

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ „ПРОФ. Д-Р П. СТОЯНОВ“ – ВАРНА  
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ“  
КАТЕДРА „СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА  
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО“

**Д-р Галина Атанасова Хараланова**

**СОЦИАЛНО-МЕДИЦИНСКИ ПРОБЛЕМИ, СВЪРЗАНИ С  
ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯТА НА ЛИЦАТА НА  
ВЪЗРАСТ 65 И ПОВЕЧЕ ГОДИНИ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертационен труд за присъждане на  
образователна и научна степен „доктор“

Научна специалност: „Социална медицина и организация на  
здравеопазването и фармацията“

**Научен ръководител:**

Проф. д-р Лора Христова Георгиева, дм

**Официални рецензенти:**

Проф. д-р Ралица Златанова Златанова-Великова, дм

Проф. д-р Стоянка Цвяткова Желева-Попова, дм

Варна, 2022 г.

Дисертационният труд е одобрен и предложен за защита на разширено заседание на катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“ при Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“ – Варна.

Дисертационният труд е написан на 151 страници и е онагледен с 20 фигури, 31 таблици и 3 приложения.

Използвани източници: 150, от които 39 на кирилица и 111 на латиница.

Публичната защита ще се състои на ..... 2022 г. от ..... ч. в МУ-Варна.

## **ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ**

АКСУ – Агенция за качеството на социалните услуги

ДСХ – Дом за стари хора

ЗСУ – Закон за социалните услуги

МКБ-10 – Международна класификация на болестите – 10 ревизия

СЗО - Световна здравна организация

ТЕЛК – Териториална експертна лекарска комисия

ТПС – Технически помощни средства

## СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ.....	5
ЦЕЛ И ЗАДАЧИ.....	10
МЕТОДОЛОГИЯ.....	10
ХИПОТЕЗИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО.....	13
РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ.....	14
I. Нормативно регулиране и обезпеченост със социални институционални услуги в България .....	14
II. Проучване сред сред институционализирани лица на възраст 65 и повече години (n=175) .....	17
1. Характеристика на изследвания контингент.....	17
2. Медицинско и социално обслужване преди институционализацията .....	23
3. Адаптация към живота в институционална среда .....	25
4. Проблеми, свързани със социализацията .....	27
5. Проблеми, свързани с условията на живот .....	39
III. Проучване сред сред институционализирани лица на възраст 65 и повече години (n=10) .....	42
IV. Проучване мнението за институционализацията сред лица на възраст 65 и повече години, живеещи в общността (n=10) .....	43
1. Начин на живот в общността .....	43
2. Отношение към институционализацията .....	44
V. Съпоставяне мнението на институционализираните лица на възраст 65 и повече години с това на тези, живеещи в общността .....	44
VI. Възможности за превенция на институционализацията .....	45
ИЗВОДИ.....	47
ПРЕПОРЪКИ.....	48
ПРИНОСИ.....	49
ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД .....	50

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Застаряването на населението е демографска тенденция, типична за европейските, както и за други развити страни по света. Бързо нараства броят на лицата на възраст 85 и повече години, като прогнозата е до 2034г. тази възрастова група да съставлява 5% от населението в света.

България е сред водещите страни в света по относителен дял на лицата на възраст 65 и повече години (над 20% от населението). Това е и една от най-уязвимите групи в обществото като специфичните им нужди дават отражение върху поведението. Тези нужди са свързани с промените във физическото и психическото състояние, настъпващи с напредване на възрастта. Поради това често старостта се свързва с изключване от активния социален живот и ограничаване на производителността.

Неформалните грижи за възрастните хора, полагани от членовете на семейството, довеждат до трудности в изпълнението на трудовите задължения за по-младите. Това довежда и до понижаване на доходите. В определен момент се налага вземане на трудното решение за понататъшната съдба на възрастния роднина. Често то е свързано с настаняване в институция – дом за стари хора. Освен затрудненията в полагането на грижи от страна на по-младите, сред основните причини за институционализация са неподходящо жилище, отдалеченост от близки и приятели, необходимост от оказване на лична помощ в ежедневието. Смяната на домашната среда с институционална е изключително стресираща за всеки човек и се свързва с загубата на самостоятелност и впоследствие и на психологическа идентичност.

### **Германия**

В Германия има около 17,5 милиона души на възраст 65 и повече години, и над 14 000 домове за възрастни, обособени в три основни типа. В първия ползвателите на услугата са със запазена автономност и почти не се нуждаят от чужда помощ в ежедневието си. Вторият тип се характеризира с по-изразена нужда на ползвателите от оказване на помощ за поддържане на домакинството и подпомагане в извършването на някои ежедневни дейности – почистване, пазаруване и др. В третия тип домове се настаняват хора, изцяло зависими от чужда помощ – това са лица на легло, за които е необходимо да се осигури 24-часово наблюдение и грижа. По отношение на финансирането, едва 5% от тези институции са общински, а голяма част се подпомагат от различни организации, явяващи

се бенефициенти. Най-често ползвателите на услугата сами заплащат таксата, която в повечето случаи надхвърля 1000 евро на месец. Дейностите в домовете за стари хора са регламентирани от германското законодателство за социално осигуряване и включват следните четири области от услуги: поддържане на личната хигиена, помощ, свързана с храненето – за приготвянето и приема на храна, подпомагане на двигателните дейности - ставане, лягане, помощ при обличане. Последната четвърта област обхваща помощ при извършване на домакинските задължения – почистване на помещението, пазаруване.

### **Норвегия**

В Норвегия през последните няколко десетилетия се наблюдава приоритизиране на домашните грижи за възрастни лица, за сметка на институционализацията. Процесът на деинституционализация зависи основно от това, че все по-трудно социалните грижи се разграничават от здравеопазването. Към момента повечето потребители на социални услуги ги получават в собствения си дом. Тази тенденция е следствие от все по-трудното разграничение между здравните и социалните грижи.

### **Великобритания**

Във Великобритания над 400 000 са ползватели на домове за грижи за възрастни хора, а през следващите две десетилетия прогнозата е за нарастване на броя им с 127%. Има различни доставчици на този вид социална услуга – в едни от тях може да се настанят и едва 10 души, а в други капацитетът надхвърля 100 ползватели. По отношение на финансирането се различават няколко типа домове за възрастни:

- собственост на независими компании с нестопанска цел или физически лица;
- управлявани от местните власти;
- собственост на благотворителни организации, особено за конкретни религиозни групи.

В домовете се предлагат разнообразни грижи - някои са старчески домове и имат регистриран медицински персонал на разположение 24 часа в денонощието, докато други са жилищни домове, в които работят хора с различни длъжности и квалификации. В трети се предлага комбинация от сестрински и жилищни грижи. Сградите, които се използват за

осъществяването на тази услуга също се различават. Една част са модерни сгради, с всички необходими съоръжения за възрастните лица. Други са построени преди около 40-50 години, специално за целта, но вече не отговарят на необходимите изисквания. Има и вариант, в който по-малки жилищни сгради се преустройват като домове за възрастни.

### **Турция**

В Турция има общо 426 домове за възрастни към месец март 2021г., от които 248 са частни. Населението на възраст 65 и повече години съставлява 9,1% от общото население на страната, което е 83,154,997. Институциите за възрастни се определят изцяло като заведения за социални услуги. В случай, че възрастните лица не разполагат с достатъчно доходи, с които да преживяват, то те могат да се настанят безплатно в домовете за обществени грижи.

### **САЩ**

В САЩ домовете за стари хора предоставят грижи на възрастни лица, загубили своята независимост, т.е. такива, срещащи затруднения в извършването на ежедневни дейности - хранене, поддържане на лична хигиена, обличане и др. Финансирането в повечето случаи е правителствено, посредством програмата Medicaid, която плаща на институциите процент, по-нисък от разходите за грижи. Въпреки трудностите в икономическо отношение за периода 2016-2021, грижата за възрастни в страната успява да остане стабилна.

### **Русия**

В Русия частните домове за стари хора са добра алтернатива за възрастните, които се нуждаят от денонощна грижа, тъй като в тях те получават специфични спрямо потребностите си услуги. За съжаление не всеки може да си позволи постъпване в такава институция по финансови причини. В такъв случай остава опцията да се настанят в държавен дом, където качеството на предлаганата услуга не е толкова добро поради недостатъчно финансиране. Най-често възрастните лица страдат от различни заболявания, което предопределя и специфичните нужди на всеки от тях, но в държавните домове остават за дълги периоди от време, като същевременно се наблюдава слабо подобрене в състоянието.

## Китай

Нуждата от институционални услуги за възрастни хора в Китай се увеличава, тъй като населението е застаряващо. По отношение на персонала в местата за настаняване се наблюдава тенденция към наемане на по-възрастни и нискообразовани лица спрямо тези институции в западните държави. Освен това, лицата, които се настаняват са с по-добри (запазени) функционални възможности спрямо същите на запад. Според систематичния преглед на Yuting Song, Ruth A. Anderson et al. (2014), в Китай е необходимо да се разработят програми, повишаващи квалификацията на персонала в домовете за възрастни, с цел осигуряване на по-добри и безопасни грижи за обитателите им.

Има редица **положителни примери** за подобряване качеството на социалните институционални услуги за възрастни хора. През последните години концепцията за взаимодействие на поколенията в обща среда все повече набира популярност.

Такава е идеята за обединяване на дом за стари хора и детска градина във **Великобритания**. Целта на подобен експеримент е да се подобри социалната активност и емоционалните реакции, както на децата, така и на възрастните.

Физическата активност и спортът дават възможности за динамично общуване между обитателите на домове за стари хора в Калифорния, **САЩ** (Mitchell et al., 2000). Разиграването на различни роли, усвояването на социални умения (уважение към останалите, толерантност, взаимопомощ), съобразяването с нуждите на цялата група (колективно мислене) са все положителни качества, които се развиват постепенно при почти всички, включени в подобен тип дейности.

Друг позитивен пример е от дом за стари хора в **Италия**, където се проследява ефективността на терапията с домашни любимци. Оценката се базира на следните показатели: тревожност, депресия, апатия, самота и качество на живот.

В **Холандия** има проект за сътрудничество между студенти от град Девентер и дом за стари хора. Студентите не плащат наем, а прекарват поне 30 часа на месец с един от 160-те жители на дома, извършвайки работа, с която подпомагат възрастните. Това ограничава



изолацията на хората в напреднала възраст и им помага да се чувстват необходими, а студентите обогатяват жизнения си опит.

Предоставянето на социални услуги не винаги се изразява само в помощ и подкрепа на ползвателите. Установяват се и **много злоупотреби**. Обитателите на институциите са рискова група по отношение на различни посегателства, най-вече поради зависимостта им от персонала.

Основните типове посегателства над възрастните хора, дефинирани от Световната здравна организация (СЗО), са следните:

- физическо насилие – изразява се в удряне, пляскане, бутане, ритане, плюене, злоупотреба с лекарства и др.;

- психическо насилие – вербална агресия, унижение, обвиняване, сплашване, принуда, изолация и др.;

- финансови злоупотреби: незаконно използване на средства или ресурси, кражба, измама, експлоатация, натиск за завещания или финансова сделка, както и злоупотреба с пълномощно или имущество;

- сексуално насилие;

- пренебрегване или изоставяне – неизпълнение на задълженията за полагане на грижи, negliжиране нуждата от медицинска или физическа помощ, лишаване от лекарства, пълноценна храна и отопление.

По данни на СЗО от систематични прегледи и мета-анализи на проучвания за малтретирането на възрастни хора, получаващи социални услуги, степента на злоупотреба е много по-висока в институциите, отколкото при социалните услуги в общността.

Поради срещата си с подобни негативни примери много възрастни и техните близки основателно се притесняват за коректността на местата за настаняване.

Необходим е задълбочен анализ на предоставянето и характеристиките на социалните институционални услуги за възрастни хора. Това е от особена важност поради актуалните демографските особености на населението. В бъдеще ще има още по-голяма необходимост от оптимизиране на този тип обслужване.

## **ЦЕЛ И ЗАДАЧИ**

### **Цел**

Целта на дисертационния труд е да се проучат основните социално-медицински проблеми на лицата на възраст 65 и повече години, настанени в социални институции и да се очертаят възможности за превенция на институционализацията.

### **Задачи**

За изпълнение на целта са поставени следните задачи:

- 1) Да се проучи международният опит в предоставянето на социални институционални грижи за лица на възраст 65 и повече години.
- 2) Да се проучи предоставянето на социални институционални услуги за лица на възраст 65 и повече години в България.
- 3) Да се проучи адаптацията на лицата на възраст 65 и повече години към живот в институционална среда.
- 4) Да се анализират проблемите на лицата на възраст 65 и повече години при живота в социална институция.
- 5) Да се проучи отношението към институционализацията на лица на възраст 65 и повече години, живеещи в общността.
- 6) Да се обсъдят възможности за превенция на институционализацията.

## **МЕТОДОЛОГИЯ**

Приложени са следните методи:

- Документален метод – анализирани са международни и национални литературни източници; нормативни документи в системата на социалната политика; данни от всички регистри на такива домове в страната; медицинска документация (здравни досиета на институционализираните лица).
- Социологически методи
  - Полуструктурирано интервю – за проучване мнението на изследваните лица

- Дълбочинно интервю – за проучване мнението на лица на възраст 65 и повече години: институционализирани и неинституционализирани – живеещи в общността.

- Наблюдение
  
- Статистически методи:
  - Дескриптивна статистика;
  - Непараметричен анализ – критерий хи-кварт на Pearson;
  - Корелационен анализ – рангова корелация на Spearman;
  - Графичен анализ – представяне на резултатите чрез кръгово-секторни и стълбовидни диаграми.

Статистическата обработка, е направена с програмата IBM SPSS, ver. 19. Статистически достоверни различия са приети при  $p < 0,05$ . Графиките са изготвени с Microsoft Excel.

Направени са следните проучвания:

I. Проучване мнението на институционализираните лица на възраст 65 и повече години относно живота в социалната институция.

Проучването е проведено в четири специализирани институции за настаняване на лица на 65 и повече години, в два града – Варна и Провадия. Във всеки от градовете е обхваната по една институция с общинска и една с частна собственост. Обхванати са всички 175 лица, настанени в тези социални институции при провеждане на проучването.

Поради спецификата на изследвания контингент (възможни зрителни, слухови и когнитивни проблеми), проучването е планирано и проведено под формата на интервю. Инструментариум на проучването е специално разработен полуструктуриран въпросник.

Средното време за провеждане на интервюто е около 60 минути. При невъзможност за пълноценно провеждане лично с респондента, информацията е получена от персонала на съответната институция (при 16 случая). Въпросникът съдържа 37 въпроса, в няколко основни направления:

- демографски, социални и здравни характеристики (възраст, пол, семейно положение, образование, собствено жилище преди институционализацията, заболявания и др.) – част от информацията е

предварително попълнена от индивидуалната документация на всеки респондент в съответната институция.

- взаимоотношения на обитателите с техните роднини и приятели (дали имат близки, дали общуват с тях и под каква форма);
- ползване на здравни и социални услуги преди постъпване в дома за стари хора;
- адаптация на настанените;
- основни проблеми при живота в институцията.

Данните за когнитивния статус са получени от здравните досиета на участниците, уточнени са от медицинския персонал в съответните домове за стари хора и потвърдени от субективната преценка на изследователя по време на провеждане на проучването, в зависимост от възможността за концентриране на вниманието при лицата, активното им участие и своевременната реакция при задаване на въпрос. По отношение на когнитивния статус, изследваните лица са групирани в четири категории – нормален, леко, средно и тежко нарушение.

Данните за зрителния и слуховия статус са уточнени по индивидуалната медицинска документация и уточняващата информация от персонала в домовете за стари хора. Според зрителния статус разпределението на лицата е в три групи – нормално зрение (вкл. с очила), нарушено зрение и пълна слепота. Слуховият статус е представен също в три групи – нормален слух, намален слух и пълна глухота.

II. Проучване мнението на институционализирани лица на възраст 65 и повече години, по отношение на начина им на живот преди настаняването в социална институция, основните причини, довели до постъпване в дом за стари хора, начина на живот в дома и възможните перспективи за бъдещето.

Проведено е дълбочинно интервю с 10 институционализирани лица, настанени в частен дом за стари хора в град Варна. От респондентите 4 са мъже, 6 са жени, на възраст от 74 до 89 г. Средната им възраст е  $83,5 \pm 4,3$  г. Всички са със съхранена когнитивна функция. За целта е разработен въпросник, включващ пет теми, като в хода на интервюто се добавяха допълнителни въпроси. Въпросите се отнасят до:

- описание на живота преди институционализацията (жилище, семейство, трудова заетост, взаимоотношения с близки, трудности);
- формиране на решението за институционализация (участие на респондента във вземането на решение за постъпване в дом за стари хора, участие на близките му в процеса);
- описание на първите дни от живота в институция;
- описание на настоящия живот в институция;
- нагласа за бъдещето.

III. Проучване мнението на лица от общността на възраст 65 и повече години за домовете за стари хора и нагласата им за постъпване в такава институция.

Проведено е дълбочинно интервю с 10 лица на възраст 65 и повече години, живеещи в общността. От респондентите 5 са мъже, 5 са жени, на възраст от 65 до 84г. Двама са с различен от български етнос – една жена от руски и един мъж от турски произход, и двама са работещи. За целта е разработен въпросник, включващ три теми, като се добавяха и допълнителни въпроси в хода на интервюто. Въпросите се отнасят до:

- живот в момента (описание на семейството, социална активност, финансова обезпеченост, наличие на здравословни проблеми);
- мнение за социалните институции за възрастни хора (информираност) и представа за живота в такава институция;
- нагласа за настаняване в социална институция.

### **3. ХИПОТЕЗИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО**

- Институционализацията е алтернатива за лицата на възраст 65 и повече години, при отсъствие на близки или при невъзможност да се грижат за тях.
- Институционализираните лица на възраст 65 и повече години изпитват затруднения в адаптацията към живот в институционална среда.
- Условието в социалните институции за лицата на възраст 65 и повече години са незадоволителни за техния пълноценен живот, което изисква оптимизиране на средата и по-голяма обществена ангажираност.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

### **I. Нормативно регулиране и обезпеченост със социални институционални услуги в България**

Към специализираните институции за предоставяне на социални услуги за лица на 65 и повече години в България спадат домовете за стари хора (ДСХ), както и домовете за пълнолетни лица с увреждания:

- *Дом за пълнолетни лица с умствена изостаналост* е специализирана институция за хора с водеща диагноза „умствена изостаналост“, установена с експертно решение на Териториална експертна лекарска комисия (ТЕЛК).

- *В Дом за пълнолетни лица с психични разстройства* се настаняват лица с водеща диагноза, попадаща в обхвата на психичните разстройства, установена с експертно решение на ТЕЛК.

- *Дом за пълнолетни лица с физически увреждания* е специализирана институция за лица с физически увреждания, установени с експертно решение на ТЕЛК.

- *В Домовете за пълнолетни лица със сетивни нарушения* попадат лица със сетивни нарушения, установени с експертно решение на ТЕЛК.

- *Дом за пълнолетни лица с деменция* е специализирана институция за лица с деменция или болест на Алцхаймер.

- *Дом за стари хора* е специализирана институция, предоставяща комплекс от социални услуги на лица, навършили възрастта за придобиване право на пенсия за осигурителен стаж и възраст, включително на онези от тях, които са с физически увреждания и имат процент намалена работоспособност.

**Финансирането** на социалните услуги за лица на 65 и повече години представлява важен аспект от проблема. Министерството на труда и социалната политика, съвместно с Министерство на финансите определя финансирането на социалните услуги като държавно делегирана дейност. Министерството на финансите разпределя средствата за цялата социална сфера в ежегодния бюджет на България и определя тарифите за финансиране на социалните услуги в страната.

Агенцията за социално подпомагане е изпълнителен орган към министъра на труда и социалната политика и се явява второстепенен разпоредител на финансовите средства за социално подпомагане.

Съгласно Закона за социалните услуги (ЗСУ), социалните услуги се финансират от:

- от държавния бюджет;
- общинските бюджети;
- частни доставчици на социални услуги.

Социалните услуги и създаването на необходимата за предоставянето им среда могат да се финансират и от европейски структурни и инвестиционни фондове; средства от фонд Социална закрила; европейски програми и проекти; международни финансови институции; физически и юридически лица, както и от други източници.

Социалните дейности, делегирани от държавата, се финансират със средства от републиканския бюджет. Моделът на финансиране е централизиран, регламентиран чрез Закона за устройството на държавния бюджет, Закона за държавния бюджет на Република България за всяка година, Закона за общинските бюджети, Закона за местните данъци и такси и други подзаконови актове. Общините могат сами да определят размера на средствата, с които да финансират социалните дейности и да заложат този размер в общинския бюджет.

Ползвателите на социални услуги заплащат такси. Таксите за социални услуги, финансирани от държавата, са определени в тарифа, утвърдена от Министерския съвет. Агенцията за социално подпомагане изготвя предложение за размера на таксата за ползване на всяка от тези услуги. Таксите за социални услуги, финансирани от общинските бюджети, се заплащат по Закона за местните данъци и такси.

От 01.07.2021г. е в сила нов Закон за социалните услуги, който урежда предоставянето, ползването, планирането, финансирането, качеството, контрола и мониторинга на социалните услуги в Република България. Според него ползването на социални услуги не е задължение, а възможност, зависеща от волята на потребителя им. Въвежда се планиране на социалните услуги съгласно Национална карта на социалните услуги, която ще се изготвя съобразно резултатите след всяко преброяване на населението. Към допълнителните разпоредби на ЗСУ са дефинирани и някои термини. „Резидентна грижа“ е място за настаняване и осигуряване на 24-часова грижа. „Възрастни хора в надтрудоспособна възраст“ включва лица, които не могат самостоятелно да задоволяват своите ежедневни потребности от битов характер (пазаруване, приготвяне на

храна, хранене, поддържане на лична хигиена и хигиена на дома), осъществяване на социални контакти и включване в живота на общността.“ Терминът „Специализирана среда“ е физическо пространство, което осигурява необходимите материални условия (сграден фонд, оборудване, обзавеждане и други) за предоставяне на социална услуга.

Със ЗСУ се създава Агенция по качеството на социалните услуги (АКСУ). Ролята на тази агенция е да контролира и мониторира предоставянето на социални услуги. Освен това тя лицензира доставчиците на тези услуги.

През последната година (2021) излизат редица медийни публикации и телевизионни предавания, отразяващи сериозни проблеми в местата за настаняване на стари хора в България. За някои от тях става ясно, че дори не са регистрирани в Агенцията по качеството на социалните услуги, което автоматично ги извежда от регулация. По този начин не може да се осигурява мониторинг и ефективен контрол върху дейността им. Това ощетява в най-голяма степен ползвателите на услугата. Близките им също се чувстват подведени, а авторитетът на други социални институции се уронва, независимо, че те изпълняват стриктно всички изисквания за функциониране.

По данни от регистрите на Агенцията за социално подпомагане, актуални към месец април 2021г., в страната има общо 81 държавни и почти два пъти повече - 147 частни ДСХ.

В София-град например има само 4 държавни ДСХ и още 50 частни. В Пловдив държавните са 2, докато частните са 20. Във Варна има 3 държавни и 21 частни. От данните може да се заключи, че най-големите градове имат по-малко държавни ДСХ, отколкото по-малки градове като Стара Загора – с 6, Враца – с 5 или В. Търново – с 5.

Прави впечатление, че в област Търговище няма нито един държавен ДСХ, но за сметка на това има 3 частни.

В градовете Благоевград, Видин, Кърджали, Разград, Русе и Шумен няма нито един частен ДСХ.

Предоставянето на информация за броя легла в ДСХ и по-точно официалното ѝ публикуване не е задължително изискване към доставчиците на социални услуги. Липсата на данни за броя на леглата в



частните социални институции затруднява формирането на действителна оценка за осигуреността с този тип услуга.

## II. Проучване сред институционализиран лица на възраст 65 и повече години (n=175)

### 1. Характеристика на изследвания контингент

От 175 изследвани лица, настанени в ДСХ, 121 (69%) са жени и 54 (31%) мъже (Таблица 2), което прави съотношението жени:мъже приблизително 2:1.

**Табл. 2. Характеристики на изследвания контингент (n=175).**

Характеристика	Брой	%
<b>Пол</b>		
Мъже	54	30,9
Жени	121	69,1
<b>Възрастови групи</b>		
65-69 години	15	8,6
70-74 години	24	13,7
75-79 години	25	14,3
80-84 години	49	28,0
85-89 години	35	20,0
90-94 години	21	12,0
95+ години	6	3,4
<b>Образование</b>		
Висше	32	18,3
Средно	81	46,3
Основно и по-ниско	62	35,4
<b>Семейно положение</b>		
Семеен	19	10,9
Вдовец	113	64,6
Разведен	31	17,7
Несемеен	12	6,9
<b>Наличие на собствено жилище</b>		
Да	50	28,6
Имах, но го прехвърлих на близки	52	29,7
Не	73	41,7

По семейно положение по-голямата част са вдовци – 113 (64%) и разведени – 31 (18%). Повечето са били самотно живеещи преди постъпването в институцията. В хода на интервюто семейните споделиха, че съпругът им не може да се грижи за тях и това е довело до идването им в институцията. В случаите с когнитивни нарушения те не се в състояние да вземат самостоятелно решение за бъдещето и биват институционализирани по желание на своите близки.

Причините, които предопределят бъдещето на възрастния човек да продължи в дом за стари хора са комплексни. Несъмнено те са и специфични за всеки от ползвателите на услугата, но биха могли да се очертаят едни от най-честите такива. Животът, който е водил човекът преди да постъпи в институция, особено месеците, непосредствено преди това, е от решаващо значение при направата на такъв избор.

Почти всички респонденти (170) имат близки родственици и едва 5 нямат такива (Таблица 3). Деца имат 147 (87,9%), а внуци - 131 (56,0%). Очевидно е, че настаняването в институция не се дължи на липса на близки. Много често, особено в по-силно развитите в икономическо отношение страни по света има подобна тенденция. Причината е трудова заетост или отдалечено местожителство на близките.

**Табл. 3. Разпределение на изследваните лица според наличието на близки**

<b>Наличие на близки</b>	<b>Брой (%)</b>
Съпруг	12 (6,9)
Деца	147 (87,9)
Внуци	131 (56,0)
Брат, сестра	72 (41,1)
Племенници	105 (60,0)
Братовчед/и	54 (30,9)
Нямам близки	5 (2,9)

*Сумата от процентите надхвърля 100%, тъй като участниците са посочили повече от един отговор*

Преди институционализацията, по-голямата част от респондентите са живели в същия град, където се намира съответната институция 90 (51,4%). Данните са представени на Таблица 4.

**Табл. 4. Разпределение на изследваните лица по местожителство преди институционализацията**

Местожителство преди институционализацията	Брой (%)	%
В същия град	90	51,4
В друг град	49	28,0
В село	36	20,6
Общо	175	100,0

При съпоставяне на изследваните лица в зависимост от тяхното образование и типа собственост на институцията (Таблица 5) установяваме, че по-образованите са настанявани в частен ДСХ. Това може би е свързано и с финансовото състояние на тях и техните близки. По-голямата част от висшистите – 18 (56,3%) са в частен ДСХ, а преобладаващият дял от лицата с основно и по-ниско образование обитават държавен ДСХ – 47 (75,8%). Има статистически значима разлика по отношение типа образование на изследваните лица и типа финансиране (общинско или частно) на институцията ( $\chi^2=10,67$ ;  $p=0,005$ ). Може да се каже, че по-високата степен на образование обезпечава в по-голяма степен и финансово ползвателите, което им позволява да ползват частната социална услуга. Често условията на живот, поне в битово отношение, са по-добри в частните институции.

**Табл. 5. Съпоставяне на изследваните лица според образованието им и типа собственост на институцията.**

Образование	Тип собственост на ДСХ		Общо
	Общински	Частен	
<b>Висше</b>	14 (8,0%)	18 (10,3%)	32 (18,3%)
<b>Средно</b>	45 (36,1%)	36 (20,6%)	81 (46,3%)
<b>Основно и по-ниско</b>	47 (26,9%)	15 (8,6%)	62 (35,4%)
<b>Общо</b>	106 (60,6%)	69 (39,4%)	175 (100,0%)

При съпоставяне на семейното положение с типа институция (Таблица 6) се установява, че възрастните хора, които не са съжителствали с партньор непосредствено преди постъпването в ДСХ, се настаняват предимно в домове с общинско финансиране, като резултатът е статистически значим ( $\chi^2=10,47$ ;  $p=0,001$ ). Това може да се обясни с финансовите затруднения, с които се сблъскват несемейните. Много по-трудно би било за сам човек да успее да покрие ежемесечните си задължения за такса в частен ДСХ. Още повече, че освен този разход, се налага и закупуване на лекарства със собствени средства. В държавните институции също ползвателите сами осигуряват средствата за медикаменти, но всичко останало е по-евтино спрямо услугата в частен ДСХ. Доходите в напреднала възраст са твърде ограничени.

Бедността сама по себе си поставя в риск физическото оцеляване, а рискът от бедност е по-висок сред самотно живеещите възрастни хора. При някои домуващи, дори и да са сами, не представлява трудност да си подсигурят таксата, използвайки средствата от своята пенсия, но те са единици.

**Табл. 6. Съпоставяне на изследваните лица според семейното им положение и типа собственост на институцията.**

Семейно положение	Тип собственост на ДСХ		Общо
	Общински	Частен	
Сам	101 (57,7%)	55 (31,4%)	156 (89,1%)
Семеен	5 (2,9%)	14 (8,0%)	19 (10,9%)
Общо	106 (60,6%)	69 (39,4%)	175 (100,0%)

В Таблица 7 са представени данни за водещата диагноза и за придружаващите заболявания по Международната класификация на болестите – 10 ревизия (МКБ-10). Вижда се, че най-голям дял имат заболяванията на органите на кръвообращението - 116 (66,3%). Това не е изненадващо предвид напредналата възраст и високото разпространение на сърдечно-съдовите заболявания в страната.

**Табл. 7. Разпределение на респондентите според водещата диагноза и придружаващите заболявания по МКБ-10.**

Класове заболявания по МКБ-10	Водеща диагноза n (%)	Придружаващи заболявания n (%)
I. Инфекциозни болести и паразитози		1 (0,6)
II. Новообразувания	2 (1,1)	7 (4,0)
III. Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм		10 (5,7)
IV. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	6 (3,4)	52 (29,7)
Захарен диабет		37 (21,1)
Дислипидемия		6 (3,4)
Други		9 (5,1)
V. Психични и поведенчески разстройства	8 (4,6)	49 (28,0)
Деменция		12 (6,9)
Други		37 (21,1)
VI. Болести на нервната система	8 (4,6)	41 (23,4)
VII. Болести на окото и придатъците му		21 (12,0)
Глаукома		5 (2,9)
Сенилна катаракта		12 (6,9)
Други		4 (2,3)
VIII. Болести на ухото и мастоидния израстък		6 (3,4)
IX. Болести на органите на кръвообращението	116 (66,3)	382 (218,3)*
Хипертонична болест на сърцето		143 (81,7)
Инсулт		43 (24,6)
Други мозъчносъдови болести		80 (45,7)
Исхемична болест на сърцето (вкл. остър миокарден инфаркт)		61 (34,9)
Сърдечна недостатъчност		24 (13,7)
Други		31 (17,7)
X. Болести на дихателната система	5 (2,9)	28 (16,0)
XI. Болести на храносмилателната система	4 (2,3)	29 (16,6)
XII. Болести на кожата и подкожната тъкан	1 (0,6)	3 (1,7)
XIII. Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	11 (6,3)	63 (36,0)
Артрози		33 (18,9)
Остеопороза		8 (4,6)
Други		22 (12,6)
XIV. Болести на пикочо-половата система	4 (2,3)	21 (12,0)
XIX. Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	10 (5,7)	15 (8,6)
XX. Външни причини за заболяемост и смъртност		2 (1,1)

\*При придружаващите заболявания сумата от процентите надвишава 100%, тъй като участниците имат повече от едно придружаващо заболяване от същия клас

Освен по водеща диагноза и придружаващи заболявания, изследваните лица са разпределени и по други признаци, отнасящи се до здравния им статус - подвижност, когнитивна функция, слух и зрение (Таблица 8). Данните показват, че придвижващите се без и с технически помощни средства (ТПС) са с почти еднакъв дял.

По-голямата част от изследваните лица 142 (81,1%) са със запазена когнитивна функция. Следващата група е тази на лицата с леко нарушение в когнитивната функция – 14 (8,0%).

В зависимост от степента на нарушение на слуха, са представени три категории респонденти. Най-много са лицата с нормален слух 112 (64,0%), следвани от тези с намален слух. Лица с пълна глухота липсват.

По отношение на зрението, близо половината 71 (40,6%) не виждат добре, въпреки че имат очила.

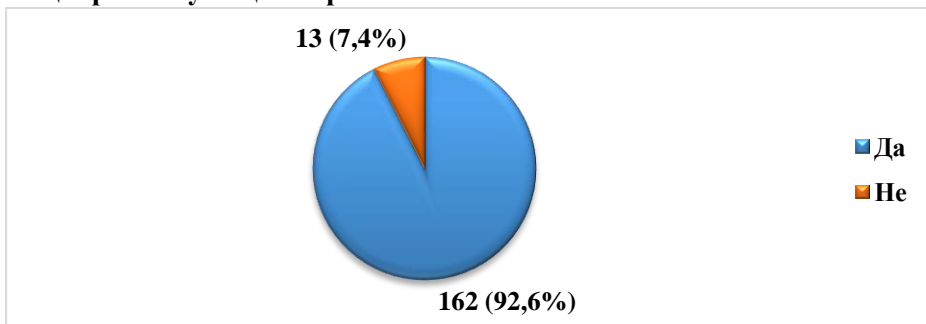
**Табл. 8. Разпределение на изследвания контингент по двигателен, когнитивен и сензорен статус**

Признак	N (%)
<b>Подвижност</b>	
Придвижва се самостоятелно	77 (44,0)
Придвижва се с помощта на технически помощни средства	81 (46,3)
На легло	17 (9,7)
<b>Когнитивен статус</b>	
Нормален	142 (81,1)
Леко нарушение	14 (8,0)
Средно тежко нарушение	12 (6,9)
Тежко нарушение	7 (4,0)
<b>Слух</b>	
Нормален	112 (64,0)
Намален	63 (36,0)
Пълна глухота	-
<b>Зрение</b>	
Нормално (вкл. с очила)	104 (59,4)
Нарушено	71 (40,6)
Пълна слепота	-

## 2. Медицинско и социално обслужване преди институционализацията

Медицинското обслужване в лицето на общопрактикуващ лекар (ОПЛ) е от голямо значение за осигуряване на адекватна и своевременна медицинска помощ на лицата на възраст 65 и повече години, предвид завишените им здравни нужди. На Фигура 1 са представени данните, отнасящи се до наличието на ОПЛ при изследваните лица. По-голямата част от респондентите имат ОПЛ - 162 (92,6%). Лицата, които нямат личен лекар биват обслужвани от лекаря, назначен към ДСХ, в който живеят.

**Фиг. 1. Разпределение на респондентите според наличието на общопрактикуващ лекар**



Важен фактор за вероятна институционализация на възрастните хора е техният достъп до медицинско обслужване преди постъпване в ДСХ. От посочените резултати на Таблица 9 може да се обобщи, че голяма част от обследвания контингент са имали затруднен достъп до една или повече медицински услуги преди постъпването в ДСХ. Това би обяснило изборът за институционално обслужване от страна на домащите или техните близки. Затрудненият достъп до услуга може да е породен от различни обстоятелства за всеки един. Някои имат двигателни нарушения, които не им позволяват самостоятелно (без придружител) да ползват съответната услуга. При други ограниченията са наложени от местожителството им преди това. В по-малките населени места, особено в селата, има ограничения в медицинското обслужване – териториални и времеви. Малко села могат да осигурят повечето от изброените медицински услуги. По отношение на фактора местожителство преди

постъпване в ДСХ, резултатите за всеки един от отговорите имат статистически значима разлика ( $p=0,001$ ) - възрастните, живеещи на село преди постъпване в ДСХ, не са имали достъп до почти никоя от медицинските услуги. По отношение на факторите пол и възраст, не се регистрира статистически значима разлика в резултатите за отделните отговори ( $p>0,05$ ).

**Табл. 9. Затруднен достъп до здравни услуги преди институционализацията**

Здравни услуги	N (%)	P( $\chi^2$ )		
		Възраст	Пол	Местожителство
Личен лекар	10 (5,7)	0,660	0,519	0,001
Лекар специалист	22 (12,6)	0,762	0,275	0,001
Сестрински грижи	16 (9,1)	0,261	0,972	0,001
Лаборатория	28 (16,0)	0,115	0,292	0,001
Аптека	27 (15,4)	0,214	0,227	0,001
Рентген	34 (19,4)	0,090	0,299	0,001
Ехограф	34 (19,4)	0,090	0,299	0,001

Посочените данни на Таблица 10 показват, че, че по-голямата част от домащите не са ползвали социална услуга, предоставяна в общността, преди институционализацията – 154 (88,0%).

**Табл. 10. Разпределение на изследваните лица според типа социална услуга, ползвана преди институционализацията.**

Социална услуга	N (%)
Домашен социален патронаж	13 (7,4%)
Личен асистент	6 (3,4%)
Социален асистент	3 (1,7%)
Домашен помощник	1 (0,6%)
Дневен център за стари хора	0 (0,0%)
Не	154 (88,0%)

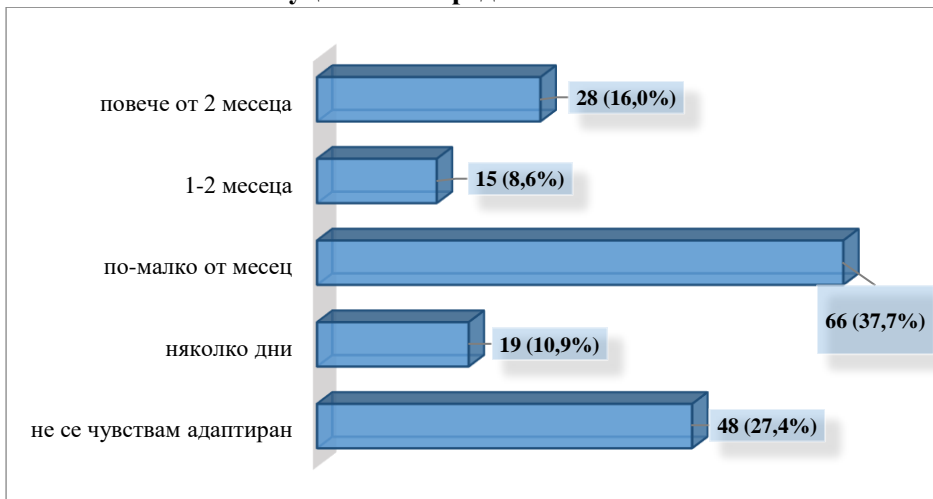
*Сумата от процентите надхвърля 100%, тъй като участниците са посочили повече от един отговор*



### 3. Адаптация към живота в институционална среда

Резултатите показват, че повечето лица успяват да се адаптират за сравнително кратко време, но има и такива, които не могат да свикнат с новия си начин на живот въобще. Времето, за което възрастните хора са се адаптирали, е представено на Фигура 2. Най-голям дял от респондентите (37,7%) са се адаптирали за по-малко от месец, но за съжаление следващият по големина дял (27,4%) отговарят, че все още не се чувстват адаптирани. Не съществува статистически значима разлика между отговорите, дадени за адаптацията спрямо възрастта, пола, наличието на близки и броя придружаващи заболявания на изследваните ( $p > 0,05$ ).

**Фиг. 2. Разпределение на респондентите според времето за адаптация към живота в институционална среда**



При съпоставянето на подвижността на участниците с времето, което им е необходимо за свикване в новата среда (Таблица 11), се установи, че за по-малко от месец са се адаптирали предимно лицата от групата „движи се с помощта на технически помощни средства“ – 32 (18,3%). При тези, които все още не се чувстват адаптирани, преобладават лицата, които се движат самостоятелно – 23 (13,1%). Няма статистически

значима разлика между времето за адаптация и подвижността ( $\chi^2=4,974$ ;  $p=0,760$ ).

**Табл. 11. Съпоставяне на времето за адаптация спрямо степента на подвижност на респондентите**

Подвижност	Време за адаптация към живот в институционална среда					
	Няколко дни	По-малко от месец	1-2 месеца	Повече от 2 месеца	Не се чувствам адаптиран	Общо
Движи се самостоятелно	7 (4,0%)	28 (16,0%)	7 (4,0%)	12 (6,9%)	23 (13,1%)	77 (44,0%)
Движи се с технически помощни средства	11 (6,3%)	32 (18,3%)	6 (3,4%)	15 (8,6%)	18 (10,3%)	81 (46,3%)
На легло	1 (0,6%)	6 (3,4%)	2 (1,1%)	1 (0,6%)	7 (4,0%)	17 (9,7%)
Общо	19 (10,9%)	66 (37,7%)	15 (8,6%)	28 (16,0%)	48 (27,4%)	175 (100,0%)

Посещенията в ДСХ имат важно значение по отношение на адаптацията (Таблица 12). Въпреки че има статистически значима разлика между времето за адаптация при отделните групи лица спрямо честота на посещения ( $\chi^2=26,494$ ;  $p=0,047$ ), резултатът не е убедителен. Например, най-много от всички посочили отговора „не се чувствам адаптиран“ са тези, имащи посещения от близки веднъж седмично, но подобен брой са и тези с отговори „никога“ и „много рядко“. Явно честотата на посещения не винаги влияе благоприятно на възрастните и те по-трудно преодоляват настъпилите промени в живота. Социалната подкрепа е необходима на всеки човек, но честотата на контактите с близките не е непременно с позитивен резултат, а е по-важно индивидуалното усещане за тяхната пълноценност.

**Табл. 12. Съпоставяне честотата на посещения на близки и времето за адаптация към живот в институционална среда**

Честота на посещения в дома	Време за адаптация към живот в институционална среда					
	Няколко дни	По-малко от месец	1-2 месеца	Повече от 2 месеца	Не се чувствам адаптиран	Общо
<b>Никога</b>	4 (2,3%)	9 (5,1%)	0 (0,0%)	7 (4,0%)	12 (6,9%)	32 (18,3%)
<b>Много рядко</b>	3 (1,7%)	20 (11,4%)	9 (5,1%)	11 (6,3%)	12 (6,9%)	54 (30,9%)
<b>Веднъж месечно</b>	5 (2,9%)	26 (14,9%)	2 (1,1%)	5 (2,9%)	8 (4,6%)	46 (26,3%)
<b>Веднъж седмично</b>	7 (4,0%)	11 (6,3%)	4 (2,3%)	5 (2,9%)	15 (8,6%)	42 (24,0%)
<b>Ежедневно</b>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,6%)	1 (0,6%)
<b>Общо</b>	19 (10,9%)	66 (37,7%)	15 (8,6%)	28 (16,0%)	48 (27,4%)	175 (100%)

#### **4. Проблеми, свързани със социализацията**

Общуването с другите лица в дома, било то съжителители или персонал е предопределящ фактор за развитието на по-нататъшния престой на домуващите. Влошените взаимоотношения на територията на дома най-често предизвикват конфликти, които от своя страна усложняват още повече състоянието на лицата. По-голямата част от изследваните се разбират добре с останалите – 105 (60,0%), а 51 (29,1%) отбелязват, че са в добри отношения само с някои от обитателите (Таблица 13).

Някои посочиха конкретни имена сред настанените, за които споделиха, че са им по-близки и с удоволствие прекарват времето си с тях. Сходните проблеми, както и обстоятелствата, пред които са изправени, сплотяват голяма част от обитателите на ДСХ. Не са малко и тези, които не общуват с никой от останалите обитатели – 13 (7,4%). Това се проявява поради невъзможност за комуникация (нарушен слух, говор, когнитивни проблеми) или нежелание. Липсата на желание най-често идва като следствие от развита депресивна симптоматика, която се задълбочава още

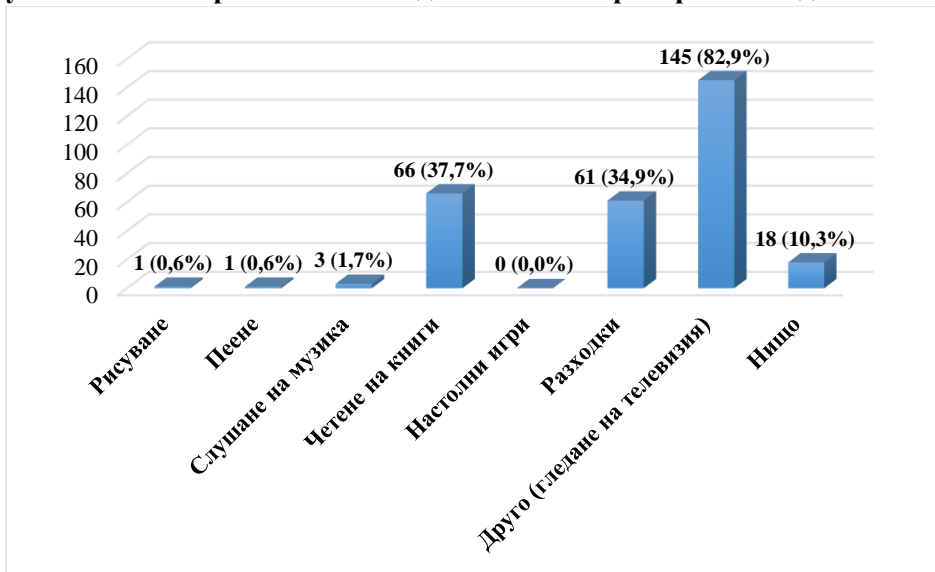
повече при самоизолирането на болния. Много често болните ползватели на услугата, особено коморбидните, самосъзнателно се отделят от останалите като ограничават контактите си с тях. При съпоставяне на времето на пребиваване в ДСХ и начините на общуване с останалите обитатели, повечето са посочили, че живеят в разбирателство с останалите.

**Табл. 13. Съпоставяне на времето, прекарано в институцията с начина на общуване с останалите обитатели**

Престой в дома	Общуване с останалите обитатели				
	Не общувам	В разбирателство	С някои се разбирам, с други не	В чести конфликти	Общо
Под 1 година	6 (3,4%)	38 (21,7%)	16 (9,1%)	1 (0,6%)	61 (34,8%)
1-3 години	5 (2,9%)	32 (18,2%)	7 (4,0%)	1 (0,6%)	45 (25,7%)
3-5 години	1 (0,6%)	4 (2,3%)	6 (3,4%)	0 (0,0%)	11 (6,3%)
Над 5 години	1 (0,6%)	31 (17,7%)	22 (12,6%)	4 (2,3%)	58 (17,2%)
<b>Общо</b>	13 (7,4%)	105 (60,0%)	51 (29,1%)	6 (3,4%)	175 (84,0%)

Възможностите за по-пълноценно прекарване на времето в ДСХ също допринасят за подобряване самочувствието, а оттам и по-лесната социализация на домуващите. На Фигура 3 е представено разпределението на участниците спрямо отговорите, които са посочили за въпроса „Как се разсейвате в дома?“.

**Фиг. 3. Разпределение на участниците в изследването спрямо участието им в развлекателни дейности на територията на дома**



*Сумата от процентите е повече от 100%, защото запитаните са давали повеќе от един одговор.*

Много от дейностите се осъществяват колективно, с помощта на служителите в домовете. В това число влизат занимания като рисуване, пеење, слушане на музика, участие в настолни игри, разходки, гледане на телевизия. При съвместното им осъществяване домаќините создават и утврждават вече создадени пријателски одношения помеѓу си. В институциите е редно да се обрне особено внимание на социјализацијата, предвид создадената изолација, особено при лица с тежки здравословни проблеми, при които тя се задълбочава още повеќе со времето. Организирането на подобни активности, с цел разнообразявање на ежедневието и подобрявање на социјалните контакти, се приеми многу добре от ползвателите на услугата. Немалка част от тях споделят преживувањата си при описвање на одделните дейности.

Нај-масовото развлечение е гледането на телевизия („друго“) - 145 (82,4%). Следват „четене на книги“ 66 (37,7%) и „разходки“ 61 (34,9%). В случај, че не можат да гледат телевизия поради повреда на телевизор или

смущения в преподавателя, те се потискат, натъжават, а някои стават и агресивни. Четенето на книги също помага за по-лекото прекарване на времето в институцията. За съжаление много от респондентите споделят за уморяване на очите при по-дълго четене и по тази причина им се налага да ограничават времето за книги. Разходките в дома спомагат за разсейване, както и за подобряване на мобилността. Особено предпочитани са разходките в двора или градината на дома през топлите месеци на годината, тъй като там те се чувстват най-добре. Това е и една от причините тези с нарушена двигателна способност и особено напълно неподвижните, да проявяват по-често депресивна симптоматика. Двигателната активност на повечето се подпомага от персонала, в това число рехабилитатор, медицинска сестра. Това подобрява самочувствието и настроението им и в дните, когато нямат възможност да излизат в градината се чувстват по-потиснати.

Нито един не играе настолни игри, само трима слушат музика, един пее, един рисува. Има и лица, които не извършват нито едно от посочените занимания за по-пълноценно прекарване на времето в дома. Това са обикновено лица с тежки соматични увреждания, които не им позволяват да упражняват изброените дейности. А има и такива, които поради задълбочаващи се депресивни симптоми сами отказват да се разсейват. Те нямат желание за нищо и дори споделят, че искат смъртта им да настъпи по-бързо.

Преобладаващата част от респондентите, които не участват в развлекателни дейности, се придвижват с помощта на ТПС, като се установява статистически значима разлика в резултатите ( $\chi^2=10,518$ ;  $p=0,005$ ) - изпитващите затруднения в придвижването имат и ограничения в развлекателните дейности.

Водещите развлекателни дейности в дома са отнесени към факторите пол възраст, образование и тип финансиране на институцията (Таблица 14).

**Табл. 14. Участие в развлекателни дейности, според някои характеристики на респондентите**

Развлекателна дейност	Брой (%)	P( $\chi^2$ )			
		Пол	Възраст	Образование	Финансиране на ДСХ
Четене на книги	66 (37,7)	0,032	0,062	0,001	0,335
Разходки	61 (34,9)	0,189	0,291	0,611	0,001
Друго (гледане на телевизия)	145 (82,9)	0,327	0,029	0,551	0,005

Жените четат книги повече от мъжете, съответно 52 (29,7%) жени и едва 14 (8,0%) мъже ( $\chi^2=4,620$ ;  $p=0,032$ ). Предпочтания към четенето на книги имат по-образованите ( $\chi^2=23,315$ ;  $p=0,001$ ). Не съществува статистически значима разлика между отговорите, дадени за четене на книги като развлекателна дейност спрямо възрастта и типа финансиране на ДСХ ( $p>0,05$ ).

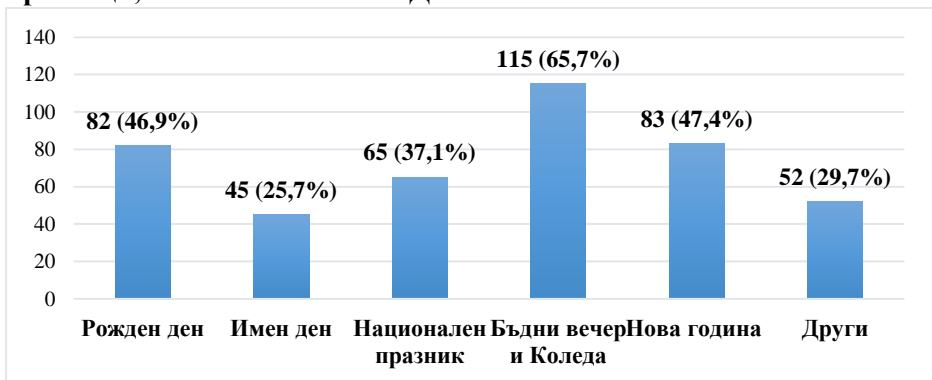
Няма статистически значима разлика между предпочитанието за разходки на изследваните спрямо пола, възрастта и образованието ( $p>0,05$ ), но има разлика според типа финансиране на ДСХ - много повече настанени в домовете с общинско финансиране са посочили „разходки“ като развлекателна дейност и едва 6 (3,4%) от частните институции ( $\chi^2=34,336$ ;  $p=0,001$ ). Това се дължи на по-свободния режим и възможността за излизане извън институцията (след регистрация на входа на часа на напускане и връщане в сградата), която съществува в един от общинските ДСХ.

За отговора „друго“, където масово е посочено гледане на телевизия, има статистически значима разлика в резултатите по отношение на възрастта. Гледането на телевизия в общинските домове е с по-висока честота спрямо това в частните ( $\chi^2=7,855$ ;  $p=0,005$ ). При провеждане на изследването се установи, че във всеки от домовете има телевизор, намиращ се в общо помещение, което позволява да се ползва едновременно от много хора. В общинските домове по-често се събират да гледат телевизия колективно, отколкото в частните. По-малко телевизия гледат домакущите с нарушен слух ( $\chi^2=9,052$ ;  $p=0,003$ ) и зрение

( $\chi^2=3,890$ ;  $p=0,049$ ), но по отношение на когнитивната функция ( $\chi^2=5,474$ ;  $p=0,140$ ) в резултатите няма статистически значима разлика. В по-късните възрасти честотата на този отговор постепенно намалява ( $\chi^2=14,063$ ;  $p=0,029$ ). Полът и образованието не оказват влияние ( $p>0,05$ ).

Друг фактор, който се отразява на социализацията е **отбелязването на различни празници** (Фигура 4). Осигуряването на празнични събития на територията на дома, се възприема положително от почти всички настанени. Много по-лесно е за възрастните хора да открият нови приятелства или да сплотят взаимоотношенията помежду си, когато има подобно колективно събитие, с развлекателен характер. Наблюдаваните резултати показват, че във всеки от домовете се осигуряват празнични събития, като в зависимост от състоянието на респондентите се определя и посещаемостта. Обикновено през топлите месеци от годината празничните събирания са на открито – в двора или градината на дома, а през студените месеци – в бюфет, столова. По време на интервютата част от респондентите споделят, че при невъзможност за придвижване до организираното събитие, те също го отбелязват макар и символично в стаята си, като за целта им се осигурява празнично меню, подходяща обстановка. В стаите на всички настанени се поставя подходяща украса, в зависимост от темата на празника. Така неподвижните не се чувстват изолирани и пренебрегнати.

**Фиг. 4. Разпределение на изследваните лица според видовете празници, които отбелязват в ДСХ**



*Сумата от процентите е повече от 100%, защото запитаните са давали повече от един отговор.*



С най-голяма честота е отговор „**Бъдни вечер и Коледа**“. Традициите осигуряват по-голяма приемственост между обитателите, създават усещане за принадлежност към едно общо семейство. Съпроводен с повече уют и топлина, този празник ограничава тъгата и негативните мисли на повечето домакущи, които иначе биха се засилили допълнително в този период от годината.

На второ място по разпространеност е отговорът „**Нова Година**“, който се отбелязва във всички държави по света, независимо от религия, етнос и друга социална принадлежност. Веселието, сплотеността и тържественото настроение без съмнение подтикват празнуващите лица към създаване на по-трайни, топли и основани на взаимно доверие и съпричастност взаимоотношения. Тук е редно да се отбележи и значимата роля на служителите в домовете. Те осигуряват необходимите условия за провеждането на тези мероприятия. Освен това бдително следят за разгръщането на конфликти между домакущите и своевременно ги потушават. Служителите организират обслужването, в това число и помощта при обличане, хранене на някои от възрастните лица, имащи дефицити в различни области (физически или умствени), така че те да не се чувстват изолирани и потиснати по време на празниците.

С почти същия резултат като „Нова година“ идва отговорът „**Рожден ден**“, посочен от 82 (46,9%). Празнуването на рождените дни е събитие, на което понякога присъстват и роднини на рожденика. В тези моменти персоналът на дома осигурява пространство и подходяща атмосфера за осъществяване на събитието, като в някои случаи се осигурява и участие на изпълнители на музика на живо по време на тържествата. Респондентите споделят за силни емоции по време на изпълненията. При празнуване на рожден ден, имен ден или друг личен празник, лицето чийто повод се отбелязва от дома, се чувства прието от останалите. Това ограничава негативните емоции като усещане за самота, изоставеност, безизходност, съпровождащи често възрастните лица, особено институционализираните такива.

С най-нисък дял сред изследваните лица е отбелязването на **имения ден** – 45 (25,7%). Много положително е отбелязването на личните празници в колективна среда. Това подсилва приемствеността, толерантността и взаимното уважение, както между обитателите на дома,

така и между тях и персонала. Запазване достойнството на възрастния човек, включително демонстрирането на почит към личността му, са сред водещите фактори, които биха улеснили неговата социализация. При някои от участниците има невъзможност за участие в подобни събития поради налични физически или умствени дефицити. Постепенно влошаващото се здравословно състояние е причина за нарушена социализация, а оттам и задълбочаване на конфликтите с останалите домакущи и с персонала в институцията. В повечето случаи именно служителите в домовете са тези, които осигуряват максимално участие на оцетените в някакъв аспект възрастни при провеждането на развлекателни събития. За жалост обаче лицата, които са на легло не могат да се включат в тях. За тях, както адаптацията, така и социализацията в дома се явяват истински предизвикателства.

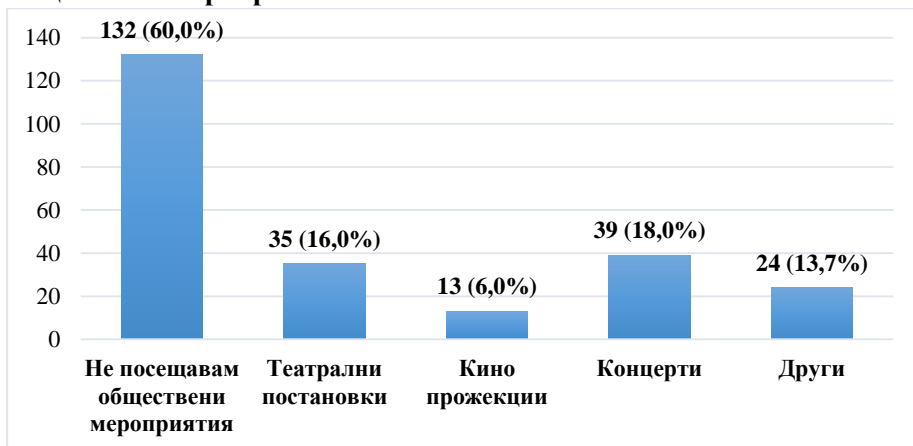
Посещенията на обществени мероприятия ограничават социалната изолация и са от особено значение за запазване на психичното равновесие сред институционализираните. Чувството на социална принадлежност, контактът и с други лица, извън институцията подпомагат самочувствието и ограничават депресивните симптоми. В един от домовете много от настанените споделят, че могат да се придвижват самостоятелно и свободно, извън границите на дома, след регистриране часа на напускане и пристигане обратно. Необходимо е всеки да е в сградата след 21 часа. Споделяйки за преживяванията си извън дома, повечето не усещат силно изолацията и успяват да поддържат стабилни контакти с роднини и приятели.

По отношение на посещенията на обществени мероприятия от страна на настанените в ДСХ, с най-голям дял сред посочените отговори е „не посещавам обществени мероприятия“ 132 (60%), следван от „концерти“ 39 (18%) (Фигура 5). На трето място е поставен отговорът „театрални постановки“ 35 (16%), а на последно „кино прожекции“ 13 (6%). От резултатите може да се заключи, че голяма част от участниците в изследването вероятно са неспособни да се придвижват свободно сами, поради което се ограничават възможността им за посещения на обществени мероприятия. От тези, които посещават подобни събития, с най-голям дял са лицата, посещаващи концерти. В повечето ДСХ се организират развлекателни събития, най-често по време на празници. Това спомага за

преодоляване на невъзможността за много от настанените в домовете да посещават такива свободно в общността.

В отговор „Други“ са обобщени организирани мероприятия като екскурзии, изнесени на терен събития с развлекателен характер (пикници, посещения на природни забележителности и др.).

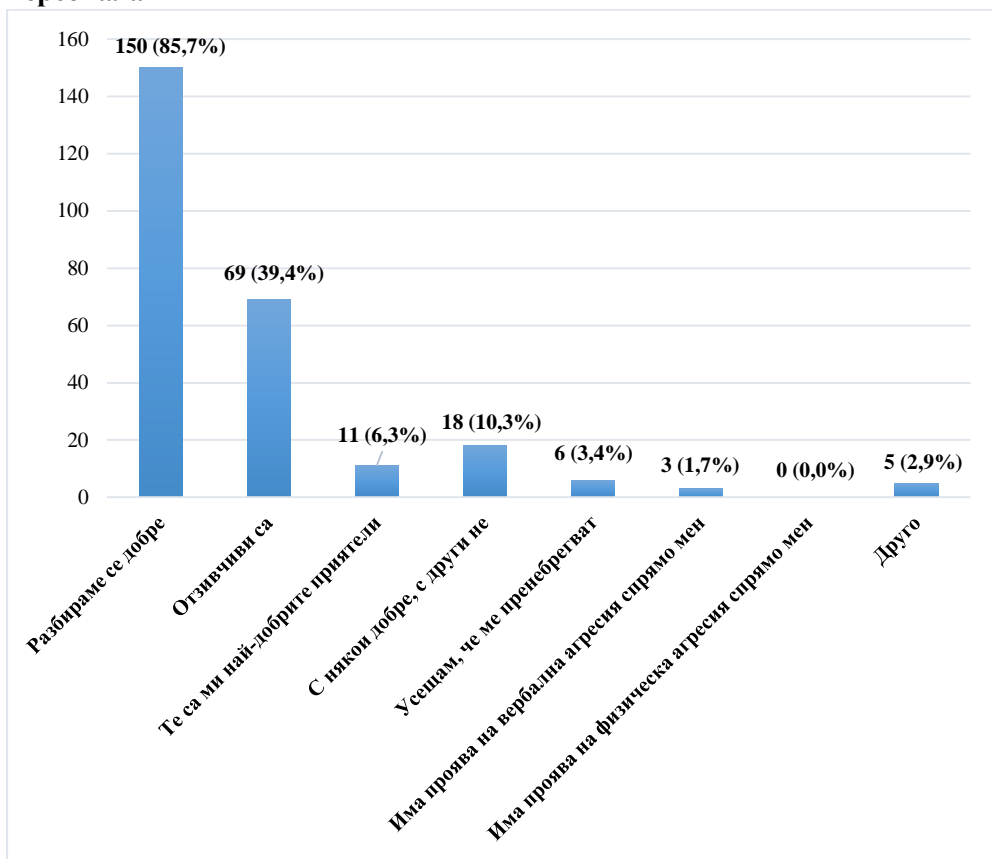
**Фиг. 5. Разпределение на участниците спрямо посещаемостта им на обществени мероприятия**



*Сумата от процентите е повече от 100%, защото запитаните са давали повече от един отговор.*

Несъмнено общуването с персонала на дома е първата стъпка към социализацията на всеки новопостъпил в него. Тук е много важно да се осъществи една градивна комуникация между двете страни (персонал и възрастен човек), при която в центъра стои ползвателят на услугата. Взаимното уважение и демонстрацията на съпричастност са от основно значение за подобряване качеството на взаимоотношенията между двете страни. Проявата на емпатия от страна на служителите към нуждаещите се възрастни е първата крачка към ограничаването на дистанцията при този вид общуване. От друга страна, домаущите също трябва да проявят известна толерантност към обслужващия персонал, предвид голямата му натовареност в подобни институции. Резултатите относно общуването на настанените с персонала в институцията са представени на Фигура 6.

**Фиг. 6. Разпределение на респондентите спрямо общуването им с персонала**



*Сумата от процентите е повече от 100%, защото запитаните са давали повече от един отговор.*

Съществена роля в социализацията имат личните усещания и преживявания на институционализираните възрастни. Чувството на тъга често ги съпровожда. Това от своя страна потиска настроението им и ограничава желанието за социални контакти.

Мислите за миналото се явяват най-честата причина, поради която изследваните лица изпитват тъга. Едва 38 (21,7%) са отговорили, че никога не се чувстват тъжни (Таблица 15).

**Табл. 15. Усещане на тъга**

Усещане на тъга	Брой (%)	P( $\chi^2$ )			
		Пол	Възраст	Образование	Финансиране на ДСХ
Когато си мисля за миналото	55 (31,4)	0,286	0,430	0,633	0,118
При посещение на мои близки	6 (3,4)	0,444	0,978	0,466	0,756
При посещение на други хора от дома	12 (6,9)	0,080	0,612	0,664	0,437
По празниците	43 (24,6)	0,388	0,112	0,898	0,155
Постоянно	38 (21,7)	0,773	0,075	0,155	0,062
Никога	38 (21,7)	0,367	0,829	0,230	0,060
Друго	45 (25,7)	0,480	0,051	0,615	0,793

*Сумата от процентите е повече от 100%, защото запитаните са давали повече от един отговор.*

Още с постъпването си в институцията, а и по време на целия престой домащите споделят, че се чувстват тъжни поради липсата на перспектива. Някои определят тъгата си като постоянно съпътстващо ги чувство, след смъртта на партньора. Домащите споделят, че се натъжават при мисълта за миналото, по време на посещения на близки на други от настанените в същия дом, както и по време на лични и други празници. Мислите за бъдещето, което е неясно според повечето от тях, също ги натъжават. Очаквайки края на живота, възрастните лица се чувстват потиснати, притеснени и несигурни. Те предполагат, че оставащите им дни ще са изпълнени с все повече проблеми заради влошаващото се здравословно състояние, несигурните отношения с

близките, както и условията в институцията. Разчитайки на институционалната грижа, развиват постепенно по-близки отношения с персонала и останалите в дома, отколкото със своите роднини и приятели.

Респондентите споделят, че изпитват носталгия по своя предишен живот – младостта, съжителството с близките и/или съпруга, усещането за удовлетвореност от самия себе си. Причините за тъгата са комплексни. Миналото е твърде относително понятие, тъй като може да се има предвид далечното минало – детство, юношество, ранни години от младостта, както и близкото такова. Ако институционализацията се приеме за драстичен преход в житейския път на повечето от изследваните лица, то тогава те биха скърбили за миналото си преди този етап. В този случай тъгата може да се задълбочи още повече с времето поради невъзможността за връщане назад, съчетана с ясната перспектива от този момент нататък, а именно доизживяване на дните в ДСХ.

На второ място като причина за тъга идва отговорът „По празниците“. Именно в тези периоди повечето хора правят равнометка за живота си дотук, а и за това, което ги очаква занапред. От друга страна това е и времето, споделено с най-близките. Някои от участниците в изследването добавиха, че изпитват особено силна липса спрямо партньора именно в празничните дни. Това са предимно овдовелите лица. Няма статистически значима разлика в отговорите по пол ( $\chi^2=0,744$ ;  $p=0,388$ ), възраст ( $\chi^2=10,324$ ;  $p=0,112$ ) и семейно положение ( $\chi^2=2,269$ ;  $p=0,132$ ). Изникването на ярки спомени от миналото задълбочава тъгата и довежда желание за усамотение, а това възпрепятства социализацията.

Непрекъснато се чувстват тъжни 38 (21,7%), което би могло да се обясни с усещането за безперспективност занапред.

При съпоставяне на времето за адаптация към новата среда и отговора „Никога не се чувствам тъжен“, има най-много лица, адаптирали се за по-малко от месец – 16 (9,1%), но без статистически значима разлика между отговорите ( $\chi^2=8,427$ ;  $p=0,077$ ).

Обобщено в отговора „Друго“ – 45 (25,7%) описаха, че най-много се натъжават, когато мислят за децата си и изпитват тяхната липса. Много от настанените в ДСХ са лишени от чест контакт с децата си по ред причини. При някои комуникацията е загубена от дълги години поради неразбирателство (след развод с другия родител) или вследствие на лично разочарование от страна на децата (алкохолизъм, пристрастяване към

хазарт и др.). При споделяне за отношенията с децата, повечето се натъжават, а тези, които не са ги виждали с години плачат. За отговора „Друго“ има и такива, които описват лични разочарования от своя съпруг/а. За тях попадането в институция е следствие на неразбирателство в семейството, дори се явява и изход от честите конфликти в него.

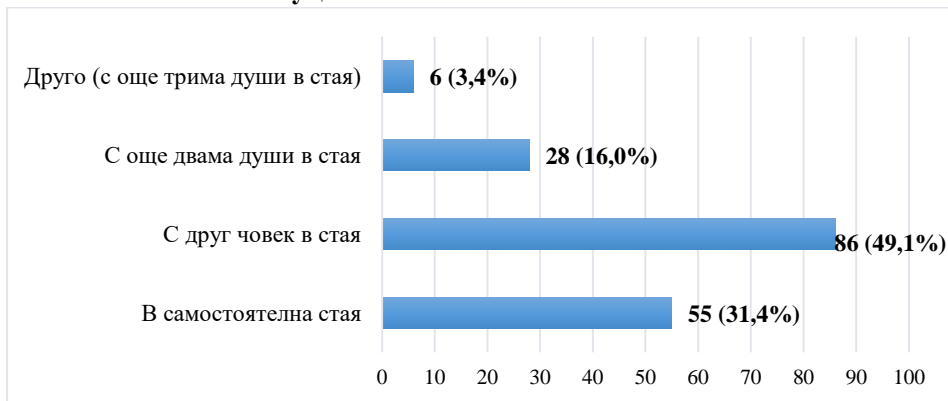
Разглеждането на всеки отговор според възрастта на респондентите установява, че чувството на тъга съпровожда повече лица от по-късните възрасти, но не се наблюдава статистически значима разлика между отговорите в зависимост от възрастта ( $p > 0,05$ ).

За всеки един от отговорите полът, образованието и типът собственост на институцията също не оказват влияние ( $p > 0,05$ ).

## 5. Проблеми, свързани с условията на живот

Спрямо предпочитанията за живота в ДСХ, почти половината от проявяват желание да живеят с друг човек в стая – 86 (49,1%) (Фигура 7).

**Фиг. 7. Разпределение на изследваните лица спрямо предпочитанията им за живот в институцията**



Когато имат някой, с който да си споделят както приятните, така и трудните моменти от ежедневието, времето минава много по-леко, а и не се натъжават толкова често.

На второ място идва отговорът „В самостоятелна стая“ - 55 (31,4%). Този отговор е посочен от лица, които не срещат затруднения в

придвижване, обслужване, комуникация, поради което не се чувстват толкова самотни и зависими от някой друг.

При провеждане на изследването в отговор „друго“ сме обобщили всички, които казаха „С още трима души в стая“. Тези лица бяха настанени в стаи за четирима и независимо дали към момента леглата са били запълнени, те най-вероятно са свикнали да живеят по този начин.

Възрастта оказва влияние върху отговорите, отнасящи се до предпочитанията за живот в дома. С напредване на възрастта настанените предпочитат да живеят с по-малко хора или сами в стая - има обратна корелация и резултатът е статистически значим ( $r = -0,179$ ;  $p = 0,018$ ).

Полът не оказва влияние върху предпочитанията за живот в ДСХ ( $\chi^2 = 1,191$ ;  $p = 0,755$ ).

Повечето от изследваните лица – 150 (86%) не срещат затруднения при пребиваването си в ДСХ и едва 25 (14%) се сблъскват с трудности (Таблица 16).

**Табл. 16. Проблеми при живота в ДСХ**

Проблеми	Брой (%)
Не	150 (85,7)
Пренебрегване на нуждите ми от почистване след ходене до тоалетна	9 (5,1)
Отказ за медицинска помощ	5 (2,9)
Отказ на помощ при придвижване	2 (1,1)
Отказ на помощ при хранене	1 (0,6)
Отказ за общуване	4 (2,3)
Отказ на помощ за преобличане	2 (1,1)
Отказ на помощ за почистване на стаята	3 (1,7)
Друго	9 (5,1)

*Сумата от процентите е повече от 100%, защото запитаните са давали повече от един отговор*



При разглеждане на отделните компоненти, свързани с бита на домакущите, не се отчитат значителни проблеми. По отношение на нуждите от почистване след ходене до тоалетна, само 9 (5,1%) са се почувствали пренебрегнати – това са 6 жени и 3 мъже, на възраст от 70 до 97 години. Отказ за оказване на медицинска помощ посочват 5 (2,9%) - 4 жени и 1 мъж, на възраст от 78 до 85 години, които са настанени в ДСХ с общинска собственост и са с нормален когнитивен статус.

Обезпечеността с медицински и обслужващ персонал е един от основните фактори, които подтикваат домакущите (както и техните близки) към настаняване в ДСХ.

Затрудненията, свързани с отказ на помощ за придвижване, хранене, преобличане, почистване на стаята, общуване при желание от страна на възрастния човек, са отразени от малък брой лица - 12 (6,9%).

В отговор „Друго“ са обобщени разнородни мнения. Двама респонденти изтъкват като затруднение проблем от битов характер като отказ на помощ за поправяне на телевизор. Според други двама затрудненията идват от затрудненото общуване със съжителите в стаята. Един от изследваните посочва, че то се поражда заради подялбата на общите части от помещението. Според трима от респондентите най-важните затруднения в дома са свързани с шума, предизвикан от другия домакущ в същата стая. За един от мъжете като проблемно се оценява закъснението на дежурния персонал след повикване със звънеца, намиращ се до леглото.

Факторът пол оказва влияние единствено за отговора „отказ на помощ за преобличане“, за който се регистрира статистически значима разлика между двата пола ( $\chi^2=4,533$ ;  $p=0,033$ ) - той е посочен само от мъже. Резултатите при останалите отговори не се различават статистически ( $p>0,05$ ).

Затрудненията в ДСХ не се повлияват и от възрастта - не се установява статистически значима разлика между отговорите за всяка от възрастовите групи ( $p>0,05$ ).

### **III. Проучване сред институционализирани лица на възраст 65 и повече години (n=10)**

#### ***Живот преди институционализацията и формиране на решението за постъпване в дом за стари хора***

Описвайки своите преживявания и трудности преди постъпване в ДСХ, респондентите се натъжават. Повечето от тях са живели с други хора, непосредствено преди това и само една от жените е била семейна, а всички останали са вдовци. Явно близките им (деца и/или други роднини) не са успявали да полагат необходимите грижи. Само трима споделят, че са изпитвали трудности преди постъпване, като един от тях, непосредствено преди институционализацията се разболява тежко и бива хоспитализиран, а дома му не е имало кой да се грижи за него след изписване от болницата. Останалите седем домуващи са се справяли самостоятелно с основните си ежедневни дейности.

#### ***Описание на първите дни от живота в институция***

Респондентите, споделят, че са изпитвали трудности, свързани основно с промяната в ежедневието, както и срещата с нови, непознати хора, с които ще живеят занапред. Повечето са се чувствали стресирани в първите дни основно заради присъствието на друг човек в стаята, който не познават, но с течение на времето започнали да изпитват по-голям комфорт с компания в стаята, отколкото, ако са сами. Условиата в помещението също са от голямо значение, като някои от по-важните са големината на стаята, осветеността ѝ през светлата част на деня, отоплението през студентите месеци, разположението на мебелите, наличието на достатъчно пространство за двигателна активност (ако състоянието позволява).

Различията в характера, а дори и в здравословното състояние, са предпоставка за по-обтегнати взаимоотношения. Респондентите споделят, че са имали спорове със съжителите си при подялба на общите консумативи – използването на санитарното помещение, телевизора, както и заради шума, предизвикан от другия. Според тях различията в установените навици като режим на сън, хранене, гледане на телевизия, слушане на радио и други, предизвикват неразбирателства. Усещането за

отхвърляне от най-близките, добавя още негативни емоции и също е предпоставка за възникване на конфликти в институцията.

### ***Описание на настоящия живот в институцията***

Когато обобщават живота си към момента, повечето споделят, че се чувстват добре или са по-спокойни. По отношение на отоплението през студените месеци нямаше оплаквания, но във връзка със социалния живот има повече негативни коментари, тъй като някои имат двигателни или умствени затруднения и не могат да напускат пределите на ДСХ. Те споделиха, че имат нужда от създаване на приятелства. Много им е неприятно, когато поради ограничения, наложени от здравословното състояние се задълбочава и изолацията.

Проблемите на повечето са сходни, което отново потвърждава, че те произтичат от няколко фактора – затруднена адаптация, проблемна социализация, както и някои битови неуредици в институцията, които затрудняват ежедневните дейности на възрастните хора.

### ***Нагласа за бъдещето***

Очакванията за бъдещето не са оптимистични. Респондентите споделят, че няма какво повече да им се случи в живота, тъй като са твърде стари и здравето им ще се влошава все повече с времето. Липсата на перспектива, както и постепенно влошаващото се здраве помрачават мислите и силно потискат някои от институционализираните възрастни. При други трима надеждата за повече контакти с близки и приятели в бъдеще е това, което ги крепи. Те вярват, че биха могли да подобрят своите взаимоотношения с най-близките. Макар и по телефона, когато се чуят с тях, получават кураж и мислите им стават по-позитивни.

## **IV. Проучване мнението за институционализацията сред лица на възраст 65 и повече години, живеещи в общността (n=10)**

### **1. Начин на живот в общността**

Респондентите описаха живота си към настоящия момент. Двама от тях все още работят, макар че вече са пенсионери, поради което се чувстват жизнени и мотивирани в своето ежедневие. Наличието на ритъм

в ежедневието ги кара да се чувстват пълноценни, енергични, а с това и по-млади. От друга страна, те имат и по-добър доход, който им осигурява по-достойно съществуване. Повечето респонденти споделиха, че се чувстват самотни, тъй като са загубили своя съпруг/а. Те смятат, че празнотата, която усещат след тази загуба, не би могла да се компенсира от каквато и да било заетост или социална активност. Двама от респондентите (мъже) описват ежедневието си като пълноценно, тъй като след пенсиониране успяват да поддържат своите социални контакти с близки и приятели. Те посещават местния пенсионерски клуб, където играят карти, общуват активно помежду си и участват в редица организирани от него мероприятия.

## **2. Отношение към институционализацията**

Сред респондентите преобладава предимно негативно мнение за домовете за стари хора. Почти всички, с изключение на един споделиха, че не искат дори да си помислят за такава алтернатива занапред. Според тях преместването на друго място, различно от дома им, би се наложило при крайни обстоятелства, като например влошено здравословно състояние, самотност – ако нямат никой близък около себе си или и двете. Тази стигма спрямо ДСХ до голяма степен е провокирана от негативното отношение на общността като цяло, тъй като почти никой от интервюираните няма близки или приятели, настанени в ДСХ, от които да е разбрал за условията там. Сред основните аргументи против институционализацията стои по-трудното приспособяване при попадане в новата среда, тъй като имат строго определени навици в ежедневието, които ще им е трудно да променят. Друго, което ги притеснява е, че в домовете не се полагат адекватни грижи за настанените.

## **V. Съпоставяне мнението на институционализираните лица на възраст 65 и повече години с това на тези, живеещи в общността**

При сравняване на изказванията на двете групи – институционализираните и живеещи в общността, се вижда осезаемата разлика между тях – едните са се сблъскали реално с институционализацията, а другите са изградили представата си за нея главно от мнения на познати и медии. В групата на

институционализираните преобладава мнението, че в ДСХ се полагат достатъчно грижи и че условията са добри. Преди да постъпят са очаквали по-негативно развитие на обстоятелствата, но са останали приятно изненадани. За лицата от общността обаче има непреодолима бариера, която не им позволява да се доверят на подобен тип социална услуга. Една от жените сподели, че се надява децата ѝ да я гледат, ако се разболее тежко, но в никакъв случай да не попада на подобно място.

## **VI. Възможности за превенция на институционализацията**

В България в началото на 2014 г. е приета Национална стратегия за дългосрочна грижа. Основната цел е предоставяне на качествени услуги в общността и в семейна среда, които могат да предотвратят институционализацията на възрастните хора. Акцентът, поставен върху деинституционализацията, насочва вниманието към подобряване на услугите в домашна среда, повишаване отговорността на близките към зависимите от грижа възрастни членове на семейството. Основен приоритет на Стратегията е предоставянето на услуги в общността и в домашна среда, които да предотвратят институционализацията.

Преходът от институционални социални услуги към такива, предлагани в общността, в България трябва да преминава плавно и да включва разкриване на повече дневни центрове за възрастни хора, развитие на услуги в домашна среда, което е залегнало в Националната стратегия за дългосрочна грижа, както и в образователните цели на социалните професии. Този процес налага увеличаване на капацитета на заетите в сферата на социалните услуги и на техните практически умения за справяне с медико-социални проблеми.

Целта е да се избегнат самотата и изолацията на възрастните хора, като същевременно те не се отделят от тяхната домашна среда, както е посочено и в Плана за действие за периода 2018-2021г. за изпълнение на Националната стратегия за дългосрочна грижа. Съгласно тези намерения от 2007 до 2017г. са се осъществили операции, финансирани със средства от Европейския социален фонд по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“, които основно включват проекти за предоставяне на услуги в домашна среда - личен асистент, социален асистент и домашен помощник за подкрепа на възрастни с невъзможност за самообслужване

и/или в риск от социално изключване. Според Плана много от специализираните институции за възрастни хора трябва да бъдат разформирвани и реструктурирани като центрове с различна насоченост спрямо нуждите на потребителите.

От голямо значение е и подобряване на достъпността на извънболничната медицинската помощ, което е проблем не само за възрастните хора.

## ИЗВОДИ

1. Разпределението на социалните институционални услуги по отношение на типа собственост (частни/държавни) не е равномерно в страната. В по-големите областни градове преобладават частните институции.

2. Почти всички настанени в ДСХ имат деца и/или внуци. Част от тях имат и собствено жилище. Институционализацията е алтернатива за лицата на възраст 65 и повече години, които нямат близки или както е в повечето случаи – близките им не могат да се грижат за тях.

3. Има сериозна коморбидност – болшинството са с три и повече заболявания.

4. Възрастните от малките населени места са имали труден достъп до здравни услуги преди институционализацията.

5. Ползването на социални услуги, предоставяни в общността, е било много слабо преди институционализацията.

6. Възрастните хора не се адаптират лесно към живота в институционална среда. Близко една трета изобщо не се чувстват адаптирани.

7. Чувствата на тъга и самота са неизменна част от живота на настанените в ДСХ, засилващи се особено по време на празници.

8. Почти не се посещават обществени мероприятия, което задълбочава усещането за изолация.

9. Контактите с близките имат нееднозначен ефект – не може категорично да се каже, че посещенията на близките помагат за приспособяване към новата среда, защото те напомнят на възрастния човек че има близки, но не живее с тях.

10. Лицата на възраст 65 и повече години, живеещи в общността, не са достатъчно информирани относно ДСХ, имат негативна нагласа за живота в институция и не биха постъпили там.

## ПРЕПОРЪКИ

От изложеното в дисертационния труд могат да се направят следните препоръки:

- Необходимо е да се подобри информираността на лицата на възраст 65 и повече години и на техните близки относно социалните услуги, предлагани в общността.
- Необходимо е да се подобри достъпността до извънболнична медицинска помощ и социални услуги, за да не бъде това причина за постъпване в институция
- Да се оптимизират таксите на частните ДСХ, за да имат избор на институция (държавна/частна) всички, а не само тези с добри финансови възможности.
- Трябва да има индивидуален подход към всеки новопостъпил, с цел предоставяне на адекватни грижи спрямо потребностите и личностовите му особености.
- Да се организират съвместни дейности между домащите и да се оптимизира разпределението им по стаите, спрямо техните собствени желания, с цел ограничаване на конфликтите между тях.
- Ключов фактор за избягване на проблемите, свързани с пребиваването в дом за стари хора, се явява превенцията на институционализацията. За целта трябва да се осигури предоставянето на адекватни грижи в дома на възрастния човек, както и алтернатива за близките, които се грижат за него (финансови стимули за гледане на близък, повече дни полагаем годишен отпуск, облекчаване на трудовата заетост).
- Необходим е стриктен контрол от Агенцията по качеството на социалните услуги, с особено внимание към периодично появяващите се медийни съобщения за нередности в места за стари хора, още повече когато се разбира че някои от тях не са регистрирани, но се рекламират в интернет и подвеждат възрастните хора и техните близки.



## **ПРИНОСИ**

### **I. С теоретично-познавателен характер:**

1. Направен е задълбочен теоретичен анализ на международния опит в осигуреността и предоставянето на институционални социални услуги за лица на възраст 65 и повече години.
2. Систематизирани са добри практики от различни държави за по-добра социализация на институционализираните лица, както и алтернативи на институционалните грижи.
3. Анализирани са аспектите на адаптацията на лицата на възраст 65 и повече години в ДСХ в България.
4. Анализирани са проблемите на институционализираните лица по време на живота им в ДСХ.

### **II. С практико-приложен характер:**

1. Установен е дисбаланс в собствеността на институциите за настаняване на лица на възраст 65 и повече години в България, със значителен превес на частните, което поставя хората с недостиг на финансови средства в неравностойно положение и ги лишава от възможност за избор.
2. Установеният при анализа на социално-демографския профил на институционализираните факт, че болшинството имат деца и внуци, насочва вниманието както към отслабващата междупоколенческа ангажираност, така и към слабата адекватност на социалните услуги в общността.
3. Установени са конкретни проблеми в приспособяването към живота в социална институция, които следва да се имат предвид, за да се оптимизира предоставянето на тази услуга, като се зачитат индивидуалните потребности на всеки от настанените.

## ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Haralanova G, Georgieva L. Normative regulation of social services provided in the community and in specialized institutions for people aged 65 years and over in Bulgaria. *Knowledge International Journal*, 2019; 30(4):1063-1066.
2. Haralanova G, Georgieva L. Adaptation of persons aged 65 and over to living in an institutional environment. *Eurasian science journal*, 2020; 11-2 (80).
3. Хараланова Г., Л. Георгиева, Т. Костадинова. Проблеми при социализацията на лицата на възраст 65 и повече години, ползващи социални институционални услуги. *Управление и образование*, 2020; 16 (5):27-30.
4. Haralanova G, Georgieva L. Socio-demographic and health profile of institutionalized persons aged 65 and over. *Scripta Scientifica Salutis Publicae*, 2020; 6(1):41-46.