

Активно стареене и социален капитал

Десислава Ванкова, Надежда Михайлова, Невяна Фесчиева

Active aging and social capital: Economically developed countries agree that 65 years is the lower limit above which a person is an adult or older. Often this is the retirement age. In 1975 Britain aging was defined (the Friendly Societies Act) as "any age after 50", but subsequently used for pension funds starting point 60 or 65 years (Roebuck, 1979). The World Health Organization (WHO) has no standardized digital criterion the concept of an adult. United Nations (UN) adopted for adult individuals over 60 years (WHO, 2014). The process of aging is biologically determined, but is very much subject to human control.

Keywords: Older people, active aging.

ВЪВЕДЕНИЕ:

Икономически развитите държави приемат, че 65 години е долната граница, над която човек е възрастен или стар. Често това е и възрастта за пенсиониране. През 1975 във Великобритания старостта е била дефинирана (the Friendly Societies Act) като „всяка възраст след 50“, но впоследствие пенсионните фондове използват за отправна точка 60 или 65 години (Roebuck, 1979)ⁱ. Световната Здравна Организация (СЗО) няма стандартизиран цифров критерий на понятието възрастен човек. Обединените нации (ООН) приемат за възрастен човек индивида над 60 години (СЗО, 2014)ⁱⁱ. Процесът на стареене е биологично обусловен, но подлежи в голяма степен на човешки контрол.

В наши дни се въвежда понятието „активен живот на възрастните хора“ (active ageing). В Националната концепция за насърчаване на активния живот на възрастните хора (МТСП, 2012)ⁱⁱⁱ има *три основни взаимосвързани аспекта* на активното стареене. Организацията за икономическо сътрудничество и развитие в Европа (ОЕСД) акцентира върху икономическото измерение на термина като го отнася към *способността на възрастните хора за осъществяване на реален икономически и социален принос* в обществото. На преден план се извежда *възможността за гъвкав избор за начина на живот* в напреднала възраст – посредством участие в обучения, заетост, осъществяване на различни доброволни дейности и предоставяне на грижи.

Европейската комисия (ЕС) формулира параметрите на “активен живот на възрастните хора” за първи път през 1999 г.: според ЕК понятието означава да приспособим начина си на живот към факта, че вече живеем по-дълго и в по-добро здраве, отколкото когато и да било и трябва да се възползваме от това като възможност. Това означава *възприемане на здравословен начин на живот, по-дълго участие на пазара на труда, по-късно пенсиониране и запазване на активността след пенсиониране*. По този начин насърчаването на активния живот на възрастните хора означава предоставяне на възможности за по-добър живот, а не ограничаване на права за индивидуална реализация и житейски избор. Важно място е отредено на адекватното възнаграждение на възрастните.

Третият аспект от дефиницията за “активен живот на възрастните хора” принадлежи на СЗО и се отнася освен до продължаване на физическа активност и участие на пазара на труда и до *необходимостта от комплексно участие на възрастните в социалния, икономически, културен, духовен и граждански живот*.

От тук и тезата, която поддържа, че възрастните хора са не само ценен човешки капитал, но и социален капитал за дадено общество.

С настъпването на 21 век Световната Банка (СБ) отделя все по-голямо внимание на социалния капитал (СК), като предпоставка за човешкото развитие. Според СБ, СК включва институции, взаимовръзки и норми, които формират качеството и количеството на социалните интеракции в обществото. Все повече

стават доказателствата, че доброто взаимодействие между отделните членове на обществото е съществено за икономически просперитет и устойчиво развитие. СК е не само сбор от институции и организации, които поддържат обществото, а спойката, която придържа всички заедно (СБ, 2009)^{iv}. В доклад, в който се анализира развитието на 192 държави, СБ прави извода, че две трети от богатството на нациите се дължи на човешкия и СК (СБ, 1995)^v.

Все повече доказателства се добавят към тезата, че СК е „липсващата връзка“ („missing link“), както и „потенциалното лечебно средство“ („potential cure“) при преодоляването на пречки пред устойчивото развитие на която и да е област на обществото [9;10;11]^{vi, vii, viii}. СК се разглежда и като детерминанта на здравето и на качеството на живот.

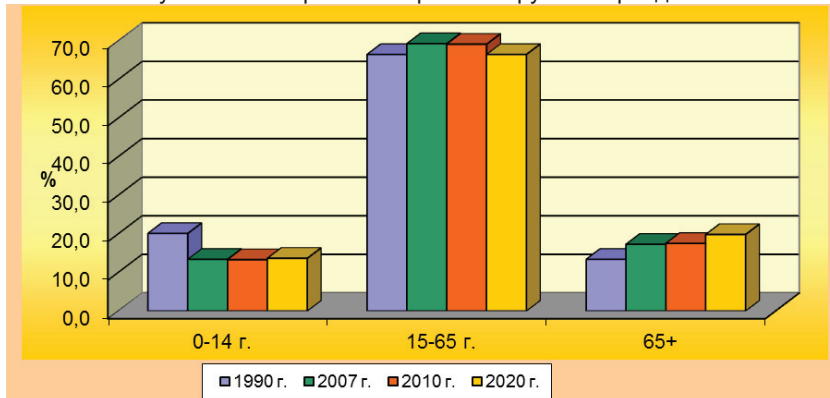
ИЗЛОЖЕНИЕ:

Целта на настоящия доклад е на фона на демографската и епидемиологична картина на застаряващото население в България да представим резултати от проучване на качеството на живот, свързано със здравето (КЖсЗ) на старите хора и детерминантите, които влияят на КЖсЗ, с акцент върху СК. От друга страна защитаваме и тезата, че старите хора са СК за общността. Оползотворяването на техния опит, мъдрост и умения трябва да са неделима част от развитието на обществото ни.

Демографски тенденции: Както в повечето развити държави и в България населението застарява. Основната причина за това е устойчивата тенденция на намаляване на раждаемостта през последните десетилетия. През последните 15 години това е съпроводено и с последствията от нарастващата емиграция – основно млади хора в активна възраст (Rangelova & Zlatanov, 2005)^{ix}. Според прогнозните стойности на ООН, през 2050 г. България ще бъде една от най-застаряващите държави в Европа със стойности от 301 души на възраст над 60 години към 100 души на възраст от 0 до 14 години, което означава, че възрастното население в България ще бъде около три пъти повече от най-младото население.

Фигура 1:

Население на Република България по възрастови групи в периода 1990 – 2020г.



Източник: НСИ

Според прогнозите за демографско развитие на Република България, направени от Националния статистически институт, международни изследователски центрове, ООН и Европейската комисия, за периода до 2050 г. се очакват

значителни промени във възрастовата структура на населението на Република България.

До 2050 г. се очаква относителният брой на населението над 60-годишна възраст да достигне над 30% от общия брой на населението в България (фиг 2).

Фигура 2. Прогноза за населението на възраст над 55 години



Здравен статус на застаряващото население:

Животът на хората над 65 години е съпроводен с промени, свързани с професионалната реализация, които понакога водят до чувство за загуба на социален статус, уважение, престиж. Често физически ограничения предизвикват частично или пълно обездвижване. Трудната адаптация към промените нерядко води до стрес и психологически проблеми. По-чести са острите заболявания с последваща хронификация. Сърдечно-съдовите заболявания, обменните заболявания, заболявания на опорно-двигателния апарат, зрителни и слухови нарушения, депресии, сенилна деменция са големите групи заболявания засягащи старческата възраст.

Смъртността сред възрастното население над 65год. възраст има следните тенденции (Големанов, 2000)^x: Селското възрастно население е със сигнификантно по-висока смъртност от сърдечно-съдови заболявания отколкото градското, и тази разлика се задълбочава. При мъжете има по-висока смъртност от туморни и респираторни заболявания. Забелязва се и тенденция на понижаване на самооценката за здравословното състояние на възрастните индивиди (НСИ,2008)^{xi} т.е. понижаване на КЖсЗ.

Качество на живот, свързано със здравето на старите хора:

В настоящия доклад представяме част от количествените резултати от популационното проучване, проведено сред общността на град Бургас (анкетирани-1050 човека над 18 год., на квотен принцип). Във фокуса на проучването, което е проведено 2011-2013 е КЖсЗ и изследването на неговите детерминанти, с фокус върху СК (Ванкова et. al.,2013)^{xii} Приема се, че то обхваща субективното усещане за благополучие и дава самооценката на отделния човек - как той се справя и как оценява физическото си и психично здраве. Обобщената цел на проучването е да измери и анализира КЖсЗ и да оцени влиянието на определени детерминанти.

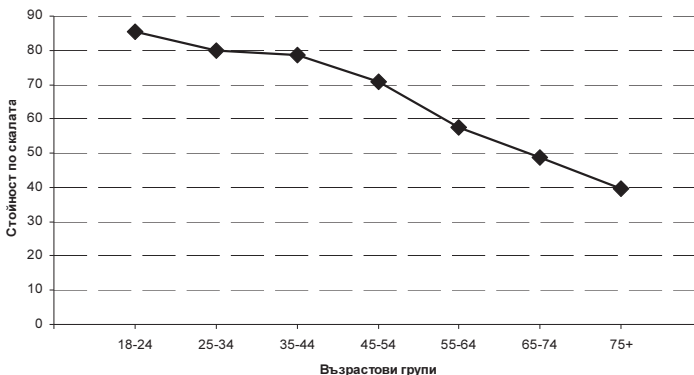
Инструментарий: Стандартизиран генеричен въпросник за субективна оценка на здравето - EQ-5D-3L Въпросник - Българска версия, който дефинира здравето в пет области: Подвижност, Самообслужване, Обичайни дейности (работа, учение, домакинство, семейство и свободно време), Болки/ Неразположения, Тревожност/ Депресия. Анкетираният трябва да оцени „здравето си днес“ чрез Визулна Аналогова скала (Термометър) – от 0 до 100 . Към анкетата са добавени въпроси, които дават възможност за анализ на влиянието на определените детерминанти върху КЖсЗ.

Ето някои акценти, свързани с възрастните хора:

• Самоизмерване с ВАС - Термометър : Оценете Вашето здравословно състояние днес: [по скала от 0 (най-лошото здравословно състояние, което можете да си представите) до 100 (най-доброто здравословно състояние, което можете да си представите)].

Средната стойност на здравословното състояние посочена чрез ВАС в проучването е 70 (SD±23). Средните стойности по ВАС за възрастовите групи над 65 години са както следва: 65-74 год. - 48.65; ≥75 год. - 39.69.(фиг.3.)

Фигура 3. Самоизмерване на здравето с ВАС по възрастови групи (средни стойности)



• **Здраве и възраст**

- Установена е връзка между докладването на проблеми във всички 5 области и възрастовите групи ($p < 0,001$). Относителните дялове по области и възрастови групи на хората докладвали проблеми са посочени в Таблица 1.

- Сравнени са средните стойности от самооценката с ВАС според възрастта на участниците чрез дисперсионен анализ (ANOVA Scheffe Post Hoc Tests). Разликите в средните стойности в оценката на здравословното състояние с ВАС между всички възрастови групи са статически значими ($p < 0.05$), с изключение на разликите между групата 25-34 год. (79.81) с групите 18-24 год. (85.55) и 35-44 год. (78.56).

Таблица 1. Относителни дялове по области и възр. групи на докладвалите проблеми

EQ-5D област	Възрастови групи						
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75
Подвижност	11.3%	12%	9.3%	22.8%	47%	64.1%	65.3%
Само-обслужване	3.4%	5.3%	4.0%	8.1%	40.4%	60.0 %	54.0%
Обичайни дейности	6%	10.7%	6.0%	18.1%	47%	56.9%	55.8%
Болка Нераз-положение	19.4%	36.7%	38.7%	58.4%	71.5%	86.9%	89.8%
Тревожност Депресия	32%	43.3%	42.6%	71.8%	66.9%	69.9%	70.7%

Обобщение. Честотата на докладваните проблеми нараства чувствително с възрастта във всички области, като изключение прави областта „тревожност/депресия“, която бележи пик във възрастта 45-54 години и после спада в следващите две възрастови групи. Забелязват се високите стойности на съобщаващите „болка/ неразположение“ и „тревожност/ депресия“. Средната стойност по ВАС намалява от 85.55 при най-младата възрастова група до 39.69 при най-възрастните (Фиг. 3). След 54- годишна възраст чувствително спадат средните стойности по ВАС.

- Мъжете докладват повече проблеми отколкото жените във всички възрастови групи вкл. над 65г.
- Анализът на „тревожност/депресия“ показва, че честотата на проблемите в тази дименсия се задълбочава сериозно с възрастта при респондентите от двата пола.
- Сигнификантни разлики между половете ($p < 0.001$) и при отчитане на резултатите от ВАС отново в полза на жените, които оценяват по-високо здравословното си състояние (70.54 за жените и 61.6 за мъжете).
- ВАС при възрастовите групи 65-74 год. (55.4-жени; 45.5-мъже; $p = 0.001$) и ≥ 75 години (46.24-жени; 36.2-мъже; $p = 0.001$).
- Статистически значима е връзката между членуването в пенсионерски клуб и съобщаването на по-малко проблеми в петте области.
- Хората, членове на пенсионерски клуб, измерват здравословното си състояние с ВАС по-високо от тези, които не членуват в пенсионерски клуб.
- Само 13,7% от респондентите в проучването участват в активностите на пенсионерски клуб, като 28,3% са пенсионерите в проучването.
- Най-висока самооценка при респондентите над 65-год. възраст имат пенсионерите по възраст, които се грижат за дома, децата (59.1).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Възрастните хора над 65 годишна възраст имат по-ниско качество на живот свързано със здравето. Благоприятното влияние на активността в ежедневието върху качеството им на живот насочва към интервенции в общността: разширяване възможностите за общуване и за физическа активност. Същевременно, изпреварващата във времето информация за възможните индивидуални стратегии по отношение на позитивно действащите фактори, може да повиши капацитета на хората да взимат правилните решения във връзка с начина си на живот в напреднала възраст. Включването на подходящи за целта обучителни модули в образованието на студентите по здравни грижи и други медицински специалности би донесло значима обществена полза. Старите хора са не само човешки, но и СК. Те не са тежест за обществото, а лепилото, което би могло да подсили общността.

ЛИТЕРАТУРА:

- ⁱ Roebuck, J., 1979. When does old age begin?: the evolution of the English definition. *Journal of Social History.*;12(3):416-28.
- ⁱⁱ WHO, 2014, Definition of an older or elderly person, accessed 19.10.2014 <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- ⁱⁱⁱ Министерство на Труда и Социалната Политика, 2012. Националната концепция за насърчаване на активния живот на възрастните хора
- ^{iv} Web reference: World Bank Poverty website; www.worldbank.org/poverty/scapital/index.htm. Accessed 30 December 2009.
- ^v World Bank, 1995. World Bank Reports: Staff Appraisal Report on Female Secondary School Assistance, Report 15496, IN 16/02/93. And 'Annual Report 1995' Washington D.C.:1995.
- ^{vi} Grootaert, Ch., Narayan, D., Jones, V.N., Woolcock M., 2004. Measuring social capital: An integrated questionnaire. World Bank Working Paper No. 18. World Bank, Washington, DC.
- ^{vii} Grootaert, Ch., 1998. Social Capital: The Missing Link? Social Capital Initiative Working Paper No. 3, World Bank.
- ^{viii} Mihaylova, D., 2004. Social Capital in Central and Eastern Europe, A Critical Assessment and Literature Review, Policy Studies Series, Central European University.
- ^{ix} Rangelova, R., Zlatanov, Sv., 2005, Ageing and health status of the Bulgarian population, SEER-South East Europe Review for Labour and Social Affairs, issue: 02 / 2005, pages: 7193,

on www.cceol.com.

^x Големанов, Н., 2000, Тенденции на смъртността по причини, Списание на Българската Академия на Науките, Vol. CXIII No. 4, pp. 16-23.

^{xi} НСИ, 2008, Европейско Здравно Интервю, <http://www.nsi.bg/bg/content/3366/самооценка-на-здравето>, accessed 2012.

^{xii} 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.

За контакти:

Доц.д-р Невяна Фесчиева дм.; тел: 0888306804; e-mail: nev_fes2@yahoo.com

Докладът е рецензиран.