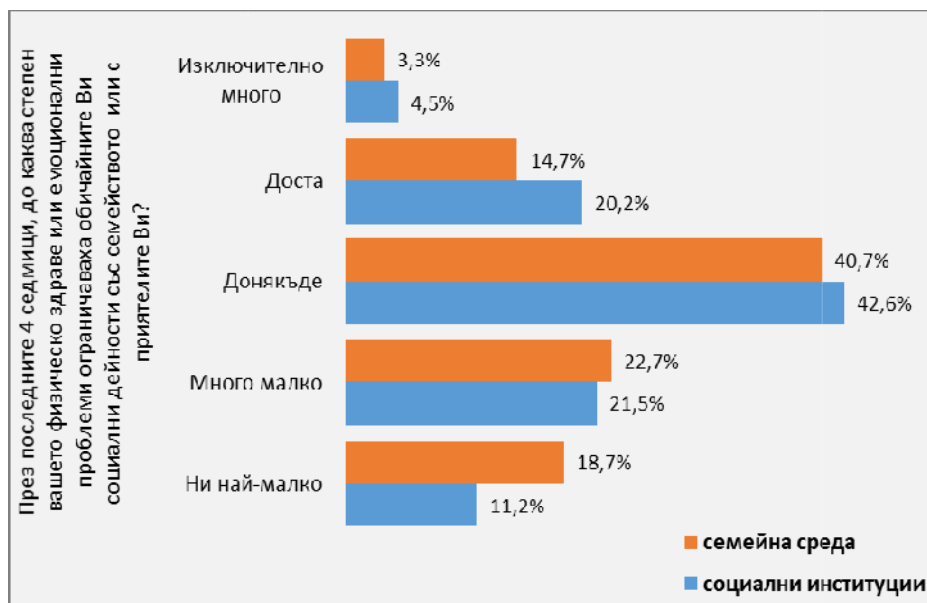
Не се установи статистически значима връзка между респондентите пребиваващи в институции, или семейна среда и оценката, относно ограничените обичайни социални дейности със семейството или с приятелите в резултат на физическото здраве, или емоционални проблеми на респондентите.

$[X^2(4)=6,289, p=0.179]$.

Връзката между средата на пребиваване и влиянието на физическото здраве или емоционални проблеми върху обичайните социални дейности със семейството или с приятелите е представена в Таблица 44 и Фигура 23.

Таблица 44. Връзка между средата на пребиваване и влиянието на физическото здраве или емоционални проблеми върху обичайните социални дейности със семейството или с приятелите.

През последните 4 седмици, до каква степен вашето физическо здраве или емоционални проблеми ограничаваха обичайните Ви социални дейности със семейството или с приятелите Ви?		социални институции	семейна среда	Общо	X^2	df	p
Ни най-малко	N	35	28	63	6,289	4	0,179
	%	11,2%	18,7%	13,6%			
Много малко	N	67	34	101			
	%	21,5%	22,7%	21,9%			
Донякъде	N	133	61	194			
	%	42,6%	40,7%	42,0%			
Доста	N	63	22	85			
	%	20,2%	14,7%	18,4%			
Изключително много	N	14	5	19			
	%	4,5%	3,3%	4,1%			
Общо	N	312	150	462			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			



Фигура 23. 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.

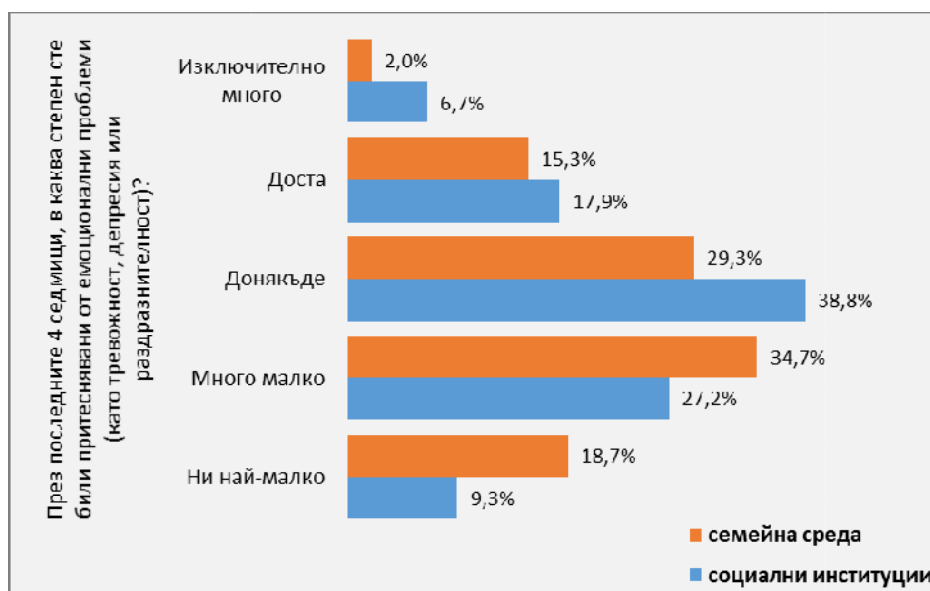
Изследвана е връзката между наличието на емоционални проблеми (тревожност, депресия, или раздразнителност) и статуса на живеене.

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 на Таблица 45 и Фигура 24.

Таблица 45. Връзка между средата на пребиваване и наличието на 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	семејна среда	Общо	χ^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 24. 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.

Напредването на възрастовата слабост и на болестната увреденост, които са биологични изменения, правят стария човек особено чувствителен към социалните и психологичните въздействия на средата.

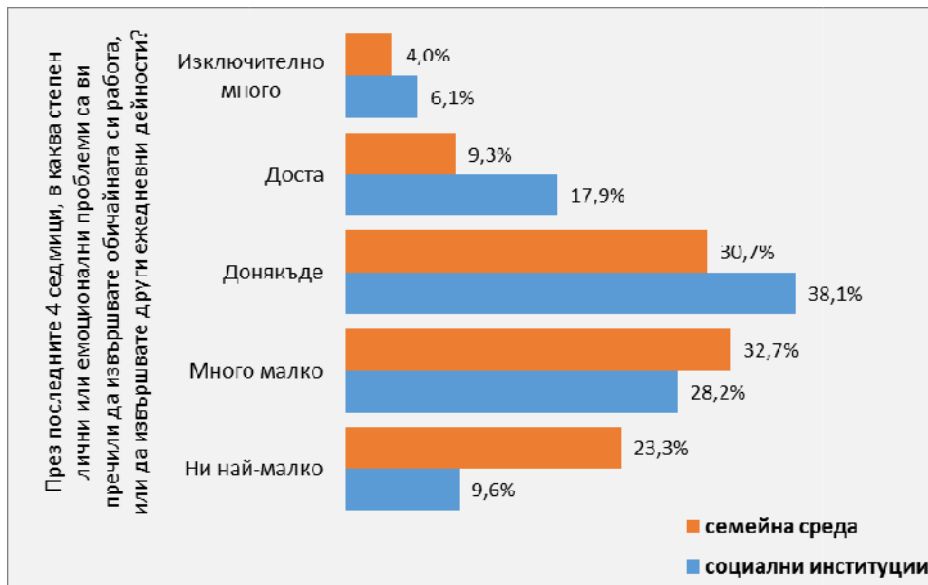
Проучена е връзката между затруднението за извършване на обичайната работа, или извършване на други дейности от ежедневието в резултат на емоционални проблеми и средата на пребиваване на респондентите, която е статистически значима.

$[X^2(4)=21,594, p<0.001]$.

Тази връзка е показана на Таблица 46 и Фигура 25.

Таблица 46. 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 25. 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. Наблюдава се застои в продължителността на живота в България.

Средната продължителност на живот в Европа и България се различава. 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;
- трудни социално-икономически условия (по-високата смъртност сред по-бедните);
- 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 и променени клинични практики;
- наблюдава се насърчаване на общественото здраве и водене на здравословен начин на живот, които са причина за намаляване на заболяемостта и смъртността във високите възрасти;
- разходите за пенсии, здравеопазване и дългосрочни грижи вече са 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, в планинските, полупланинските 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. Необходимо е подобряване на взаимодействието между държавния и частния здравен сектор и на рехабилитационната система, както и по-тясно сътрудничество между системата за здравни услуги и системата за социална закрила за възрастни и стари хора.

Дългосрочните грижи за възрастните и старите хора трябва реално да се предоставят, както и да се подобри достъпа на населението до качествени и безопасни лекарствени продукти на достъпни цени.

Дългосрочните грижи са на границата между медицинските и социалните грижи и обикновено се предоставят на хора с физически или психически заболявания, на възрастни хора и на определени групи хора, които имат нужда от помощ при изпълнение на ежедневните си дейности.

Необходимо е създаване на интегрирани здравно-социални услуги за възрастни, които да посрещат нуждата от дългосрочна грижа. 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. При необходимост привличане и консултации с други медицински и немедицински специалисти.

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 следните изводи:

- При проследяване на „пътя на пациента“ при извършването на профилактика пациентите в рискови групи не се насочват от ОПЛ към лекари-специалисти за по-нататъшно проследяване на риска;
- Само 39,8% от ЗОЛ над 18 години са преминали на профилактичен преглед и пациентите не познават своите права.
- Броят на отчетените диспансерни прегледи на едно диспансеризирано ЗОЛ при ОПЛ се запазва относително постоянен - 2,74 прегледа за една година, като няма данни за лицата над 60 години.
- Средният брой отчетени дентални дейности „Възстановяване функцията на дъвкателния апарат“ за 2019 г. е 4,09 дейности на 100 ЗОЛ от 65 до 69 г. вкл., т.е. средно на всеки 24-и от имащите право на тази дейност се пада по една отчетена протеза;

- Възрастовата група от 65 до 69 години, вкл. има право общо на пет дентални дейности за година.

- В извънболничната помощ са осигурени 10 035,4 хил. броя профилактични и диспансерни прегледи от изпълнители на ПИМП.

Данните се регистрират, но липсва единна информационна система, в която да се отчитат 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.

Лечението и грижите за възрастните и стари хора в България не се финансира адекватно от държавата, въпреки че, разходите за здравеопазване, измерени в евро и съотнесени към броя на населението на България, показват ясна тенденция към увеличение за периода 2011- 2019 г. За разглеждания период този показател е нараснал с около 56%, като през 2019 г. възлиза на 626 евро на глава от населението.

Съгласно досегашните наблюдения, дялът на разходите за дългосрочна грижа от БВП са относително константни и възлизат на 0,01% (в официалната статистика в разходите за дългосрочна грижа се включват само разходите за здраве). За периода 2020-2034 г. се очаква този дял да продължи да се колебае в тесни граници и да се задържи на равнище около 0,01% от БВП.

Дългосрочните грижи не са включени в пакета здравни дейности включени в здравноосигурителната система.

Високото равнище на плащанията със собствени средства значително ограничава финансовата защита на всички, като се отразява особено неблагоприятно на най-бедните слоеве от населението.

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.

В болниците за активно лечение липсват легла за оценка на състоянието, долекуване и рехабилитация на възрастни хора и хора с увреждания, които дейности да бъдат адекватно финансирани, включително и чрез инструментите на осигурителната система, или по методика от бюджета на МЗ. Не става въпрос само за консултация, а за комплексен процес, за цялостна оценка, лечение и рехабилитация на възрастни пациенти. В екипите задължително да участват лекари със специалност по гериатрия.

Липсата на достатъчно ефективно финансиране на дейността на хосписите засега води до натоварване на болниците за активно лечение със законово нерегламентирани дейности, за да компенсират дефицита на системата. Независимо, че от 2010 г. има нормативно създадена друга структурно-организационна форма (Дом за медикосоциални грижи) за осъществяване на продължително медицинско наблюдение и специфични грижи за лица от различни възрастови групи с хронични заболявания, специфични грижи по домовете на лица с хронични инвалидизиращи заболявания и медико-социални проблеми, към настоящия момент няма разкрити такива, както и няма публично финансиране на дейността им. Съществуват само Домове за медико-социални грижи за деца.

В извънболничната помощ липсват центрове за медико-социална рехабилитация на възрастни хора, където да се предлагат интегрирани здравно-социални услуги, финансирани не само от държавния бюджет, но и от НЗОК. В тези центрове също е необходимо да работят мултидисциплинарни екипи с лекари специалисти по гериатрична медицина.

Въпреки, че в ЗЛЗ е регламентирано нов вид лечебно заведение – „амбулатория за здравни грижи“, като организационно обособена структура, в която лекарски асистенти, медицински сестри, акушерки или рехабилитатори осъществяват самостоятелно или по назначение от лекар здравни грижи, манипулации и дейности, свързани с промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите, тези структури не функционират.

Все още не е изграден модел за медико-социални грижи за възрастни хора с хронични заболявания по домовете, чрез създаването на здравно-социални центрове за предоставяне на услуги по домовете от медицински сестри и социални работници, под ръководството на лекар, което ще е важен етап от процеса на въвеждане на новите модели.

Допълнителни усилия в посока подобряване на координацията между социалната и здравната системи са необходими с оглед постигането на практически резултати и предоставянето на качествени и достъпни интегрирани услуги за възрастни хора и хора с ментални и физически увреждания. Подобряването на взаимодействието между социалната и здравната система е ключова предпоставка за осигуряване на качествени медико-социални грижи за възрастните пациенти с хронични заболявания. Изграждането и развитието на модели за продължително лечение, както и на интегрирани грижи за пациенти с хронични заболявания ще осигури възможности за подобряване на качеството на живот на тези хора.

Необходимо е по-тясно сътрудничество между системата за здравни услуги и системата за социална закрила за възрастни, за да се обезпечи активният и самостоятелен живот на възрастните хора и достойното им остаряване.

За да се постигне по-високо качество на живото необходимо да се повиши информираността на населението от всички възрасти в сферата на здравеопазването, здравните услуги и здравословния начин на живот.

Възрастните и старите хора трябва да имат умения как да се грижат за себе си и да се предпазват от болести и усложнения.

От проучването се доказва, 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.

Увеличаването на продължителността на здравословния живота не само би подобрило качеството на живот, но ще даде възможност на хората да работят по-дълго и ще намалят здравните и дългосрочните разходи, свързани с болестите.

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. Това спомага за намаляване на риска от затлъстяване, диабет, психични заболявания и други незаразни болести, които се увеличават с напредване на възрастта.

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 дълголетие 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. Те 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 (влошеното 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 анализа 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.

Министирство на труда и социалната политика

1. Прилагане на здравни и социални дейности на регионално ниво, които подкрепят хората в напреднала възраст в ежедневието им 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 ролята на семейството и на държавата, когато в процеса на остаряване хората се нуждаят от чужда помощ.
5. Организиране 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. Ограниченият достъп е особено предизвикателство в сфери на ежедневието на възрастните хора, като застроената околна среда (например тротоари, външни съоръжения и др.), жилища (напр. асансьор в сградите), информационни и комуникационни технологии (напр. компютър, телефон), транспорт (напр. автобуси, леки

коли), устройства за самообслужване (напр. банкомати, устройства за продажба на билети) и т.н.

Национална здравноосигурителна каса

1. Да се предприемат стъпки за въвеждане на универсално здравно покритие за възрастните хора и пълно покриване на техните потребности 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 детерминанти 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 практично 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балканска, П., Възрастният човек като пациент. Клинична геронтопсихология в здравните и в социалните грижи. София, Булвест 2000, 2003.
2. Балканска П., Психосоциална и здравна перспектива на остаряването - реалности и възможности за успешно стареене, сп. "S&T", medicine, volume II, n. 1, 2012 с. 164-169.
3. Борисов, В., З. Глутникова, Ц. Воденичаров, Ново обществено здравеопазване, изд. Аква графикс ООД, София. 1998, с. 266.
4. БСК, Проект Методически насоки за въвеждане на партньорски политики и практики в управлението на човешките ресурси, с акцент върху осигуряване на работна среда, съобразена със специфичните възрастови потребности на различните генерации и насърчаване на по-дълъг трудов живот и способност за работа, ОП „Развитие на човешките ресурси“, съфинансирана от Европейския съюз чрез Европейския социален фонд, София, 2020.
5. Ванкова Д. “Щастие, качество на живот и здраве”, издание на Университетското издателство към Медицински университет – Варна, 2016.
6. Ванкова Д., Керековска А., Костадинова Т., Фесчиева Н., 2013. Социалният капитал – детерминанта на качеството на живот, свързано със здравето, Социална Медицина, Year XXI, 3, стр. 9-12.
7. Ванкова Д., Н. Михайлова, Н. Фесчиева, Активно стареене и социален капитал, Научни трудове на Русенския университет - 2014, том 53, серия 8.3
8. Ванкова Д., Н. Ушева, Н. Фесчиева, Качество на живот, свързано със здравето в общността. Резултати от проучване сред населението на град Бургас, 2012, Социална медицина, 2/3, 2012, 25-29 стр.
9. Визев К. Социално-здравни аспекти на преждевременното остаряване и неговата профилактика, Дисертационен труд за присъждане на научната степен „доктор на науките“, София, 2017 г.
10. Визев К. Биологичната възраст като медико-социален проблем и нейното повлияване от някои ендокринни фактори. София: Анжела, 2009.
11. Визев С. Стареене, старост, дълголетие: Медицина и физкултура, София, 1985.

12. Визев С. Болест ли е старостта, Медицина и физкултура, София, 1983
13. Воденичаров, Ц., В. Борисов, Ст. Гладилев, К. Чамов, Д. Кръшков. Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване. Здравен мениджмънт, 2008, том 8, №1, 53-61.
14. Воденичаров Ц., С. Попова, М. Мутафова М., Е. Шипковенска, Социална медицина, ИК. ГорексПрес, София, 2013 г., с.401-445.
15. Гончев В., Неравенства в здравеопазването – проблеми в Европейския съюз и България – Научни трудове на Русенския Университет – том 52, серия 8.3, 2013, с. 37-41.
16. Данова Н., М. Владимирова, П. Димитров, Интегрирани здравни грижи, Втори конгрес по превантивна медицина, Стара Загора 2016.
17. Димитров Й., БИТСП, Активното остаряване и пазара на труда, 2016, София.
18. Договор за създаване на Европейския съюз/Договор от Маастрихт, 1992.
19. Договорът от Лисабон от 2009.
20. Евробарометър, 2012 г. Изследване Активен живот на възрастните хора и солидарност между поколенията – демографски предизвикателства и нови възможности. Общественото мнение за застаряването в Европейския съюз – статистически портрет 2012.
21. ЕК, Проект “Инструментариум за оценяване на образованието за възрастни с цел подобряване на качеството на техния живот” [QEduSen] с подкрепата на програма “Учене през целия живот” на Европейската комисия. Ref. 518227-LLP-1-2011-1-ES-GRUNDTVIG-GMP.
22. Европейска комисия Брюксел, Съобщение на комисията, Стратегия за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж „Европа 2020“, 3.3.2010 г., COM (2010) окончателен 2020.
23. Европейска комисия Брюксел, Доклад на комисията до Европейския парламент, Съвета, Европейския икономически и социален комитет и Комитета на регионите относно изпълнението, резултатите и общата оценка на Европейската година на активния живот на възрастните хора и солидарността между поколенията (2012 г.) / COM/2014/0562 final, 2012.
24. Европейска комисия Брюксел „Осъществяване на Стратегическия план за изпълнение на Европейското партньорство за иновации в областта

- на активния живот на възрастните хора и остаряването в добро здраве“, COM(2012) 83 final, 2012.
25. Европейската платформа на възрастните хора AGE, Активни възрастни граждани за Европа: ръководство към ЕС, 2013.
 26. ЕК, Доклад на Европейската комисия за застаряването (2010-2060) - 2012 г.
 27. Европейски съюз, 2012 г , Приносът на ЕС към активния живот на възрастните хора и солидарността между поколенията, Люксембург: Служба за публикации на Европейския съюз, 2012 г.
 28. ЕК, Доклад от 2018 г. за застаряването на населението: икономически и бюджетни прогнози за 28-те държави – членки на ЕС (2016 – 2070 г.), 2018.
 29. ЕК, Доклад на комисията до европейския парламент, съвета, европейския икономически и социален комитет и комитета на регионите, относно въздействието на демографските промени, {SWD(2020) 109 final}, COM (2020) 241 final, 2020.
 30. ЕК, Зелена книга относно застаряването на населението, Насърчаване на солидарността и отговорността между поколенията, COM(2021) 50 final, Брюксел, 27.1.2021 г.
 31. ЕП Доклад за демографското бъдеще на Европа 2007/2156(INI).
 32. ЕП Доклад относно прилагането на инструменти на политиката на сближаване от страна на регионите за справяне с демографските промени(2016/2245(INI), 23.10.2017.
 33. ЕП, Резолюция на Европейския парламент от 6 февруари 2013 г. относно Европейското партньорство за иновации в областта на активния живот на възрастните хора и остаряването в добро здраве (2012/2258(INI).
 34. ЕП, Предложение за резолюция на ЕП относно прилагането на инструменти на политиката на сближаване от страна на регионите за справяне с демографските промени, (2016/2245(INI) 2016.
 35. ЕП, Доклад на Комисия по регионално развитие относно прилагането на инструменти на политиката на сближаване от страна на регионите за справяне с демографските промени (2016/2245(INI)), 2017.
 36. ЕП, Служба на ЕП за парламентарни изследвания, Демографски перспективи за Европейския съюз, март 2020 г., стр. 3.
 37. ЕП, Резолюция относно остаряването на стария континент – възможности и предизвикателства, свързани с политиката за периода след 2020 г. в

- сферата на застаряването на населението (2020/2008(INI)), 2021
https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0347_BG.html
38. Европейски център за профилактика и контрол върху заболяванията и др., „High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion for monitoring in the EU/EEA (Значително въздействие на COVID-19 в заведенията за дългосрочни грижи, предложение за мониторинг в ЕС/ЕИП)“, Eurosurveillance , том 25, брой 22, 4 юни 2020 г.
 39. Европейски институт за равенство между половете, „Ageing societies, migration and climate change bring new challenges for gender equality (Застаряващите общества, миграцията и изменението на климата пораждаат нови предизвикателства за равенството между половете)“, 10 декември 2019 г.
 40. Европейски съюз, Становище на Европейския икономически и социален комитет относно „Предложение за решение на Европейския парламент и на Съвета относно Европейската година на активния живот на възрастните хора (2012 г.)“ COM(2010) 462 окончателен (2011/C 51/11), 17.2.2011 г. BG Официален вестник на Европейския съюз C 51/55.
 41. Европейски съюз, Ръководните принципи за насърчаване на активния живот на възрастните хора и солидарността между поколенията, разработени от Комитета за социална закрила и Комитета по заетостта, 2012.
 42. Евростат, Регионален годишник, издание от 2016 г.
 43. Евростат: Ключови факти и цифри за Европа и европейците. Качество на живота, europa.eu
 44. Евростат, „Застаряването на населението в Европа – статистика за социалния живот и становища“, данни, извлечени през юли 2020 г.
 45. Евростат, „Структура и застаряване на населението“, данни, извлечени през август 2020 г.
 46. Евростат, „Статистически данни за хората с увреждания – нуждите на възрастните хора от помощ или подпомагане“, данни, извлечени през юни 2019 г.
 47. Евростат, „Статистически данни за функционалните ограничения и ограниченията на възможностите за действие“, данни, извлечени през декември 2020 г.
 48. Закон за хората с увреждания.
 49. Закон за бюджета на НЗОК, 2022.

50. Закон за здравето, 2005.
51. Златанова В., Стареене и неравенства, ОМДА, © 111стр., ISBN 978-954-9719-83-3, 2015.
52. Златанова В., Стареенето на населението: социологически дискурси, изд. Авангард Прима, София, 193 стр. ISBN 978-619-160-519-4, 2015.
53. Седлачек К., директор на Европейската агенция за безопасност и здраве при работа, как да се помогне на възрастните хора да останат активни на пазара на труда. http://osha.europa.eu/en/priority_groups/ageingworkers
54. Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания.
55. Кодекс за социално осигуряване.
56. Левин В., Предизвикателствата на застаряването в Централна Европа и Балтийските държави и политики за справяне с тях, Световна банка, София, 2016.
57. Левтерова Б. Измерване на качеството на живот при хронични заболявания. Част 1., Изд. Макрос, Пловдив, 2018; 128 стр. ISBN 978-954-561-441-5
58. Левтерова Б. Как да измерим здравето. Изд. Макрос, Пловдив, 2018; 120 стр. ISBN 978-954-561-473-6
59. МТСП, Национална стратегия за активен живот на възрастните хора в България (2019 – 2030 г.), 2019.
60. МТСП Доклад за отразяване на националната концепция за насърчаване на активния живот на възрастните хора в България в секторните политики (2012-2014), 2014.
61. МТСП, Актуализирана национална стратегия за демографско развитие на населението в република България (2012 г. - 2030 г.), 2012.
62. МТСП, Отчет за 2019 - 2020 г. За изпълнение на националната стратегия за активен живот на възрастните хора в България (2019 - 2030 г.), 2020.
63. МТСП, Насърчаване на активния живот на възрастните хора в България, Сборник добри практики, Обединение „ЕКСПЕРТЕН ПУЛ – СИВИТА България“ ДЗЗД, София 2021.
64. МТСП, Сборник Иновативни подходи за насърчаване на здравословен, активен и достоен живот на възрастните хора, София. 2013.
65. МТСП, Анализ и добри практики за насърчаване на активен живот на възрастните хора в България 2016 - 2030 г., Сборник 2015, София.
66. МТСП, Закон за социалните услуги, София, 2020.

67. МТСП, Националната стратегия за дългосрочна грижа, 2014.
68. МТСП, План за действие за периода 2018-2021 г. за изпълнение на националната стратегия за дългосрочна грижа.
69. Министерство на здравеопазването, Национална здравна стратегия 2020, София 2015.
70. Министерство на здравеопазването, Проект на Национална здравна стратегия 2021-2030, София 2020.
71. Михова, Г, Науката за стареенето – въпроси и отговори в подкрепа на политиките и практиките за активен живот на възрастните хора, Сборник за здравословно и активно остаряване, МТСП, 2013, София
72. Насева Е., С. Братованова, М. Стойчева, М. Гърдева, авторска статия „Качество на живот свързано със здравето- сравнение на методиките за изчисляване на индекса EQ-5D”, Списание Обща медицина, том XVI, бр.3, стр 3-9, 2014 София
73. НСИ, Ключови показатели за България (към 04.04.2022 г.), info@nsi.bg, www.nsi.bg
74. НСИ -Е. Йорданова, Л. Петкова, Ч. Беязов, НЦОЗА- доц. К. Дикова, д-р Р. Янева, Здравеопазване 2021годишната електронна публикация, съвместно издание на Националния статистически институт и Националния център по обществено здраве и анализи към МЗ, София 2022, info@nsi.bg, www.nsi.bg
75. НСИ, 2008, Европейско Здравно Интервю, <http://www.nsi.bg/bg/content/3366/самооценка-на-здравето>, accessed 2012.
76. ООН, „Промени във възрастовата структура на населението и устойчиво развитие: доклад, 2017 г., стр. 11.
77. ООН Резолюция, Десетилетие върху здравословното стареене в ООН (2021–2030), 2020
78. Савова З., Ж. Павлова, С. Максимова, П. Балканска, Н. Щерева, Н. Попов, Ж. Георгиева. Актуални проблеми на стареенето и старостта. ИК “Симел” 2009.
79. Славейков, П., Концепция за демографска политика на България, достъпно на: <http://www.bgdemography.eu/>
80. СЗО, Здраве 2020 – политическа рамка и стратегия за 21-ви век, 2013
81. СЗО, Класификация на възрастовите групи според Световната здравна организация, 2018 г.

82. Стайкова, Ж. Нарастваща потребност от профилактика на хроничните незаразни заболявания на регионално ниво. Мед. меридиани, 2017, № 1. 42-46
83. Стайкова Ж. "Фактори на риска за хронични неинфекциозни болести зона Кърджали на програма СИНДИ - България", Обществено здравеопазване в условия на криза", Годишник на Факултета по обществено здраве, МУ, С., 2015,(Ред. Ц. Воденичаров и П.Горненски), ISBN 978-619-7000-03-0, изд. "Наука и общество",126-156.
84. Стайкова Ж. „Подходи и механизми за подобряване здравния статус на населението на база практически опит и изследвания по програма Синди – Зона Кърджали. Препоръки за управленски действия”, Здравна политика и мениджмънт, 2016, том16, № 4, ISSN1313-4981, 39-42.
85. Стайкова Ж., Е. Янков, Визии на световната здравна организация за здравословно стареене, Сборник статии „Социални услуги за възрастните хора в зависимост“, Издателство Славена, Варна 2017.
86. Статистически годишник 2019, Изд. НСИ, 2020
87. Хартата на основните права на ЕС
88. Черкезов, Т., Ключови механизми за подобряване на качеството в здравеопазването, сп. „Медицински мениджмънт и здравна политика”, МУ-София, година XLIV, бр.2, 2013г., стр. 48-60
89. Щерева-Николова Н., Н. Попов Демографската криза в Р. България – минало, настояще и бъдеще. Международно научно on-line списание НАУКА и ТЕХНОЛОГИИ, Издава "Съюз на учените - Стара Загора" VOLUME IV; NUMBER 1; 2014: Medicine, с. 303-307.
90. Active Ageing Index 2012. Concept, Methodology and Final Results, Vienna, March 2013.
91. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002 (WHO/NMH/NPH/02.8; http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf, accessed 4 June 2015
92. Ageing Europe — looking at the lives of older people in the EU, European Union, 2019, <https://ec.europa.eu/eurostat/about/policies/copyright>
93. Aging with growth in Central Europe and the Baltics, The World Bank, www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/Publications/ECA/aging-europe-background-papers.zip

94. Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), 2009
95. Ageing Report Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060) European Economy 2|2012
96. Alwin DF. Integrating varieties of life course concepts. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2012 Mar;67(2):206–20.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbr146> PMID: 22399576
97. Baltes P, Freund A, Li S-C. The psychological science of human ageing. In: Johnson ML, Bengtson VL, Coleman PG, Kirkwood TBL, editors. *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005:47–71.
98. Beard J, Petitot C. Aging and urbanization: can cities be designed to foster active aging? *Public Health Rev.* 2011;32(2):427–50
99. Beijing declaration and platform for action: Beijing+5 political declaration and outcome. New York: United Nations; 1995. (http://beijing20.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/pfa_e_final_web.pdf, accessed 14 June 2015)
100. Brooks-Wilson AR. Genetics of healthy aging and longevity. *Hum Genet.* 2013 Dec;132(12):1323–38.doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00439-013-1342-z> PMID: 23925498
101. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 14 June, 2015)
102. Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol. New York: United Nations; 2006 (<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>, accessed 14 June 2015)
103. COVID-19 and the Decade of Healthy Ageing, October 1, 2020 (version 1)
104. Dato S, Montesanto A, Lagani V, Jeune B, Christensen K, Passarino G. Frailty phenotypes in the elderly based on cluster analysis: a longitudinal study of two Danish cohorts. Evidence for a genetic influence on frailty. *Age (Dordr).* 2012 Jun;34(3):571–82.doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11357-011-9257-x> PMID: 21567248

105. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
106. Decision WHA 67.13 (2014)
107. The international classification of functioning. Disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001. (IIF)
108. Eurofound (2019), Age and quality of life: Who are the winners and losers?, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2019, <http://eurofound.link/ef18020>
109. Eurofound, Third European Quality of Life Survey – Quality of life in Europe: Impacts of the crisis, Publications Office of the European Union, Luxembourg, available at <http://eurofound.link/ef1264>, 2012
110. Eurofound (2014), Developing a country typology for analysing quality of life in Europe, Publications Office of the European Union, Luxembourg, available at <http://eurofound.link/ef1447>.
111. Eurofound (2017), European Quality of Life Survey 2016: Quality of life, quality of public services, and quality of society, Publications Office of the European Union, Luxembourg, available at <http://eurofound.link/ef1733>
112. Eurofound (2018), European Quality of Life Survey 2016: Technical and fieldwork report. On-line working paper (WPEF18016)
113. Eurofound resource pack ‘Living longer, working better - active ageing in Europe’ (По-дълъг живот, подобра работа — активен живот на възрастните хора в Европа) <http://www.eurofound.europa.eu/resourcepacks/activeageing.htm>
114. European Commission (2005), Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union, COM(2005) 484, Brussels.
115. European Commission (2016), Launching a consultation on a European Pillar of Social Rights, COM(2016) 127 final, Strasbourg.
116. European Commission, The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070), May 2018. Brussels
117. Eurostat, Quality of life indicators, online publication providing recent statistics on the quality of life in the European Union (EU), 2017.
118. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf, accessed 14 June 2015).

119. Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J., Koskinen, S. Dimensions of work ability. Results of the Health 2000 Survey. (Измерения на работоспособността. Резултати от изследването „Здраве 2000) Finnish Centre of Pensions (ETK), The Social Insurance Institution (KELA), National Public Health Institute (KTL), Finnish Institute of Occupational Health (FIOH), Helsinki, 2008.
120. Ilmarinen, J. ‘Work Ability – a comprehensive concept for occupational health research and prevention. Editorial’ (Работоспособността — изчерпателна концепция за изследвания и превантивни дейности в областта на здравето при работа. Редакционна статия), *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2009, 35(1), 1–5.
121. Ilmarinen, J. Towards a longer worklife. Ageing and the quality of worklife in the European Union (Към по-дълъг трудов живот. Остаряването и качеството на трудовия живот в Европейския съюз), Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, 2006.
122. Ilmarinen, J. ‘Aging and Work: An International Perspective’ (Остаряването и трудът: Международна перспектива), in: Sara J. Czaja and Joseph Sharit (eds) *Aging and Work. Issues and Implications in a Changing Landscape*, The Johns Hopkins University Press 2009, 51–73.
123. Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. *Nature*. 2008 Feb 7;451(7179):644–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/451644a> PMID: 18256658.
124. Keating N, Eales J, Phillips JE. Age-friendly rural communities: conceptualizing ‘best-fit’. *Can J Aging*. 2013 Dec;32(4):319–32. PMID: 24128863.
125. Lee C, Dobson AJ, Brown WJ, Bryson L, Byles J, Warner-Smith P, et al. Cohort Profile: the Australian Longitudinal Study on Women’s Health. *Int J Epidemiol*. 2005 Oct;34(5):987–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyi098> PMID: 15894591.
126. Lordos EF, Herrmann FR, Robine JM, Balahoczký M, Giannelli SV, Gold G, et al. Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. *Rejuvenation Res*. 2008 Aug;11(4):829–36. PMID: 18729815.
127. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011 Sep;10(4):430–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003> PMID: 21402176.

128. Nygård, C-H., Savinainen, M., Kirsi, T., Lumme-Sandt, K. Age Management during the Life Course (Управление на възрастта през целия живот), Tampere University Press, Tampere 2011.
129. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, 2017
130. OECD (2017), How's Life? 2017: Measuring Well-being, OECD Publishing. doi: 10.1787/how_life-2017.
131. Plan for Decade of Healthy Ageing 2020–2030, Geneva, 2021.
132. Political declaration and Madrid international plan of action on ageing. New York: United Nations; 2002 (http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf, accessed 4 June 2015)
133. Rowe, J., Kahn, R. Successful aging (Успешно остаряване), A Dell Trade Paperback, New York 1998.
134. Simeonova J., A. Velkova, P. Kostadinova,: Social characteristics and their effect on self-rated health in persons over 18 years of age: Article in Scripta Scientifica Salutis Publicae, vol. 1, online first Copyright © Medical University of Varna, 2015.
135. Stegeman I, Otte-Trojel T, Costongs C, Considine J. Healthy and active ageing. Brussels: EuroHealthNet and Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklaerung (BZgA); 2012 (<http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/featured/Healthy%20and%20Active%20Ageing.pdf>, accessed 4 June 2015).
136. Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. Age Ageing. 2012 Sep;41(5):581–6.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs097> PMID: 22826292.
137. Taylor, P. (ed.) Ageing Labour Forces: Promises and Prospects (Остаряваща работна сила: обещания и перспективи), Edward Elgar, 2008.
138. Tuomi, K., Huuhtanen, P., Nykyri, E., Ilmarinen, J. 'Promotion of work ability, the quality of work and retirement' (Насърчаване на работоспособността, качеството на труда и пенсионирането), Occupational Medicine 2001, 51(5), 318–324.
139. Vasto S, Scapagnini G, Bulati M, Candore G, Castiglia L, Colonna-Romano G, et al. Biomarkes of aging. Front Biosci (Schol Ed). 2010;2(1):392–402.doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/> PMID: 20036955

140. Velkova A., E. Georgieva, D. Dimitrova, L. Georgieva, N. Hristov, P. Pesheva,: Demographic and social problems of aging in Bulgaria, Poster walks, 11th European Public Health Conference(EPH) “Winds of change: towards new ways of improving public health in Europe”,Ljubljana, 2018.
141. Walker A. A strategy for active ageing. *Int Soc Secur Rev.* 2002;55(1):121–39. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1468-246X.00118>
142. WHO Consortium on Metrics and Evidence for Healthy Ageing. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/ageing/data-research/metrics-standards/en/>, accessed 3 December2019).
143. WHO, Definition of an older or elderly person, accessed 19.10.2014. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/>
144. WHO,World report on ageing and health, Geneva: World Health Organization; 2015, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf,accessed November 2019).
145. WHO, Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>, accessed November 2019).
146. WHO, Global strategy and action plan on ageing and health, 10 mid-term progress indicators, 2017
147. WHO global network for age-friendly cities and communities. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_network/en/, accessed November 2019).
148. WHO, Universal health coverage: moving together to build a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/phc---moving-together-to-build-a-healthier-world.pdf>, accessed November 2019).

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1. Анкетна карта

АНКЕТНА КАРТА

Отбележете верния отговор с X

1. Пол

- М
- Ж

2. Възраст

- 60-64 г
- 65-69 г.
- 70-74 г.
- 75-79 г.
- над 80 г.

3. Страте 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 срещате при изпълнението на ежедневната си работа, както въкъщи, 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 емоционални проблеми (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 Ви пречили да извършвате обичайната си работа, или да извършвате други ежедневни дейности?

- Ни най-малко
- Много малко
- Донякъде
- Доста
- Изключително много