

д-р Десислава Иванова Ванкова

КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ, СВЪРЗАНО СЪС ЗДРАВЕТО  
В ОБЩНОСТТА

**АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертационен труд

за присъждане на образователна научна степен  
„ДОКТОР“

Професионално направление: 7.1. - Медицина  
Научна специалност: „Социална медицина  
и организация на здравеопазването и фармацията“

Научни ръководители:

Доц. Д-р Албена Кереевска д.м.

Проф. Тодорка Костадинова д.и.

Официални рецензенти:

Проф. Д-р Елена М. Шипковенска, д.м.

Доц. Д-р Невяна Г. Фесчиева, д.м.

Варна, 2013

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 Параскев Стоянов“ – Варна

Дисертационният труд съдържа 167 страници и е структуриран в четири глави. Включва 11 таблици, 2 фигури и 10 приложения. Използвани източници: 220, от които 18 на кирилица и 202 на латиница.

Публичната защита ще се състои на 17.09.2013 година

## Съдържание

<b>Въведение .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Цел и задачи.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Методология: Микс-метод подход.....</b>	<b>5</b>
2.1. Първа фаза: Количествен анализ. Анкетен метод .....	5
2.2. Втора фаза: Качествен анализ .....	7
<b>3. Резултати и дискусия .....</b>	<b>11</b>
3.1. Първа фаза: резултати и дискусия .....	11
3.1.1. Статистически методи и извадка .....	11
3.1.2. Анализ на резултатите от измерването чрез EQ-5D-3L.....	12
3.1.3. Влияние на детерминантите върху КЖсЗ .....	16
3.1.4. Влияние на СК .....	30
3.2. Втора фаза: резултати и дискусия.....	34
3.2.1. Резултати и обсъждане на Делфи проучването .....	34
3.2.2. Качествен мета-анализ – резултати и обобщение .....	40
<b>4. Изводи .....</b>	<b>44</b>
4.1. Изводи от количественото проучване.....	44
4.2. Изводи от качествено проучване .....	49
<b>5. Препоръки.....</b>	<b>50</b>
<b>6. Приноси.....</b>	<b>53</b>
<b>7. Публикации и участия, свързани с темата на дисертацията .....</b>	<b>55</b>
<b>Приложение 1. EQ-5D-3L въпросникът.....</b>	<b>56</b>
<b>Благодарности .....</b>	<b>61</b>

**Използвани съкращения:**

- КЖсЗ – Качество на живот, свързано със здравето  
(Health-related Quality of Life)
- СК – социален капитал
- СЗО – Световна Здравна Организация
- НПО – неправителствена организация
- ВАС – Визуална Аналогова Скала
- НСИ – Национален Статистически Институт

## Въведение

„Слуги аз имам шест на брой  
От странно естество.  
Наричат се: **Защо, Как, Кой,**  
**Кога, Къде, Какво!**”  
Р.Киплинг\*

Темата на дисертацията е „Качество на живот, свързано със здравето в общността. Популационно изследване на влиянието на социално-икономически, демографски и поведенчески детерминанти”. Тя обединява в едно цяло, често разделяните концепции „промоция на здраве”, „качество на живот”, „здраве”, „популационно здраве“, „детерминанти на здравето”, „социален капитал“ и „общност“.

**Защо?** Настоящата научна разработка отразява три основни световни насоки за развитие в областта на новото обществено здравеопазване:

- разширяване на разбирането за понятието здраве и неговите детерминанти;
- отчитане на голямото значение и роля на човешките общности;
- нарастване на интереса към използване на здравни профили и индекси за оценка на здравето или на качеството на живот, свързано със здравето (КЖсЗ).

Измерването на КЖсЗ на популационно ниво, става все по-важно при идентифициране на неравенства и определяне на приоритетите в здравно-социалните политики. Данни за КЖсЗ на населението се

---

\* Ръдиърд Киплинг, 2010, Приказки, Малкото Слонче, Захарий Стоянов, София, стр.48

събират рутинно заедно с био-медицинските показатели като смъртност и заболяемост в много от държавите с развито здравеопазване като Канада, САЩ, Холандия, Великобритания. В България все още няма традиции в измерването на субективното здраве, затова и изследването на КЖсЗ на българите е предизвикателна и плодотворна задача. В приетата от Парламента на Република България през юли, 2011 „Национална стратегия за развитие на научните изследвания - 2020”, „Здраве и качество на живота“ са сред общонационалните приоритети за развитие в следващите години.

**Какво?** Във фокуса на настоящото изследване е КЖсЗ. 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.

**Как?** В настоящото проучването е приложен микс-метод дизайн, като се използват предимствата както на количествения, така и на качествения подход при събиране и анализ на данните. В изследването се цели да се предоставят доказателства в подкрепа на идеята за централното място, което трябва да има концепцията „качество на живот“ в развитието на общественото здравеопазване в България. Предлагат се иновативни идеи в областта на изследване на здравето, които да бъдат алтернативи или допълнение на рутинните здравни изследвания и да обогатяват настоящите здравни политики в общността.

**Къде?** Общността, която е обхваната от изследването са жителите на гр. Бургас.

**Кой? Кога?** Настоящата работа обхваща изследователски период от 3 години (2010 – 2013). Методиката на проучването е разработена от дисертанта. Проектът се провежда в партньорство и с логистичната подкрепа на община Бургас, и с активното съдействие на Сдружение „Обществено Здравеопазване – 99“, град Варна.

# 1 Цел и задачи

Цел на настоящата работа е да се изследва КЖсЗ на ниво общност в количествен и качествен аспект, и да се анализира влиянието на социално-икономическите (с акцент върху социалния капитал), демографските и някои поведенчески детерминанти\* върху КЖсЗ. На тази основа се направят препоръки, които предлагат политики и интервенции, подобряващи КЖсЗ.

Изследователски задачи:

1. Да се измери, обобщи и анализира КЖсЗ в определената човешка общност - жителите на град Бургас. Тази задача се състои от две компоненти: **Количествената компонента** включва субективна оценка на здравословното състояние чрез стандартизиран въпросник. **Качествената компонента** включва анкети по метода на експертната оценка (Делфи метод) и качествен мета-анализ на материали свързани със здравно-социалните политики в общността.
2. Да се изследват връзките между определените демографски детерминанти (възраст, пол, семейно положение, брой деца, етнос и религия) и КЖсЗ на определената човешка общност.
3. Да анализираме влиянието на социално-икономическите и определени поведенчески здравни детерминанти (грамотност, образование, регулярен среден месечен доход, месторабота; пушачи/бивши пушачи/непушачи, спорт и хоби) върху КЖсЗ.
4. Да изследваме социалния капитал (СК) в общността и до колко той, като здравна детерминанта, влияе върху КЖсЗ. Тази задача също се

---

\* За целите на проучването се према, че факторите влияещи на здравето, определени от СЗО като „детерминанти на здравето“ са и „детерминанти на КЖсЗ“.

състои от две компоненти. **Количествената компонента** включва въпроси, които са част от анкетата в първата фаза на проучването. Изследва се ключовата компонента на СК - членство в определена група (виж Табл. 1). **Качествената компонента** включва мета-анализ на документи и проекти от живота на общността и част от Делфи-проучването, с което се цели постигане на консенсус за това какво е СК и кои са приоритетите в здравните и социални политики, които биха изграждали и поддържали СК.

5. Да се направят препоръки на местно и на национално ниво, въз основа на получените данни и анализи от настоящото изследване.

Изследваните **хипотези са:**

- Има разлики в субективната оценка на здравословното състояние между отделните подгрупи в популацията.
- Съществуват връзки между КЖсЗ и социално-икономическите здравни детерминанти. Предполага се, че по-ниската степен на образование е свързана с по-лошо КЖсЗ.
- Вероятно високият доход не винаги води до по-високо КЖсЗ. В българското общество все повече се задълбочава неравенството между бедни и богати, а обществата, в които е по-изразено социалното неравенство са „лоши” за почти всички в тях.
- Съществуват връзки между КЖсЗ и демографските и поведенческите здравни детерминанти. Предполага се, че повече здравни проблеми ще бъдат докладвани с нарастването на възрастта, при пушачите и при тези, които не спортуват и нямат любимо занимание през свободното време.
- СК, като социална спойка, влияе позитивно върху КЖсЗ. Членство в Путнам тип група има позитивно въздействие върху КЖсЗ. Членуването в Олсонов тип група вероятно има неутрален ефект върху КЖсЗ.



## 2 Методология: Микс-метод подход

**Дизайн:** Последователно-обяснителен микс-метод дизайн- състои се от две отделни фази, количествена и качествена. Дава се приоритет на количествения анализ, поради нуждата от изграждане на база от данни за КЖсЗ в общността. Количествената предхожда качествената фаза и интегрирането на данните е направено на края на изследването. Между I фаза и II фаза е предвиден достатъчно дълъг период от време (Фигура 1):

Фигура 1 – Дизайн на проучването



### 2.1 Първа фаза: Количествен анализ. Анкетен метод

**Инструментариум:** 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”. Въпросникът се състои от две части (Приложение 1). Към анкетата са добавени\* въпроси, които дават възможност за анализ на влиянието на определените детерминанти върху КЖсЗ.

---

\* EQ-5D-3L Въпросник за здравословното състояние - Българска версия е предоставен за целите на проучването от създателите му EuroQol Group, Rotterdam, The Netherlands (Всички преводи/адаптации на EQ-5D-3L са направени със стандартизиран протокол ).

\* Четвърта страница е с оригинален характер, съставена е от дисертанта за количественото изследване

**Обект на проучването:** Генералната съвкупност, от която е формирана извадката, са жителите на град Бургас на възраст 18 и повече навършени години без определена горна възрастова граница; всички участват доброволно в допитването. Анкетирани са общо 1050 души, разпределени равномерно във всеки възрастов интервал: 18-24 години, 25-34 г., 35-44 г., 45-54, 55-64, 65-74 г. и над 75 години.

**Рамка на подбор:** База данни на отдел ГРАО, Община Бургас, за жителите по квартали на възраст над 18 години.

**Методика за формиране на извадката:** на квотен принцип, като е формирана стратифицирана повъзrastова извадка, равномерно разпределена по квартали. Използван беше 2-степенен метод за формиране на извадката. Поради достатъчния обем на извадката, равномерното разпределение по квартали, възраст и пол, и случайния подбор на анкетираниите (по метода на отзовалите се) във всяка възрастова квота, извадката се приема за представителна.

**Организация и време на провеждане:** Пилотното количествено проучване беше проведено през 2010 година, от месец май до август. Същинското проучване беше проведено през 2011 година, през месеците март и април. Проучването беше администрирано от докторанта. Анкетите са направени от обучени анкетъори, с университетско образование магистър или бакалавър. По време на провеждането на анкетите, периодично и на случаен принцип, беше проверена автентичността на анкетите, т.е. дали наистина са направени (44 анкети проверени). Всички проверки потвърдиха истинността на анкетите. Така бе осъществен контрол върху надеждността и достоверността на индивидуалната първична информация.

За пилотното количествено проучване са анкетирани 140 жители на град Бургас, разпределени равномерно в определените седем възrastови интервали. Данните са обработени със софтуеър SPSS с цел подготовка за същинското проучване. Тества се времетраенето и това дали въпросите са ясни и недвусмислени (face validity) на четвъртата страница, която в последствие бе променена и допълнена.

## 2.2 Втора фаза: Качествен анализ

### 2.2.1 Делфи проучване - Метод на експертната оценка, чиято цел е достигане на консенсус.

По време на проучването бяха спазени основните принципи на Делфи-изследването: **Анонимност** (експертите правят своите оценки без да знаят кои са останалите членове на панела), **повторяемост** (включват се обикновено два или три кръга с обсъждане чрез въпроси и отговори) и **обратна връзка** (всеки от експертите има възможност да види обобщените мнения на Делфи-групата).

Участниците в настоящото Делфи-проучване са 15, избрани на квотен и доброволен принцип, избрани в резултат на предварително формирани критерии, с които се цели всеобхватност, т.е. участие на хора от всички области и нива, свързани с формирането и прилагането на здравно-социалните политики в града.

Стъпките за включване на участниците в Делфи-проучването са: **Стъпка 1.** Дефиниране на области, свързани със здравето в общността – Социално-здравна, Законодателна, Икономическа, Правна, Екология, Образование, Култура, Спорт. **Стъпка 2.** Формиране на списъците, от които ще се избират участниците. **Стъпка 3.** Определяне на участниците според конкретната обективна ситуация и времевата рамка, на принципа на „първия отзовал се“.

Формираха се 3 панела, всеки от които представлява сравнително хомогенна група: 1) **Политически панел** с ключови експерти, които формират политиките в общината; 2) **Институционален панел** с мениджъри на отдели, които прилагат политиките на регионално ниво; 3) **НПО панел** с представители на регионални НПО, които активно участват в живота на общността.

**Инструментариум:** две анкетни карти, съответно за първи и втори кръг. Анкетите са направени от дисертанта и от социален психолог.

Изследването се провежда в два кръга, до постигане на консенсус. Съставени са две анкетни карти, като втората е резултатна на първата.

Първата анкета е придружена от брифинг-документ с въвеждащи дефиниции и приложени към него материали: а) EQ-5D-3L въпросника и б) публикуваната статия\* с анализ на резултати от количествената фаза на проучването. След изготвянето на анкетната карта за първия кръг, тя бе тествана от подходящ респондент, който бе помолен да даде обратна връзка по отношение на адекватност, яснота на въпросите и време за попълване на анкетата. Направените бележки и препоръки бяха взети под внимание, в резултат на което картата бе редактирана. След двата кръга имаше възможност да се състави обобщаващ документ до всички участници от проучването.

**Задачите на първия кръг** бяха информираща, образователна и тестване на приемливостта на понятията КЖсЗ и СК.

На всеки Делфи-експерт се предоставят дефиниции за КЖсЗ и СК. Експертите са помолени да предложат своето разбиране за КЖсЗ и СК, и да подкрепят или отхвърлят становището, че СК е важна детерминанта на здравето. С отворен въпрос участниците са помолени да опишат какви конкретни проекти или мероприятия подкрепят в момента или биха подкрепили, за да се създава и развива СК в общността на жителите на град Бургас. Търси се мнението на участниците дали приемат, че стандартизираното измерване на КЖсЗ може да бъде показател за успеха на дадени здравно-промоционални политики. Смятат ли, че наред с ежегодното събираните показатели като смъртност и заболяемост в България, би могло да се събират и данни за КЖсЗ и с каква честота. Участниците са помолени да посочат своето мнение – от „напълно съгласен“ до „напълно несъгласен“ – дали посочените във въпросника фактори могат да бъдат определени като детерминанти на здравето и на

---

\* Ванкова Д., Ушева Н., Фесчиева Н., Качество на живот, свързано със здравето в общността. Резултати от проучване сред населението на град Бургас. Социална Медицина, 2012, Year XX, 2/3, стр. 26-29

КЖсЗ в българския контекст. За целта, на експертите е предоставен общ примерен списък с фактори, които те могат да съкратят или допълнят.

**Задачите на втория кръг са** хармонизиране на термините и определенията, както и постигане на консенсус между участниците за понятията КЖсЗ, СК и за приоритетните здравни детерминанти.

Въз основа на отговорите от първия кръг се прави обобщение, като обратна връзка към участниците, което комбинира мненията на всички участници от Делфи-групата за това какво е КЖсЗ и СК. Участниците са помолени да подкрепят изготвените обобщени становища за КЖсЗ и СК в допълнение да оценят по скала от 0 до 10 кои според тях са здравните детерминанти, които биха могли приоритетно да бъдат повлияни, за да се подобри КЖсЗ в общността. На участниците в проучването е предоставен ревизиран и обобщен списък от първия кръг, разделен на три блока: I Блок: Социално - икономически детерминанти; II Блок: - Демографски детерминанти и III Блок: - Поведенчески детерминанти. Поради високата степен на припокриване на мненията след първите два кръга, не бе необходим трети кръг. На края, за участниците бе изготвен финален обобщаващ документ с окончателен консенсусен списък от определения за КЖсЗ и СК и класираните, според тяхната оценка, здравни детерминанти.

### **2.2.2 Качествен мета-анализ**

Беше проведено проучване и анализ на здравни стратегии и отчети, нормативни документи, проекти и публикации във всички области, свързани със здравето на общинско ниво, за наличие или отсъствие на СК. Проследява се и мястото на концепцията за КЖсЗ в проектите на местно ниво.

В таблица 1 схематично са посочени начините, по които се изследват видовете СК в двете фази на настоящото проучване, т.е. съчетаването на количествени с качествени подходи, с цел по-задълбочено анализиране.

**Таблица 1.** Схема на изследването на СК в проучването

	Членство в: Пътнам-тип групи*	Членство в: Олсонов тип групи
I Фаза. Количествено проучване, хоризонтален СК	Клуб по интереси; пенсионерски клуб, НПО с идеална цел	Партийна, професионална/съсловна, студентска организации;
II Фаза. Качествено проучване - Хоризонтален и вертикален СК**	Соц. мрежи*	Изграждане на доверие
	Хоризонтален СК Метод на експертната оценка- Делфи-проучване – в две фази	Вертикален СК Делфи-проучване – в две фази

\* Пътнам-тип гр. са образователни, спортни, религиозни и благотворителни организации - създават позитивно въздействие върху СК. Олсоновият тип са политическите партии, профсъюзите, професионални асоциации – членството в тях може да има както позитивен, така и негативен ефект върху СК.

\* Хоризонтален СК (bonding & bridging) - взаимодействия между хора, които са от една и съща или от различни социални групи, но на едно социално ниво. Вертикален СК (linking) - взаимодействия между хора с различен социален статус или между организации от различни социални нива.

\* Трите основни категории на СК са: социални мрежи – взаимовръзки между семейства, приятели и хора с общи интереси; социални норми - общи ценности, норми; социално доверие – между хората и в институциите.

## **3 Резултати и дискусия**

### **3.1 Първа фаза: резултати и дискусия**

#### **3.1.1 Статистически методи и извадка**

Получените данни са въведени и обработени със статистически пакет SPSS за Windows ver. 12.0. За табличното и графично представяне на резултатите се използва MS Excel 2010. Социално-демографските характеристики на извадката са представени чрез дескриптивен анализ: алтернативен анализ за представяне структурата на качествени променливи величини; вариационен анализ за представяне на средните величини и стандартно отклонение на количествената променлива “самооценката на здравето“ във всяка от петте ѝ области, и като цяло. Дисперсионен анализ ANOVA и Post Hoc Tests са приложени за сравняване на данните от визуалната аналогова скала (BAS) при различните подгрупи. За проверка на хипотезите са приложени Students’s t-test (параметричен метод) и  $\chi^2$  - критерий на Pearson (непараметричен метод), като във всички тестове е възприето ниво на значимост на нулевата хипотеза над 0.05 ( $p < 0.05$ ).

Извадката на проучването в голяма степен съвпада с демографската структура (по възраст и пол) на населението на гр. Бургас. Това е потвърждение за представителността на проведеното EQ-5D-3L-проучване. Има припокриване и с данните за етническа принадлежност на градското население за страната и тези, заложиени в проучването (виж Таблица 2).



**Таблица 2.** Сравнително представяне на популацията на град Бургас и на извадката от проучването

	Общо население на гр.Бургас (НСИ-21.12.2011)		Извадка от EQ-5D-3L – проучването	
	Брой	%	Брой	%
<b>Пол (от ГРАО)</b>				
Мъже		49%		52.9%
Жени		51%		47.1%
<b>Възраст –години</b>				
18-20	NA	NA	46	4.4 %
20-29	27 230	13.59 %	161	15.3 %
30-39	34 898	17.42 %	192	18.3 %
40-49	28 236	14.09 %	127	12.1 %
50-59	29 490	14.72 %	166	15.8 %
60-69	23 667	11.81 %	133	12.7 %
70-79	13 880	6.9 %	159	15.1 %
80 +	5 979	2.98 %	66	6.3 %
<b>Етническа принадлежност на градско население</b>				
	Данни за страната от последното преброяване от 21.12.2011 – градско население		Извадка от EQ-5D проучването	
Турска	4.6 %		4.0 %	
Ромска	2.7 %		3.7%	
Не се самоопределям	0.7%		0.3%	

### 3.1.2 Анализ на резултатите от измерването чрез EQ-5D-3L

#### 3.1.2.1 Самооценка–описание на настоящото здравословно състояние

С добро КЖсЗ или хора, които не са посочили проблеми в нито една от петте области са 26.5% (n=278) от анкетираните, докато 52.2% (n=548) докладват проблеми в поне една от областите, а 11.6% (n=122) имат сериозни проблеми в някоя от областите. Най-много хора са посочили проблеми в областта „тревожност/депресия“ (56.8%, n=636). Основните и обобщени резултати от проучването са представени в Таблица 3 и на Фигура 2.

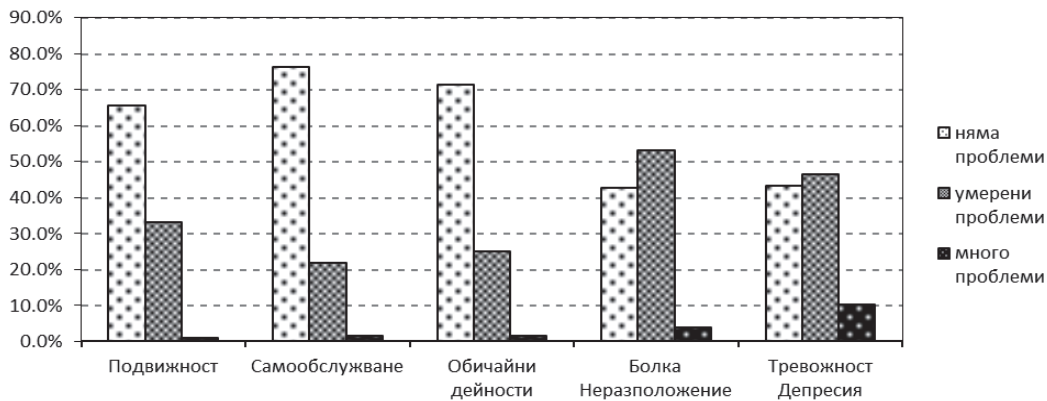


**Таблица 3.** Брой и относителен дял на хората в петте EQ-5D-3L – области, според отговорите (липса или докладване на проблеми)

Ниво проб-леми*	Подвиж-ност		Само-обслужване		Обичайни дейности		Болка Неразполо-жение		Тревожност Депресия	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%
без	690	65.8	802	76.4	748	71.3	448	42.7	454	43.2
умерени	348	33.1	230	21.9	283	27.0	560	53.3	489	46.6
много	12	1.1	13	1.7	18	1.7	42	4.0	147	10.2

\* Ниво на възприемане на проблемите със здравето

**Фигура 2.** Самооценка на здравето според отговорите за цялата извадка

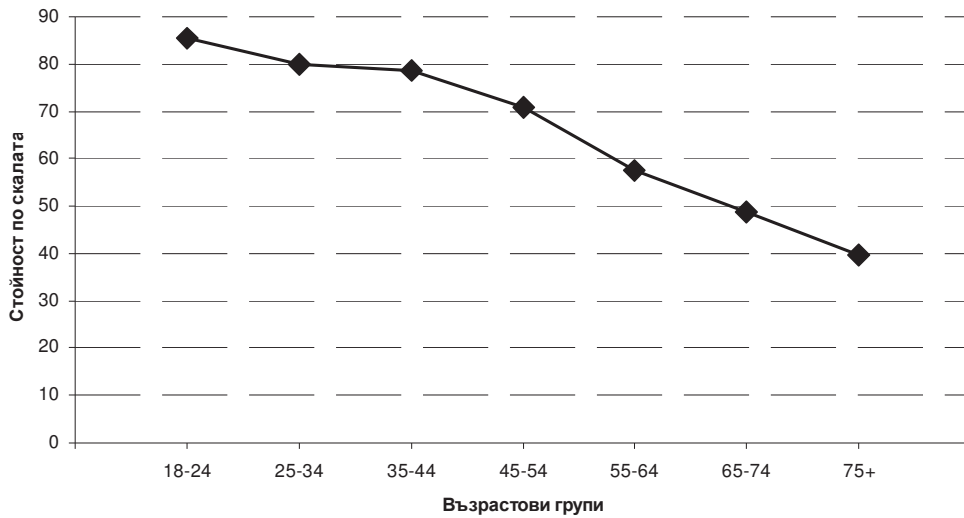


### 3.1.2.2 Самоизмерване с ВАС - Термометър

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 са както следва: 18-24 год. - 85.55; 25-34 год.- 79.81; 35-44 год. - 78.56; 45-54 год. - 70.73; 55-64 год. - 57.58; 65-74 год. - 48.65; ≥75 год. - 39.69 (виж. Фигура 3).

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



### 3.1.2.3 Дискусия, сравнения и обобщения

Изследванията на субективното здраве се използват широко по света за установяване на здравни неравенства. В контекста на изследването на КЖсЗ, свързано със здравето чрез EQ-5D-3L въпросника се установяват големи разлики в честотата на докладваните проблеми между различните държави. До 2012 г., по данни на Euro-QoL Group, са проведени 20 национални и 7 регионални EQ-5D-3L популационни проучвания. Сравняемост се допуска, доколкото проучванията са представителни за регионите или държавите, където са провеждани и във всички е използван стандартизиран и валидиран за съответната държава EQ-5D-3L\* въпросник. Например, в проучването правено в Япония в три

---

\* Направено е сравнение само между популационните проучвания с EQ-5D-3L въпросника. От 2012 се разработва EQ-5D-5L версия и вече са в ход процедури за валидиране на този инструмент (<http://www.euroqol.org/>, 15.07.2013)

префектури, само 25% (n=152) докладват проблеми в поне една от областите, а 2.1% (n=13) имат сериозни проблеми в някоя от областите, докато в настоящото изследване 52.2% (n=548) докладват проблеми в поне една от областите, а 11.6% (n=122) имат сериозни проблеми в някоя от областите.

Броят и относителният дял на хората докладвали проблеми (умерени и тежки) и в петте области в настоящото проучване е над средните стойности за Европейските страни и над средните стойности за всички държави, в които е провеждано проучване с EQ-5D-3L въпросника (виж Таблица 4).

**Таблица 4.** Относителен дял на докладваните проблеми в петте области-средни стойности от популационните EQ-5D-3L – проучвания (нестандартизирани по възраст)

Проучвания	Подвижност (%)	Само-обслужване (%)	Обичайни Дейности (%)	Болка/ Неразположение (%)	Тревожност/ Депресия (%)
Всички държави	16.6	4.5	14.6	37	24.6
Европейски държави	17.1	4.9	14.6	37.9	24.7
Настоящо проучване	34.2	23.3	28.7	57.3	56.8

За настоящото изследване средната стойност по ВАС е 70. За сравнение, средната стойност на самоизмерване на здравето с ВАС в Европейски държави е 77, а усреднената стойност по ВАС от всички правени до 2012 г. проучвания с EQ-5D-3L е 78, като данните за страните варират (например за Унгария е 71, Словения 76, и Япония 78). Трябва да се има предвид, че някои групи от населението или цели нации са склонни да отговарят по-позитивно или по-негативно на въпросите от EQ-5D-3L-въпросника, което е следствие от социо-културни и други фактори.

### 3.1.3 Влияние на детерминантите върху КЖсЗ

#### 3.1.3.1 Влияние на демографските детерминанти

##### а. 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 5.
- 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 5.** 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	$\geq 75$
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 във следващите две възрастови групи. Забелязват се високите стойности на съобщаващите „болка/ неразположение“ и „тревожност/ депресия“ (Фигура 2). Средната стойност по ВАС намалява от 85.55 при най-младата възрастова група до 39.69 при най-възрастните (Фигура 3). След 54 годишна възраст чувствително спадат средните стойности по ВАС.

### **в. Здраве и пол**

Установява се статистически значима връзка между пола и:

- проблемите с подвижността при респондентите ( $\chi^2=51.79$ ,  $p<0.001$ ). Мъжете (44%) докладват повече проблеми от жените, като 23.4% от жените имат умерени и тежки проблеми с придвижването.
- проблемите със самообслужването ( $\chi^2=51.79$ ,  $p<0.001$ ). Относителният дял на мъжете имащи проблеми със самообслужването е 33%, а при жените е 12.7%.
- проблемите при извършване на обичайни дейности ( $\chi^2=29.86$ ,  $p<0.001$ ) с резултати за мъже 35% и за жените 21.5%.
- проблемите поради болки или нераположения ( $\chi^2=13.56$ ,  $p<0.001$ ), като и двата пола докладват висок процент в “болка и неразположение“ (мъже, 61% и жени, 53.1%)

Не се установява статистически значима връзка между пола и проблемите поради „тревожност/депресия“ ( $\chi^2=1.78$ ,  $p=0.41$ ).

Разликата в средните стойности от измерването с ВАС между групите по пол е статистически значима ( $t=-6.45$ ;  $p=0.001$ ), като средната стойност при мъжете е 61.59, а при жените е 70.54.

**Обобщение.** Мъжете докладват повече проблеми отколкото жените във всички възрастови групи и във първите четири области (с изключение на възрастова група 25-34 год. и 45-54 год., в областта „обичайни дейности“), виж Таблица 7. Анализът на резултатите при „тревожност/депресия“ показва, че броят на хората с проблеми е висок и

при двата пола, като 11.2% (n=62) от мъжете и 9% (n=45) от жените споделят за много големи проблеми в тази област. Честотата на проблемите в „тревожност/депресия” се задълбочава с възрастта при респондентите от двата пола. Има 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). При анализ на ВАС отделно при двата пола по възрастови групи, се установява, обаче, че до 65 годишна възраст разликите не са статистически значими ( $p > 0.05$ ) и стойностите на ВАС започват да се раздалечават при възрастовите групи 65-74 год. (55.4- жени; 45.5-мъже;  $p = 0.001$ ) и  $\geq 75$  години (46.24-жени; 36.2-мъже;  $p = 0.001$ ).

### с. Здраве и семейно положение

Установява се статистически значима връзка между семейното положение и:

- проблемите с подвижността ( $\chi^2 = 112.63$ ,  $p < 0.001$ ),
- проблемите при самообслужване ( $\chi^2 = 85.32$ ,  $p < 0.001$ ),
- между проблемите при извършване на обичайни дейности ( $\chi^2 = 78.89$ ,  $p < 0.001$ ),
- проблемите с болки и неразположения ( $\chi^2 = 136.98$ ,  $p < 0.001$ ),
- проблемите с тревожността/ депресия ( $\chi^2 = 43.84$ ,  $p < 0.001$ ).

Установява се статистически значима връзка между самоизмерването с ВАС и семейното положение ( $\chi^2 = 532.57$ ,  $p < 0.001$ ). Не се установява статистически значима разлика в средните стойности при променливите семеен-разведен и несемеен и живеещ на семейни начала при сравнение на средните стойности от самооценката с ВАС термометър на респондентите според семейният им статус чрез дисперсионен анализ (ANOVA Scheffe Post Hoc Tests).

**Таблица 6. Брой (отн. дял) на хората докладвали проблеми със здравето според възрастовата група и пола**

EQ-5D област	Отговор	Възrastови групи							
		18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	
Подвижност	Всички	17 (11.3%)	18 (12%)	14 (9.3%)	34 (22.8%)	71 (47%)	75 (72.3%)	105 (71.4%)	
	Мъже	16(16.5%)	9 (20.9%)	9 (12.5%)	9 (24.3%)	54(50.9%)	101 (66.1%)	72 (75%)	
	Жени	1 (1.9%)	9 (8.4%)	5 (6.4%)	25(22.3%)	17(37.8%)	75(72.15)	33 (64.7%)	
Само-обслужване	Всички	5 (3.4%)	8 (5.3%)	6 (4.0%)	12 (8.1%)	61(40.4%)	78(51%)	77 (53%)	
	Мъже	4 (4.1%)	4 (9.3%)	3 (4.2%)	6 (16.2%)	52 (49.1%)	62 (59.6%)	55 (53.3%)	
	Жени	1 (1.9)	4 (3.7%)	3 (3.8%)	6 (5.4%)	9 (20%)	17 (34.7%)	23 (45.1%)	
Обичайни дейности	Всички	9(6.0%)	16 (10.7%)	9 (6.0%)	27 (18.1%)	71 (47%)	87 (56.9%)	72 (55.8%)	
	Мъже	6 (6.2%)	6 (14.3%)	6(8.3%)	4(10.8%)	54(51%)	63(60.6%)	55 (57.3%)	
	Жени	3 (5.7%)	10(9.3%)	3(3.8%)	23(20.5%)	17(37.8%)	24(49%)	27(53%)	
Болка	Всички	29(19.4%)	55(36.7%)	58 (38.7%)	87 (58.4%)	108 (71.5%)	133 (86.9%)	132 (89.8%)	
	Мъже	19(19.6%)	13(30.2%)	25 (34.7%)	20 (54.1%)	80(75.5%)	93 (89.4%)	84 (87.5%)	
	Жени	10(18.9%)	42 (39.2%)	33(42.3%)	67 (59.8%)	28(62.2%)	40 (81.7%)	48 (94.3%)	
Тревожност	Всички	48 (32%)	65 (33.3%)	64(42.6%)	107 (71.8%)	101 (66.9%)	107 (69.9%)	104 (70.7%)	
	Мъже	31 (31.9%)	18 (41.8%)	27 (37.5%)	27 (73%)	69 (65.1%)	71 (68.3%)	69 (71.9%)	
	Жени	17 (32.1%)	47 (43.9%)	37 (47.4%)	80 (71.4%)	32 (70.1%)	36 (73.5%)	35 (70.6%)	



**Обобщение:** Респондентите, които споделят, че са разведени или вдовец/вдовица докладват сигнификантно повече проблеми и в петте области. По отношение на средните стойности при самооценка с ВАС, най-високо оценяват здравословното си състояние несемейните и живеещите на семейни начала (съответно средни стойности от 79.08 и 79.72). Факторът, който оказва влияние върху самооценката в случая е възрастта: 83.4% от несемейните и 95.5% от живеещите на семейни начала са на възраст до 45 годишна възраст. Сигнификантни разлики се установяват при самооценката с ВАС според семейния статус само при най-младите и при най-възрастните ( $p < 0.001$ ). При респондентите под 25 годишна възраст най-висока е самооценката по ВАС при живеещите на семейни начала и при семейните (съответно - 88.8 и 87.1), докато при най-възрастните самооценката е най-висока при несемейните (49.6) и най-ниска при семейните (39.6). Впечатляващо е, че не се установява статистически значима разлика по отношение на средните стойности при самооценка с ВАС между семейните и разведените във възрастта след 25 годишна възраст, т.е. не се установява протективна роля на семейството.

#### **d. Здраве и брой деца в семейството**

При тази детерминанта се установява статистически значима връзка между броя деца в семейството и:

- проблемите при подвижност ( $\chi^2=46.95$ ,  $p < 0.001$ ),
- проблемите при самообслужване ( $\chi^2=69.25$ ,  $p < 0.001$ ),
- проблемите при извършване на обичайните дейности ( $\chi^2=71.86$ ,  $p < 0.001$ ),
- проблемите, свързани с болки и неразположения ( $\chi^2=91.34$ ,  $p < 0.001$ ),
- тревожност и депресии ( $\chi^2=39.38$ ,  $p < 0.001$ ).

Установява се статистически значима връзка между самоизмерването с ВАС термометър и броя деца в семейството ( $\chi^2=542.38$ ,  $p < 0.001$ ).

**Обобщение:** Респондентите, които нямат деца или са само с едно дете докладват по-малко проблеми и в петте области. С нарастване броя



на децата в семейството, нараства и броя на докладваните проблеми, както и респондентите оценяват здравето си по-ниско по скалата на ВАС (без деца – 79.6; повече от три деца – 55.5). Контролирайки самооценката на здравето според броя на децата по възрастовите групи на респондентите, тези разлики не се потвърждават ( $p > 0.05$ ).

#### е. Здраве и етнос

Не се установява статистически значима връзка между етническата принадлежност на респондентите и:

- проблемите при подвижност ( $\chi^2=8.01$ ,  $p=0.078$ ),
- проблемите при самообслужване ( $\chi^2=9.04$ ,  $p=0.17$ ),
- проблемите при извършване на обичайни дейности ( $\chi^2=6.69$ ,  $p=0.35$ ),
- проблемите с болка и неразположения ( $\chi^2=9.1$ ,  $p=0.17$ ),
- тревожност/депресия ( $\chi^2=5.38$ ,  $p=0,49$ ).

При сравнение на средните стойности от самооценката с ВАС на респондентите според етническата принадлежност чрез дисперсионен анализ (ANOVA Scheffe Post Hoc Tests), не се установяват статистически значими разлики в средните стойности между отделните етнически групи.

**Обобщение:** Няма сигнификантни разлики в самооценката на здравословното състояние между изследваните етноси. В групата на респондентите докладващи, че „нямат проблеми“ най-висок е процентът сред ромската етническа група (например: за дименсията подвижност: без проблеми са 89.3% от ромите, 66.7% от тези, които не се самоопределят, 65.2% от българите и 61.9% от турския етнос). Най-висока средна стойност от самооценката с ВАС има в ромския етнос (74.64). При българския етнос, турския етнос и при тези, които не се самоопределят средните стойности са както следва съответно 65.57, 65.76 и 63.33.

## f. Здраве и религия

При детерминанта „религия“ се установява статистически значима връзка между религиозността и следните детерминанти:

- проблемите при подвижност ( $\chi^2=31.01$ ,  $p<0.001$ ),
- проблемите при самообслужване ( $\chi^2=29.3$ ,  $p=0.001$ ),
- проблемите при извършване на обичайни дейности ( $\chi^2=20.7$ ,  $p<0.001$ ),
- проблемите с болка и неразположения ( $\chi^2=41.36$ ,  $p<0.001$ ).

Не се установява статистически значима връзка между „тревожност/депресия“ и религиозност на респондентите ( $\chi^2=5.38$ ,  $p=0.49$ ). При сравнение на средните стойности от самооценката с ВАС според религиозността на респондентите чрез дисперсионен анализ (ANOVA Scheffe Post Hoc Tests); не се установява статистически значима разлика между променливите „не съм религиозен“ и „не се самоопределям“.

**Обобщение:** Хората, които не се самоопределят или не са религиозни докладват по-добро КЖсЗ. Относителният дял на участниците, които нямат проблеми е най-висок и в петте области при тези, които не се самоопределят, следвани от тези които не са религиозни и с най-нисък процент са групата на религиозните. Няма статистически значима разлика само в областта „тревожност/депресия“. Средните стойности от самооценката с ВАС според религиозността са 71.10 (не се самоопределям), 68.85 (не съм религиозен) и 60.99 (религиозен).

### 3.1.3.2 Влияние на социално-икономическите здравни детерминанти

- а. Здраве и грамотност** (за тези, които са неграмотни е допуснато попълване на въпросника от анкетъор).

Не се установява статистически значима връзка между грамотността на респондентите и изследване области, и по-специално: проблемите при подвижност ( $\chi^2=0.46$ ,  $p=0.79$ ), проблемите при самообслужване

( $\chi^2=1.81$ ,  $p=0.4$ ), проблемите при извършване на обичайни дейности ( $\chi^2=0.47$ ,  $p=0.79$ ), проблемите с болка и неразположения ( $\chi^2=0.11$ ,  $p=0.95$ ), тревожност/депресия ( $\chi^2=1.19$ ,  $p=0.55$ ). Разликата в средните стойности от измерването с ВАС между групите според грамотността не е статистически значима ( $t=1.074$ ;  $p=0.294$ ).

**Обобщение:** Няма съществени разлики между КЖсЗ на тези, които са грамотни и тези, които не са грамотни (неграмотните са само 24 човека и в голямата си част са от ромски етнос).

### **в. Здраве и учене в момента – студентство**

Установява се статистически значима връзка между статута следване (към момента на проучването) на респондентите и: проблемите при подвижност ( $\chi^2=35.9$ ,  $p<0.001$ ), проблемите при самообслужване ( $\chi^2=28.39$ ,  $p=0.001$ ), проблемите при извършване на обичайни дейности ( $\chi^2=31.16$ ,  $p<0.001$ ), проблемите с болка и неразположения ( $\chi^2=87.6$ ,  $p<0.001$ ), тревожност/депресия ( $\chi^2=33.38$ ,  $p<0.001$ ).

**Обобщение:** Учащите в момента във висок процент попадат в групата на тези, които нямат проблеми и в петте области. Например, в дименсията подвижност 91.1% са тези без проблеми. Повечето от тях са във възрастова група между 18 и 30 години.

### **с. Здраве и степен на образование**

При детерминантата „степен на образование“ се установява статически значима връзка при всички области и резултатите са следните:

- проблемите при подвижност ( $\chi^2=150.19$ ,  $p<0.001$ ),
- проблемите при самообслужване ( $\chi^2=166.69$ ,  $p<0,001$ ),
- проблемите при извършване на обичайни дейности ( $\chi^2=127.3$ ,  $p<0.001$ ),
- проблемите с болка и неразположения ( $\chi^2=114.61$ ,  $p<0.001$ ),
- между тревожност/депресия ( $\chi^2=41.39$ ,  $p<0.001$ ).

Сравнение на средните стойности от самооценката с ВАС според образованието на респондентите чрез дисперсионен анализ (ANOVA Scheffe Post Hoc Tests) показва статистически значими разлики при групите с основно и начално образование спрямо всички останали подгрупи; както и при гимназиалното спрямо тези с магистърска степен. Групата без образование не се различава статистически значимо от останалите групи.

**Обобщение:** Честотата на докладваните проблеми нараства чувствително с намаляване степента на образование във всички области. Изключение прави групата на хората без образование, които са докладвали по-малко проблеми от лицата с по-добро образование и са посочили по-високи стойности при самооценка с ВАС от хората с основно и начално образование. Най-висока самооценка по ВАС посочват респондентите с висше образование-степен магистър (79.15), а най-ниска (45.7) при лицата с начално образование. Статистически значими разлики при самооценката на здравето се установява при групите с основно и начално образование спрямо всички останали подгрупи; както и при гимназиалното с висше-магистър ( $p < 0.01$ ). Групата без образование не се различава статистически значимо от останалите групи по отношение на оценка с ВАС ( $p > 0.05$ ).

#### **d. Здраве и регулярен среден месечен доход**

При детерминантата 'регулярен среден месечен доход', част от резултатите са статистически значими, а други не. Установява се статистически значима връзка между среден месечен доход на човек от домакинството и:

- проблемите при подвижност ( $\chi^2=31.64$ ,  $p=0.005$ ),
- проблемите при извършване на обичайни дейности ( $\chi^2=25.3$ ,  $p=0.03$ ),
- проблемите с болка и неразположения ( $\chi^2=29.68$ ,  $p=0.008$ ),

Не се установява статистически значима връзка между месечния доход на човек от домакинството и:

- докладваната наличност на тревожност/депресия у респондентите ( $\chi^2=18.1$ ,  $p=0.2$ ) и
- проблемите при самообслужване ( $\chi^2=20.5$ ,  $p=0.12$ ).

При сравнение на средните стойности от самооценката с ВАС според месечния доход на респондентите чрез дисперсионен анализ (ANOVA Scheffe Post Hoc Tests) не се установяват статистически значими разлики между отделните групи според месечния доход на човек от домакинството.

**Обобщение:** КЖсЗ не нараства убедително с покачването на доходите. Изглежда, че по-ниските доходи на глава от домакинството имат по-силна зависимост с физическото здраве, отколкото с психичното здраве (не се установява статистически значима връзка между „тревожност/депресия“ и доходите). Хората, докладвали по-висок месечен доход не самоизмерват КЖсЗ си по-високо от тези с по-ниски доходи ( $p>0.05$ ). Най-висока самооценка на здравето си с ВАС посочват хората с месечен доход между 1200-1600 лв. (82.9), а най-ниска – при лицата с месечен доход под 240 лв. (62.4). Важно е да се отбележи, че 26% от анкетираните в проучването не желаят да посочат доходите си. Тези данни са потвърждение на началната ни хипотеза, че високият доход не винаги води до по-високо КЖсЗ, с други думи, не нивото на богатство е определящо, а това дали разпределението на материалните блага между хората е равномерно или не.

#### **е. Здраве и трудова заетост**

Установява се статистически значима връзка между трудовата заетост на респондентите и:

- проблемите при подвижност ( $\chi^2=406.23$ ,  $p<0.001$ ),
- проблемите при самообслужване ( $\chi^2=312.44$ ,  $p<0.001$ ),

- проблемите при извършване на обичайни дейности и ( $\chi^2=252.1$ ,  $p<0.001$ ),
- проблемите с болка и неразположения ( $\chi^2=242.73$ ,  $p<0.001$ ),
- тревожност/депресия ( $\chi^2=56.68$ ,  $p<0.001$ ).

При сравнение на средните стойности от самооценката с ВАС според трудовата заетост на респондентите чрез дисперсионен анализ (ANOVA Scheffe Post Hoc Tests) се установяват статистически значими разлики между отделните групи според трудовата заетост.

**Обобщение:** Сигнификантно по-високо ниво на проблеми е докладвано от пенсионери по болест и при пенсионери по възраст. При безработните, докладвали проблеми, не са толкова големи разликите в областите „подвижност“, „самообслужване“ и „обичайни дейности“, примерно с работещите, но се увеличава сигнификантно разликата в областите „болка/неразположение“ и „тревожност/депресия“. При лицата под 65-годишна възраст най-ниска самооценка на здравето с ВАС имат пенсионерите по възраст, които работят или търсят работа (55), а най-висока – при работещите и безработните, които се грижат за дома, децата. При респондентите над 65-годишна възраст най-ниска самооценка на здравето с ВАС имат пенсионерите по болест (22.23), а най-висока – пенсионерите по възраст, които се грижат за дома, децата (59.1) и при работещите (54).

Настоящото проучване следва методологично първото проучване проведено във Великобритания с EQ-5D-3L въпросника. В британското проучване е изследвана и взаимовръзката между здравето и принадлежността към някоя от ясно дефинираните пет социални класи в обществото. Тук това е невъзможно да бъде направено тъй като у нас няма ясно изразени социални класи, социално-икономическите граници в обществото са размити, а социалния статус не винаги се определя от професионалната принадлежност.

### **3.1.3.3 Влияние на поведенчески здравни детерминанти**

Изследват се две групи поведенчески детерминанти. Първата група включва прекарване на свободното време (редовно спортуване и хоби), тъй като то е тясно свързано с наличието или липсата на СК. Втората група включва пушаческите навици, като поведенческа детерминанта. Данни за тютюнопушенето са събирани в повечето национални проучвания с EQ-5D-3L въпросника (Великобритания, Словения, Армения и др.).

#### **а. Здраве и пушене**

В проучването, 30.3% (n=318) от извадката са отговорили, че пушат в момента, а 196 или 18.7% (n=196) са бивши пушачи. Установява се статистически значима връзка между тютюнопушенето при респондентите и:

- проблемите при подвижност ( $\chi^2=31.13$ ,  $p=0.001$ ),
- проблемите при самообслужване и тютюнопушенето ( $\chi^2=39.66$ ,  $p<0.001$ ),
- проблемите при извършване на обичайни дейности ( $\chi^2=32.26$ ,  $p<0.001$ ),
- проблемите с болка и неразположения ( $\chi^2=45.87$ ,  $p<0.001$ ),
- тревожност/депресия ( $\chi^2=16.73$ ,  $p=0.002$ ).

При използване на дисперсионен анализ (ANOVA Scheffe Post Hoc Tests) се установяват статистически значими разлики в средните стойности от самооценката с ВАС между трите подгрупи.

**Обобщение:** Любопитни резултатите са получени при анализа на влиянието на пушаческите навици върху КЖсЗ. Резултатите са показани в Таблица 7 по долу и сочат, че пушачите съобщават за по-малко здравословни проблеми от непушачите, а най-много здравословни проблеми имат отказалите се да пушат, което съвпада и с данните получени от самоизмерването на здравето с ВАС. Обаче, при анализ на резултатите по възрастови групи, се установява че обобщените по-горе данни са валидни само за възрастовата група над 75 години. За



останалите възрастови групи не се установяват статистически значими разлики в петте области и средните стойности при самооценката с ВАС между трите групи, според пушаческите навици. Разбира се, възможно е и тези, които са над 75 години да са се отказали от пушаческите си навици поради здравословни проблеми. Под 65 години - разликите в средните стойности от самооценката с ВАС между трите подгрупи не са статистически значими ( $p > 0.05$ ) т.е. пушаческите навици или липсата на такива не влияят на самооценката на здравния статус. Над 65 години разликите в средните стойности от самооценката с ВАС между групите на бившите пушачи, пушачите и непушачите са статистически значими ( $p < 0.05$ ) т.е. в измерението ВАС, пушачите оценяват здравето си по-високо от непушачите, а най-ниско оценяват здравето си отказалите се да пушат. Така се отхвърля началната хипотеза, че непушачите са с по-малко здравословни проблеми от непушачите.

**Таблица 7.** Брой (процент) от хората, докладващи проблеми със здравето според навиците за тютюнопушене, за всяка от EQ-5D-3L - областите; средни стойности по ВАС

Пушене/ непушене	Подвижност	Само- обслужване	Обичайни дейности	Болка Нераз- положение	Тревожност Депресия	ВАС- ср.стойност
пушач	74 (23.3%)	46 (14.5%)	58 (18.3%)	143 (45%)	162 (50.6%)	74.37
бивш пушач	88 (44.9%)	71 (36.2%)	76 (38.7%)	144 (82.4%)	122 (62.2%)	57.46
непушач	175 (36.7%)	129 (24.3%)	164 (30.8%)	312 (58.7%)	309 (58.2%)	63.74

## в. Здраве и спортуване

При зададен въпрос: „Спортувате ли редовно (поне 2 пъти седмично)?“ и анализ на отговорите се установява, че е налице статистически значима връзка между спортуването и субективната оценка на здравето. Тези, които спортуват имат по-малко проблеми:

- при подвижност ( $\chi^2=50.93$ ,  $p<0.001$ ),
- при самообслужване ( $\chi^2=38.85$ ,  $p<0.001$ ),



- при извършване на обичайни дейности ( $\chi^2=44.73$ ,  $p=0.001$ ),
- при болка и неразположения ( $\chi^2=70.8$ ,  $p<0.001$ ),
- при тревожност/депресия ( $\chi^2=24.39$ ,  $p<0.001$ ).

Разликата в средните стойности от измерването с ВАС между спортуващите и неспортуващите активно е статистически значима ( $t=8.87$ ;  $p=0.001$ ).

**Обобщение:** Доказва се протективната роля на двигателната активност върху КЖсЗ. Най-висок относителен дял на спортуващите се установява сред респондентите от възрастовата група под 20 год. (32,6%), следваща група – сред 40-49 год. (29,1%), а най-нисък е дялът сред участниците на възраст 70-79 години. Хората, които спортуват, са посочили по-малко здравословни проблеми и по-високо са оценили здравословното си състояние чрез ВАС: средната самооценка на здравето при спортуващите респонденти е 79,9 ( $n=166$ ) и 63,2 ( $n=833$ ) при неспортуващите ( $t=8,87$ ;  $p=0,001$ ). Хората, които спортуват, които са физически активни, оценяват по-високо здравословното си състояние.

### с. Здраве и хоби през свободното време

Установена е статистически значима връзка между наличието на хоби и съобщаването или не на проблеми във всички пет области и в самоизмерването на здравето с ВАС. Хората, които имат хоби докладват за по-малко проблеми и оценяват по-високо здравословното си състояние:

- проблемите с подвижността ( $\chi^2=32.62$ ,  $p<0.001$ ),
- проблемите при самообслужване ( $\chi^2=50.46$ ,  $p<0.001$ ),
- проблемите при обичайни дейности ( $\chi^2=38.19$ ,  $p<0.001$ ),
- проблемите поради болки ( $\chi^2=19.17$ ,  $p<0.001$ ),
- проблемите поради тревожност или депресия ( $\chi^2=13.04$ ,  $p<0.001$ ).

Разликата в средните стойности от измерването с ВАС между групите според наличието на хоби е статистически значима ( $t=7.66$ ;  $p=0.001$ ).

**Обобщение:** Доказва се протективната роля на любимите занимания през свободното време върху КЖсЗ. Участниците, които имат хоби съобщават за по-малко здравословни проблеми докладвани и в петте области: във всяка от областите 50-93% от респондентите с хоби докладват липса на проблеми ( $p<0.001$ ). При самоизмерване на здравословното състояние, респондентите с хоби посочват значимо по-високи стойности в сравнение с тези без хоби: съответно- 75.4 и 62.9 ( $p<0.001$ ). Много често хобито е някакъв вид спорт (напр. аеробика, шах, кикбокс, джогинг, плуване, езда и т.н.), но са посочени и десетки други занимания като: четене, слушане на музика, отглеждане на цветя, готвене, хорова пеене. Някои занимания в свободното време също са свързани с двигателна активност, като народни танци, разходки в морската градина, лов и риболов. Всички тези занимания обхващат области, които често са извън обхвата на здравните политики. Много от видовете хоби са изява на СК, който е във фокуса и на качествено проучване във втората фаза.

### 3.1.4 Влияние на СК

#### а. Здраве и членуване в професионална/съсловна организация

Налични са статистически значими връзки между членуването в професионална/съсловна организация и:

- проблемите при подвижност ( $\chi^2=14.79$ ,  $p=0.001$ ),
- проблемите при самообслужване ( $\chi^2=12.64$ ,  $p=0.002$ ),
- проблемите при извършване на обичайни дейности ( $\chi^2=11.75$ ,  $p=0.003$ ),
- тревожност/депресия ( $\chi^2=8.5$ ,  $p=0.014$ ).

В същото време не се установява статистически значима връзка между проблемите с болка и неразположения и членуване в професионална/съсловна организация ( $\chi^2=4.69$ ,  $p=0.096$ ).

**Обобщение:** Членството в професионална/съсловна организация влияе протективно в четири от областите на КЖсЗ, като същата статистически значима връзка е налице и при самоизмерването на здравословното състояние с ВАС. Изключение прави измерението «Болка/Неразположение», където хората членуващи в професионална/съсловна организация не докладват по-малко проблеми.

### **в. Здраве и членуване в пенсионерски клуб**

Установява се статистически значима връзка между членуването в пенсионерски клуб и:

- проблемите при подвижност ( $\chi^2=87.83$ ,  $p=0.001$ ),
- проблемите при самообслужване ( $\chi^2=39.23$ ,  $p<0.001$ ),
- проблемите при извършване на обичайни дейности ( $\chi^2=53.95$ ,  $p<0.001$ ),
- проблемите с болка и неразположения ( $\chi^2=67.99$ ,  $p<0.001$ ),
- тревожност/депресия ( $\chi^2=25.3$ ,  $p<0.001$ ).

Разликата в средните стойности от измерването с ВАС между групите според членуване в в пенсионерски клуб на респондентите е статистически значима ( $t= -9.16$ ;  $p=0.001$ ).

**Обобщение:** Статистически значима е връзката между членуването в пенсионерски клуб и съобщаването на по-малко проблеми в петте области. Членове на пенсионерски клуб, измерват с ВАС здравословното си състояние по-високо от тези, които не членуват в пенсионерски клуб.

### **с. Здраве и членуване в студентска организация**

Установява се статистически значима връзка между проблемите в „болка и неразположения“ и членуване в студентска организация ( $\chi^2=7.44$ ,  $p<0.024$ ), но в същото време не се установява такава при:

- проблемите при подвижност ( $\chi^2=1.13$ ,  $p=0.57$ ),
- проблемите при самообслужване ( $\chi^2=0.82$ ,  $p=0.67$ ),
- проблемите при извършване на обичайни дейности ( $\chi^2=3.23$ ,  $p=0.2$ ),
- тревожност/депресия ( $\chi^2=0.32$ ,  $p>0.85$ ).

Разликата в средните стойности от измерването с ВАС между групите според членуване в студентска организация на респондентите е статистически значима ( $t=2.88$ ;  $p=0.004$ ).

**Обобщение:** Членуването в студентска организация не е достатъчно силен протективен фактор по отношение на здравословното състояние. Установява се статистически значима връзка, т.е. протективна роля, само при областта „Болка/Неразположение“ и при самоизмерването на здравето с ВАС.

#### **d. Здраве и членуване в партийна организация**

Тук не се установяват статистически значими връзка между членуването в партийна организация и:

- проблемите при подвижност ( $\chi^2=0.48$ ,  $p=0.79$ ),
- проблемите при самообслужване ( $\chi^2=1.22$ ,  $p=0.54$ ),
- проблемите при извършване на обичайни дейности ( $\chi^2=1.73$ ,  $p=0.42$ ),
- проблемите с болка и неразположение ( $\chi^2=5.01$ ,  $p=0.08$ ),
- тревожност/депресия ( $\chi^2=2.57$ ,  $p=0.28$ ).

Разликата в средните стойности от измерването с ВАС между групите според членуване в партийна организация на респондентите не е статистически значима ( $t= 0.58$ ;  $p=0.562$ ).

**Обобщение:** Няма статистически значима връзка между членуването в партийна организация и КЖсЗ. Убедително, членуването в партия не е протективен фактор по отношение на самооценка на здравето.

### **е. Здраве и членуване в НПО с идеална цел**

Тук не се установява статистически значима връзка между членуване в НПО с идеална цел и:

- проблемите при подвижност ( $\chi^2=2.9$ ,  $p=0.22$ ),
- проблемите при самообслужване ( $\chi^2=1.57$ ,  $p=0.46$ ),
- проблемите при извършване на обичайни дейности ( $\chi^2=3.16$ ,  $p=0.2$ ),
- тревожност/депресия ( $\chi^2=1.82$ ,  $p=0.403$ ).

Установява се статистически значима връзка между проблемите в „болка и неразположение“ и членуване в НПО с идеална цел ( $\chi^2=8.24$ ,  $p=0.016$ ). Разликата в средните стойности от измерването с ВАС между групите според членуване в НПО с идеална цел е статистически значима ( $t=2.14$ ;  $p=0.032$ ).

**Обобщение:** Членуването в НПО с идеална цел е протективен фактор по отношение на областта „Болка/Неразположение“ и самоизмарването с ВАС. Няма статистически значима връзка между членуването в НПО с идеална цел и КЖсЗ в другите четири области.

### **ф. Здраве и членуване в клуб по интереси**

Установява се статистически значима връзка между членуване в клуб по интереси и следните области:

- проблемите при подвижност и членуване в клуб по интереси ( $\chi^2=11.2$ ,  $p=0.004$ ),
- проблемите при самообслужване и членуване в в клуб по интереси ( $\chi^2=11.84$ ,  $p=0.003$ )
- проблемите при извършване на обичайни дейности ( $\chi^2=112.82$ ,  $p<0.002$ ),
- проблемите с болка и неразположения ( $\chi^2=6.8$ ,  $p=0.034$ ),
- тревожност/депресия и членуване в клуб по интереси ( $\chi^2=8.41$ ,  $p=0.015$ ).

Разликата в средните стойности от измерването с ВАС между групите според членуване на респондентите в клуб по интереси е статистически значима ( $t=4.935$ ;  $p=0.0001$ ).

**Обобщение:** Статистически значима е връзката между членуването в клуб по интереси и съобщаването на по-малко проблеми в петте области. Хората, които членуват в клуб по интереси се чувстват по-здрави и измерват здравето си по-високо от тези, които не са отбелязали членуването в клуб по интереси. Тези резултати са още по-убедителни като се добави и установената протективната роля на заниманията в свободното време и по конкретно тези, при които има изява на СК (народни и съвременни танци, спортуване в клубове, хорова пеене и други).

## **3.2 Втора фаза: резултати и дискусия**

### **3.2.1 Резултати и обсъждане на Делфи проучването**

Делфи проучването бе проведено през периода февруари-март 2013г. Поканените (според критериите за селекция) и отзовали се 15 експерти, бяха разделени на три панела – политически (5 експерта), институционален (6 експерта) и НПО-панел (4 експерта), които впоследствие попълниха последователно анкетите от първи и втори кръг, като накрая получиха обобщените консенсусни резултати.

#### **а. Резултати от I кръг на Делфи**

Първият кръг бе концентриран върху тестване доколко приемливи са понятията „КЖсЗ“ и „СК“, тъй като буквалният превод на научни термини от английски на български език често води до неточности или до културално неприемливи и неприложими словосъчетания. За първия кръг, въпросникът бе полу-структуриран, като започва с три отворени въпроса. Първият отворен въпрос, даде възможност на участниците да напишат своето определение за КЖсЗ. Ето обобщение на определенията

дадени от участниците (това бе включено и в текста на втората анкетна карта):

„Приветствам идеята на проучването - да бъде въведена оценка на здравето чрез измерване на КЖсЗ“. „КЖсЗ е социалното, физическо и духовно благополучието на всеки човек, свързано с неговото здраве, отношението му към здравето.“ „КЖсЗ отразява личната удовлетвореност на всеки индивид от неговото здравословно състояние.“ „КЖсЗ е съвкупност от икономически, социални и културно образователни стандарти, които са предпоставки за добруване, удоволствие от живота, работоспособност, щастие“. „КЖсЗ е самодисциплина за здравословен начин на живот; трудно се управляват външните фактори, които водят до напрежение и стрес. Трябва да се засили контрола на изразходване на публичния ресурс.“ „КЖсЗ включва не само хранене и здравеопазване, но и социални контакти, потребности от работа в групи, хоби, приятели, културен живот“.

Вторият отворен въпрос цели получаване на мнението на участниците, за това какво според тях е СК. Ето резюме (направено и във втората анкетна карта) на определенията дадени от участниците за СК:

„Социалните контакти на членовете в едно семейство, с колеги, с приятели, с групи от хора от различни сфери на живота“. „Защита и утвърждаване на общи социални ценности и социални норми“. „СК е базиран на разбирането за доверие между институциите“. „СК е невъзможен без човешкия потенциал за работа, без отношения основани на взаимна отговорност.“ „СК са хората обединени в различни общности от еднакви ценности“. „СК е социална грамотност“. „СК е възможността на хората да контактуват спокойно, да създават добри взаимоотношения, да имат възможност да пътуват, да се образуват, духовно да израстват“. „Ние сами определяме битието си. Всичко започва от малкия човек и той трябва да оцени своето място в обществото.“



В една от анкетите, на редовете определени за отговори на първите два отворени въпроса са изредени ключови думи, които Делфи-участникът асоциира със СК и КЖсЗ: „Позитивизъм, добри отношения, разбиране и съпричастност, самодисциплина и отговорност“. Всъщност, това мнение съвпада с една от целите на настоящото проучване: да фокусираме вниманието на хората от общността върху положителното в живота, да насочим погледа не върху болестта, а върху здравето и благополучието.

Коментарите по тези въпроси, в последствие, бяха използвани за създаването на определения, комбиниращи мненията на всички участници, които са предоставени за потвърждение с въпросника във втория кръг.

В допълнение, третият отворен въпрос цели посочване на конкретни проекти, в които експертите участват или биха подкрепили за да се създава и развива СК в общността на жителите на град Бургас. Участниците са назвали конкретни проекти, в които участват и които умножават СК в общността. Изброяваме само някои от тях: „Да докоснем недосегаемите“ – стереотипи за ромското население; „И аз имам семейство“ – за приемните родители; „Детство за всички“ – за деца с увреждания“; „Включи града“, Spirit of Burgas, хоспис в МБАЛ Бургас и много други.

В допълнение, участниците биха подкрепили проекти в области, които създават и развиват СК в общността. Например: „Културни мероприятия, в които хората са не само зрители, но и участници, премахване на изкуствено създадената бариера между хората и институциите, достъп и контрол до решенията на местната и държавна власт“; „Засилване на взаимодействието между деца, родители, учители и институции“; „Развитие на спортна култура в гражданите на общината чрез масови спортни мероприятия“ и други.



Изброените по-горе проекти и области доказват ангажираността на Делфи-участниците с живота в общността и това, че те приемат и подкрепят холистичния подход към здравето и социалната детерминираност на КЖсЗ.

Участниците са помолени да подкрепят или отхвърлят идеята за изпълване на стандартизирано измерване на КЖсЗ, като показател за успеха на дадени здравно-промоционални политики. 11 от 15 участника приемат, че стандартизираното измерване на КЖсЗ може да бъде индикатор за резултатността на политиките.

И още, смятат ли, че наред с ежегодно събираните показатели, като смъртност и заболяемост, в България би могло да се събират и данни за КЖсЗ и с каква честота: всяка година; на 2 години или на повече. Единодушно се приема от всички участници, че в България би могло да се събират и данни за КЖсЗ; 11 от 15 участника считат, че това би могло да става с честота от 1 година.

В първия кръг бе даден общ списък със здравни фактори, за които експертите трябваше да изразят съгласие или несъгласие, че са фактори влияещи върху КЖсЗ. При анализ на отговорите на участниците от формирания във втората анкетна карта списък с детерминанти отпаднаха „етнос“ и „грамотност“, поради ниската подкрепа от страна на участниците (всеки е бил „напълно несъгласен“ или „несъгласен“, че това са приоритетни здравни детерминанти). Добавени са „градска среда-инфраструктура“ и „възпитаване на здравни навици у децата“, които допълнително са посочени от участниците като детерминанти, определящи в голяма степен КЖсЗ.

## **в. Резултати от II кръг**

Въпросникът във втори кръг предостави обратна връзка на участниците, с цел да бъде получен консенсус за понятията - КЖсЗ и СК. Единодушно бе одобрено от респондентите обобщеното становище за

това какво е КЖсЗ. С консенсус беше потвърдено обобщеното становище за това какво е СК .

Следваща цел на кръга бе да се достигне консенсус, кои според Делфи-участниците са здравните детерминанти (Предварително разделени в три блока: I Блок - Социално - икономически детерминанти, II Блок - Демографски детерминанти и III Блок - Поведенчески детерминанти), които биха могли приоритетно да бъдат повлияни, за да се подобри КЖсЗ. В резултат на анализа и сумирането на отговорите на участниците, се достигна до своеобразна класация, в която здравните детерминанти са подредени според сбора от оценките, които са дали експертите. Сборът от точки, който всяка здравна детерминанта е получила показва важността, която и придават участниците и доколко тя би трябвало да е приоритет в здравно-социалните политики на общността. Най-голяма подкрепа са получили детерминантите „Двигателна активност/спорт“ и „Възпитаване на здравни навици у децата“ – всяка с по 130 точки. Следвани от „Трудова заетост/безработица“ с 129; „Култура за отглеждане на децата“ с 128; „Степен на образование“ с 126; „Тютюнопушене“ с 123; „Условия на труд“ с 121; „Личностни здравословни практики“, 118; „СК – социални норми, социално доверие“, 108; „Злоупотреба с алкохол“, 108; „Наличие на хоби/занимания през свободното време“, 102; „Градска среда – инфраструктура“, 101; „СК – социални мрежи“, 100; „Депривация / материална оскъдица“, 99 точки; „Застаряване на населението“, 97; „Намалена раждаемост“, 94. С най-малка подкрепа е „Религия/вяра“ със 75 точки. Очевидно е осъзната важността на всяка една от здравните детерминанти за подобряването на КЖсЗ. Оформя се символичен „Топ три“ на приоритетите (сливаме, поради възможността да се повлияват едновременно - „Възпитаване на здравни навици у децата“ и „Култура за отглеждане на децата“), то това са :

- „Двигателна активност / спорт“ и „Възпитаване на здравни навици у децата и култура за отглеждане на децата“

- „Трудова заетост / безработица“
- „Степен на образование“.

Видовете СК са получили по-малка подкрепа, вероятно заради това, че звучат твърде обобщено, за разлика от конкретността на детерминанти като „Степен на образование“, „Трудова заетост / безработица“, „Условия на труд“, повлияването на които по своята същност е създаване на СК. Най-ниската подкрепа за „Религия / вяра“ бихме могли да обясним, с прекъснатите традиции в исторически план. Тези резултати кореспондират с получените данни от количественото проучване за влиянието на религията върху КЖсЗ, а именно че респондентите, които „не се самоопределят“ или „не са религиозни“ самооценяват по-високо своето КЖсЗ в сравнение с тези, които са посочили, че са религиозни т.е. не се установява подкрепящата роля на религията и вярата. Интересно е, че първите три приоритета, формирани от настоящото Делфи-проучване са почти идентични с посочените приоритети (Приоритет 3) в Областната стратегия за развитие на област Бургас (2005-2015г.).

### **с. Консенсусен- обобщаващ документ до участниците**

Преди повече от 30 години в Стратегията „Здраве за Всички“ СЗО определи дефинирането на здравни приоритети като ключов подход към формирането на национални и регионални здравни стратегии, чрез които ефективно да се разпределят ограничените ресурси в областта на общественото здраве. В съставеното „Финално обобщение-консенсус“ благодарихме на участниците в Делфи-проучването, чрез което получихме тяхното мнение и подкрепа за усилията ни да изследваме КЖсЗ в общността и неговите детерминанти. Основната задача на финалния документ е да предоставим обобщение на крайните резултати, спазвайки принципа на обратна връзка с участниците. В настоящото Делфи-проучване участваха 15 експерта, чиито мнения обобщаваме. Идеята бе чрез приложената консенсусна Делфи-техника да сме полезни и за участниците в проучването, които са ключови фигури в живота на общността на град Бургас.

#### **d. Обобщение на Делфи проучването:**

По време на провеждането на Делфи-проучването се спазваха трите принципни предимства на Делфи метода, като консенсусна техника, което осигури и надеждността на настоящото качествено проучване. Анонимността бе гарантирана по време и на двата кръга, като анкетите бяха анонимни и се провеждаха индивидуално. Повторяемостта бе спазена тъй като проучването протече в два кръга, а обратната връзка бе осигурена, заедно с връчването на втория въпросник и с консенсусния документ накрая, в който всеки от експертите можеше да види обобщените мнения на Делфи-групата. Отговорността, която експертите-участници проявиха, също би могла да се включи като основен фактор, гарантиращ надеждността на проучването. Хората, които приеха да участват в проучването, въпреки много натоварената си програма, проявиха отговорност и лоялност към проучването, което показва тяхната мотивираност да работят за подобряването на КЖсЗ в общността. В допълнение, включването на подобни или повтарящи се въпроси и възможни отговори в първия и втория кръг (техника използвана и в други Делфи-проучвания), повиши надеждността на изследването.

#### **3.2.2 Качествен мета-анализ на документи и проекти от живота на общността – резултати и обобщение**

Разгледани бяха и анализирани голям обем документи и публикации, за да се постигнат задачите поставени в настоящата дисертация. Следвайки стъпките зададени в методологичната част беше извършена следната изследователска дейност:

Проучен бе **Плана за развитие на Бургас - Областна стратегия за развитие на област Бургас (2005-2015г.)**. В плана, като основна цел е посочено повишаването качеството на живот на хората от областта.

Анализира се здравната стратегия на общината: **Визия за развитието на здравеопазване, социални дейности, превенции и**

**спорт- 2008-2013** в частта Визия за дейности по превенции. За първи път от съществуването на Община Бургас като институция се обръща приоритетно внимание на дейности и услуги насочени към младите хора и хората в риск. Осъзната е необходимостта и е създаден новия отдел „Здравеопазване и Превенции”, като неговите цели и задачи са ориентирани към реализиране на програми подходящи за решаване на тежки за нашето общество здравни и социални проблеми. Във документа е посочено, че е от първостепенно значение „Създаване на условия за утвърждаване на здравословен начин на живот сред младите хора и ангажиране на свободното им време, чрез развитие на алтернативни форми на забавления – клубове, спортни дейности, кампании“.

Направено бе проследяване на работата на **Общинския Съвет** (<http://www.burgascouncil.org/>). Бяха разгледани докладните в Общинския Съвет от последните две години. Изводите са, че общинският съвет много активно кандидатства и подкрепя разнообразни проекти, изграждащи СК и така създава предпоставки за подобряване на КЖсЗ в общността.

Изучавана бе работата на различните **отдели в общината**. Направен бе изводът, че дейността на общинската администрация е насочена в голяма степен към укрепване и създаване на СК. Всички отдели са истински отворени към решаване на проблемите на гражданите и това личи по отговорите на гражданите в ежегодно попълваната анкета в сайта на общината за организацията на административното обслужване. Израз на СК е и факта, че общината се допитва чрез анкети по различни социални теми до хората от града и активността на гражданите се увеличава, например, анкетата от дата 2012-12-05: Бихте ли заменили автомобила с велосипед?; анкета от дата 2012-03-06: На кого имате най-голямо доверие? и други.

Проследяване на **дейността на неправителствения сектор**. В сайта на Община Бургас, Отдел Европейски политики и програми се поддържа регистър на НПО в общината - <http://www.burgas.bg/bg/info/index/210> -

където е видно, че има 144 НПО, които работят в партньорство и подкрепа с община Бургас. От 2008 година е сключено Споразумение за взаимодействие между Община Бургас и НПО на територията на общината, което показва взаимната ангажираност за подобряване на качеството на живот в общността. В сайта са изброени много проекти, завършили или в момента протичащи, които документират създаването на СК в общността. При написване на ключова дума „партньорство“ в сайта на община Бургас излизат 34 страници материали, от които 132 проекта, всеки от които подкрепя и създава СК.

В продължение на цялото изследване се проследяваха всички събития свързани с живота на общността чрез **сайта на община Бургас: <http://www.burgas.bg>**. Сайтът е добре поддържан и е една своеобразна социална обсерватория, в която може да бъде проследявано развитието на СК в града, тъй като той събира ежедневна информация за живота в общността от различни източници, както общински, така и от неправителствения сектор. Прилагаме два от постингите, които са доказателство за СК в действие.

**Седмица на здравето стартира на 7 април - петък, 05 април 2013, Автор: Р. Рачев**

Световният ден на здравето - 7 април ще бъде отбелязан в Бургас с поредица от събития, включени в новата общинска кампания Седмица на здравето на отдел "Здравеопазване и превенции" в Община Бургас. Една от първите дейности от кампанията е еко поход до местността "Пода" на 7 април /неделя/. В рамките на кампанията ще бъдат проведени още спортни мероприятия, изложба от рисунки, викторини, спортно-подвижни игри и здравни обучения в редица детски и учебни заведения в Бургас. Това са ЦДГ № 28 "Детелина", ЦДГ № 14 "Здравец", ОУ "Васил Априлов", ОУ "Любен Каравелов", и др. На 12 април стартира първото обучение на здравно - образователна група с млади хора по подхода "Връстници обучават връстници". Продължителността на обучението на групата е 6 месеца и ще се разглеждат изцяло здравни теми. Дейностите целят да повишат знанията на децата и подрастващите млади хора за здравословния начин на живот, да подобрят тяхното здраве като стимулират активния спорт, да се хранят здравословно и предпазват от различни видове заболявания, да се намали риска от социално значими заболявания /диабет, затлъстяване, гръбначни изкривявания, ХИВ/СПИН/. Партньори на Община Бургас в кампанията са РЗИ,



Общински младежки клуб "J.J.Cool A", БМЧК и скаутски отряд "Стефан Стамболов" към националната скаутска организация. Мероприятията ще се провеждат в удобно за участниците време, място и час в рамките на седмицата.

**Готова е първата станция на обществения велотранспорт в Бургас петък, 10 май 2013, Автор: С. Минчев**

Започна изграждането на материалната част от обществената система за отдаване на велосипеди под наем в Бургас. Тя се реализира по проект "Велосипедният град - модел на модерна градска мобилност", финансиран по Програмата за малки проекти на Глобалния екологичен фонд. Първата от предвидените общо 12 вело станции, които ще бъдат разположени в различни зони на града и ще отдават общо 120 велосипеда под наем, вече е готова. ....Като резултат от изпълнението на този проект ще се намалят вредните емисии, излъчвани от автомобилите в атмосферата, ще се намали автомобилният трафик, ще се облекчи проблемът с паркирането в проблемни градски зони, и ще се създаде трайна тенденция за преминаване към алтернативни форми на придвижване.

**Обобщение на мета-анализа на документи и проекти от живота на общността:** Анализът на посочените по-горе документи и публикации ни даде възможност да проследим в дълбочина живота в общността. Макар, че СК, като понятие не се споменава често, неговите синоними или съставни части като партньорство, взаимопомощ, подкрепа, съчувствие, добросъседство, безвъзмездна помощ са често срещани в сайта на общината и дори в официални документи, като протоколите от заседанията на общинския съвет. Може да се твърди, че в общността на град Бургас се работи за създаване и развиване на СК, което е основа за подобряване на КЖсЗ.



## 4 Изводи

Проучването бе проведено в контекста на липсващи подобни изследвания в България\*, особено в областта измерване на КЖсЗ и на взаимовръзките между субективната оценка на здравето и различните здравни детерминанти на нивото на общността.

### 4.1 Изводи от количественото проучване

Статистическият портрет на КЖсЗ на определената човешка общност – жителите на град Бургас- не е съвършен, но е важно огледало, което ни посочва здравните неравенства. Направени са следните изводи:

- Изводът от настоящото проучване е, че EQ-5D-3L – въпросникът е практичен начин за измерване на субективното здраве и за разкриване на неравнопоставености в различните групи от общността. Въпросникът е използван успешно в 20 национални и 8 регионални проучвания (вкл. настоящето).
- С добро КЖсЗ или хора, които не са посочили проблеми в нито една от петте области са 26.5% (n=278) от участниците, докато 52.2% (n=548) докладват проблеми в поне една от областите, а 11.6% (n=122) имат сериозни проблеми в някоя от областите. Най-много проблеми са посочени в областта „тревожност/депресия“: 56.8% (n=636). Средната стойност на здравословното състояние посочена чрез VAS в проучването е 70 (SD±23).

---

\* Намерена бе една публикация, базирана на данни от национално проучване от 1997 – Balabanova D.C., McKee M., Self-reported health in Bulgaria: levels and determinants, 2002, Scand J Public Health, 30 (4): pp.306-312; Проведено е едно проучване на КЖсЗ при общопрактикуващи лекари, обхващащо Балканските държави, в т.ч. България: Lapcević M. et al., 2008. Health-related quality of life of general practitioners--family physicians in South-eastern Europe, Srp Arh Celok Lek. Jul-Aug; 136(7-8):pp.397-405.

- Относителните дялове на докладваните проблеми (умерени и тежки) и в петте области са над средните стойности за европейските страни и над средните стойности за всички държави, в които е провеждано проучване с EQ-5D-3L.
- Честотата на докладваните проблеми нараства с възрастта във всички области. Изключение прави областта „тревожност/депресия”, която бележи пик във възрастта 45-54 години и спада в следващите две възрастови групи.
- Мъжете докладват повече проблеми отколкото жените във всички възрастови групи и в първите четири области, но не се установява статистически значима връзка между пола и проблемите в областта „тревожност/депресия”.
- Хората, които споделят, че са разведени или вдовец/вдовица докладват сигнификантно повече проблеми и в петте дименсии, но не се установява статистически значима разлика по отношение на средните стойности при самооценка с ВАС между семейните и разведените във възрастта след 25 годишна възраст, т.е., не се установява убедително протективна роля на семейството.
- Няма сигнификантни разлики в самооценката на здравословното състояние между изследваните етноси.
- Хората, които не се самоопределят по религиозна принадлежност или не са религиозни докладват по-добро КЖсЗ.
- Честотата на докладваните проблеми нараства чувствително с намаляване степента на образование и в петте области. Изключение прави групата на хората без образование, които са докладвали по-малко проблеми от лицата с по-добро образование и са посочили по-високи стойности при самооценка с ВАС от хората с основно и начално образование.

- Безработните, докладват повече проблеми от работещите във всички области, особено значима е разликата в „болка/неразположение“ и „тревожност/депресия“. Доказва се протективната роля на трудовата заетост спрямо КЖсЗ.
- КЖсЗ не нараства с покачването на доходите. Изглежда, че по-ниските доходи на глава от домакинството имат по-силна зависимост с физическото здраве, отколкото с психичното здраве (не се установява статистически значима връзка между дименсията „тревожност/депресия“ и доходите). Хората, докладвали по-висок месечен доход не самоизмерват здравето си по-високо от тези с по-ниски доходи ( $p > 0,05$ ), а 26% не желаят да посочат доходите си.
- За всички възрастови групи, с изключение на тази над 75 год., не се установяват статистически значими разлики в петте области и средните стойности при самооценката на здравето с ВАС между трите групи според пушаческите навици - пушачи/бивши пушачи/непушачи.
- Хората, които активно спортуват, които са физически активни, оценяват по-високо здравословното си състояние. Тревожно е, че спортуващите са само 18,8%, като най-висок относителен дял на спортуващите се установява сред участниците от възрастовата група под 20 год. (32,6%). *От здравно-промоционална гледна точка, гражданите трябва да бъдат окуражавани и подтиквани да спортуват. Допълнителни проучвания на навиците за спортуване сред различните групи от общността биха били основа за целенасочена здравно-социална политика, използваща положителното влияние на спорта и двигателната активност върху субективното здраве на хората.*
- Участниците, които имат хоби съобщават за по-малко здравословни проблеми и в петте области. При самоизмерване на здравословното състояние, респондентите с хоби посочват значимо по-високи

стойности в сравнение с тези без хоби. За хоби в свободното си време, съобщават само 23.5 % от респондентите.

- Членството в професионална/съсловна организация има протективно влияние върху КЖсЗ в четири от областите. Същата статистически значима връзка е налице и при самоизмерването с ВАС на здравословното състояние. Много нисък е относителния дял на членуващите в професионални съсловни организации - 9.9%, като работещите в проучването са 49,5% от извадката.
- Убедително, членуването в партийна организация не е протективен фактор по отношение на здравето.
- Членуването в студентска организация не е достатъчно силен протективен фактор по отношение на здравословното състояние, за разлика от ученето в университет. Установява се статистически значима връзка, т.е. протективна роля, само при дименсията „Болка/неразположение“ и при самоизмерването на здравето с ВАС.
- 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. Интересно е, че само 13,7% от респондентите в проучването участват в активностите на пенсионерски клуб, като 28,3% са пенсионерите в проучването. Възрастните хора са уязвима група от общността и за тях са нужни приоритетни грижи, за да се чувстват те част от общността. В подкрепа на това са резултатите от проучването - при респондентите над 65-годишна възраст най-висока самооценка на здравето с ВАС имат пенсионерите по възраст, които се грижат за дома, децата (59.1).
- Членуването в НПО с идеална цел е протективен фактор по отношение на дименсията „Болка/неразположение“ и

самоизмерването с ВАС. Няма статистически значима връзка между членуването в НПО с идеална цел и КЖсЗ в другите четири области. Причините за неубедителната позитивна връзка между здравословното състояние и членуването в НПО с идеална цел вероятно са много, например прекъсването на традициите в България по отношение на благотворителността\*, малката популярност на неправителствения сектор *сред по-възрастното население (не се разбират или имат негативен нюанс понятия като неправителствена организация, идеална цел, фондация)*.

- Членуващите в клуб по интереси съобщават по-малко проблеми в петте области. Хората, които членуват в клуб по интереси се чувстват по-здрави и измерват здравето си по-високо от тези, които не са отбелязали членуване в клуб по интереси. Като цяло резултатите от количествения анализ доказват, че хората членуващи в Путнам-тип организация (пенсионерски клуб, НПО с идеална цел или клуб по интереси) оценяват своето здраве по-високо от останалите. Само 3.6% от респондентите обаче съобщават, че членуват в НПО с идеална цел и само 9.9 % е относителният дял на членуващите в клубове по интереси.

Тези факти могат да бъдат обяснени с културалните особености на нашата нация. Българите са индивидуалисти, те инвестират в трупането на човешки капитал. Но гарантира ли това здравословно ниво на СК? От здравно-промоционална гледна точка, трябва да се акцентира на създаване на политики, които укрепват СК, доверието между хората, гражданското участие в живота на общността, развиването на култура на

---

\* През 1951 г. с Държавен указ всички фондации и дружества са задължени да ликвидират дейността си и да предадат имуществото и парите си на държавата - Енциклопедия на дарителството, 2012, Български дарителски форум

взаимопомощ и сътрудничество. Действия в тази насока доказано повишават КЖсЗ.

## **4.2 Изводи от качествено проучване**

Целта на качествено проучването бе да установим позицията на хората формиращи здравните политики в общността, да разберем колко са познати концепциите за КЖсЗ и СК, и как те се вграждат в политиките на практика. Изводите, които се налагат са, че участниците в Делфи-проучването, от позициите си на хора формиращи и прилагащи здравно-социалните политики в общността, разбират и приемат холистичната концепция за КЖсЗ и са или биха били застъпници (11 от 15 участника) за идеята, че стандартизираното измерване на КЖсЗ може да бъде индикатор за успеха на политиките. Единодушно се приема от всички участници, че наред с ежегодно събираните показатели, като смъртност и заболяемост, в България би могло да се събират и данни за КЖсЗ, като 11 от 15 участника считат, че това би могло да става ежегодно. В заключение, може да се каже, че Делфи-тип проучването е надежден и творчески метод за изследване на идеи и е практична изследователска основа за провеждане на проучване сред експерти, целящо достигане на консенсус по различни въпроси, които засягат живота в общността.

Направените изводи дават възможност да се очертаят здравни приоритети, чрез анализ на резултатите от проучването в двете фази. Ясно е, че здравния статус на население на Бургас и общината може да бъде подобрен, ако все повече внимание и ресурси се насочат към стратегии за превенция и профилактика. Още повече, че направения качествен мета-анализ на документи и проекти от живота на общността доказва, че на общинско ниво има воля и се работи за създаване и развиване на СК, с цел подобряване на КЖсЗ.

## 5 Препоръки

Здравето е позитивна концепция. Налице е нарастващ интерес към това как индивидът възприема своето собствено здраве и какво може да бъде направено за неговото подобряване от здравно-промоционална гледна точка. Индивидуалната промяна към здравословно поведение трябва да бъде потенциирана от окръжаващата среда, като се осигурява социална подкрепа и взаимопомощ.

В резултат на изследването и анализа на резултатите от проучването се генерираха следните идеи и стратегии за необходими действия:

### a. На образователно ниво

- Да се отделя по-голямо внимание на индикаторите за позитивно здраве, в това число и на концепциите за качество на живот и КЖсЗ в обучителните модули по социална медицина и биостатистика за студентите по медицина, фармация, дентална медицина и за другите медицински и здравни специалности.
- Важно е да се работи в посока на подобряване на здравната грамотност\* на уязвимите групи. В проучването се очертават следните групи от населението, които се нуждаят от здравно-образователни интервенции във връзка с повишаване на техния капацитет да взимат правилните решения за своето здраве: Възрастните над 65 години, младите под 25 години. Още повече, че в резултат на Делфи проучването бе постигнат консенсус, че приоритетно трябва да бъдат повлияни детерминантите „Възпитаване

---

\* В здравно-промоционалната литература се е наложило понятието здравна грамотност (health literacy) – това е капацитетът да намираш, осмисляш и разбираш основна здравна информация за да взимаш правилните решения за своето здраве.



на здравни навици у децата“ и „Култура за отглеждане на децата“, което в своята основа е повишаване на здравната грамотност.

**b.** На ниво община

- Идеята е измерването на КЖсЗ на нивото на общността да определя приоритетите в общинската здравна политика и в здравно-социалните интервенции.
- Предизвикателство за общинската здравна политика е да се оценява периодично КЖсЗ на населението, например ежегодно. Това би дало отговор дали усилията в областта на общинската социална политика, култура и подобрения в инфраструктурата на града влияят положително върху здравето на бургазлии. Общината планира и провежда много здравно-промоционални проекти, целящи подобряване на здравето на всички живеещи в общността или на отделни уязвими групи от населението. Дали те са успешни? Отговор може да бъде даден, ако преди и след интервенциите биват провеждани измервания на КЖсЗ.
- Данните от настоящото проучване могат да бъдат използвани за мониторинг на КЖсЗ в общността и за идентифициране на групи от населението, спрямо които трябва приоритетно да бъдат приложени здравно-социални политики за подобряване на здравето.
- Нужни са политики и интервенции за поощряване на гражданското участие, както и за мотивиране на хората от общността да спортуват и да членуват в клуб според своите интереси. Когато се работи върху социалната среда в библиотеките, читалищата, спортните клубове, където се оформя друг вид общуване, се създава СК, а това повишава КЖсЗ.
- Израз на СК са и подкрепата, която осигуряват семейството и принадлежността към религиозна или духовна общност. Необходимо е да се работи по посока на възраждане на ролята на семейството в

общността. Укрепването на моралните норми в обществото, свързани с духовните ценности на хората са в основата на СК.

**с. На национално ниво**

Здравната статистика в България измерва основно болестта, а не здравето. Измерва се заболяемост, болестност, смъртност. Нашата идея е измерванията на субективното здраве да се извършват периодично, всяка година или на определен период. Не е достатъчно да разчитаме на данни за самооценка на здравето от националните преброявания, те са веднъж на 10 години. НСИ провежда Здравно Интервю – веднъж на 5 години (данните са представителни за България и сравними с другите европейски членки, но не могат да се сравняват различните региони в страната). Провеждането на ежегодно стандартизирано допитване с EQ-5D-3L – въпросника би дало възможност за по-задълбочени здравни анализи, сравнения и стратегии на общинско и национално ниво. Проследяването на КЖсЗ трябва да стане традиционно, рутинно изследване за общественото здравеопазване в България. Най-точният начин да се мониторира КЖсЗ е използването на стандартизиран въпросник за самооценка на здравето.

## **6 Приноси**

### **А. Приноси с оригинален характер:**

За първи път в България се събират заедно в едно изследване концепциите „качество на живот”, „промоция на здраве”, „детерминанти на здравето”, „общност“ и „СК“.

- За първи път у нас се прави изследване на здравословното състояние на населението на нивото на общността чрез използване на инструментариум за оценка на КЖсЗ. Прилага се инструмент изработен и валидиран от Европейската Експертна Група EuroQol: EQ-5D-3L -Въпросник за здравословното състояние - Българска версия.
- Разработено е оригинално по своя характер допълнение към EQ-5D-3L –Въпросника, което дава възможност:
  - За първи път у нас да се направи анализ на влиянието на здравни детерминанти върху КЖсЗ на нивото на общността.
  - За първи път в България се изследва СК, като членство в Путнам-тип и Олсонов-тип организации, и влиянието му върху КЖсЗ.

### **В. Приноси с практико-приложен характер**

- Приложението на последователно-обяснителен микс-метод дизайн (sequential explanatory mixed methods design) е иновативен подход в полето на изследванията, свързани с общественото здравеопазване у нас. От настоящото проучване се вижда, че когато се използват в комбинация, количествените и качествените методи се допълват и дават възможност за цялостен анализ.
- Проведеното проучване показва на практика как може да бъде изследвано и мониторирано КЖсЗ в дадена общност или в

национален мащаб. Използваният EQ-5D-3L - Въпросник за здравословното състояние е достъпен и лесно приложим инструмент за измерване на субективното здраве. За нуждите на количественото изследване бе разработен Наръчник с указания как да се попълва и работи с EQ-5D-3L – Въпросника, който може да бъде използван и за последващи проучвания с този инструмент за оценка на здравето.

- Настоящото изследване предоставя теоретичен модел за провеждане на Делфи-проучване сред експерти, който беше използван в това проучване и може да бъде прилаган, когато се цели достигане на консенсус по различни въпроси, засягащи живота в общността.

## 7 Публикации и участия, свързани с темата на дисертационния труд

### Публикации:

1. Ванкова Д., 2010. Качество на живот, свързано със здравето, *Социална Медицина*, 2010, Year XVIII, 1\*10, стр. 6-9
2. Ванкова Д., Ушева Н., Фесчиева Н., Качество на живот, свързано със здравето в общността. Резултати от проучване сред населението на град Бургас. *Социална Медицина*, 2012, Year XX, 2/3, стр. 26-29
3. Фесчиева Н., Ванкова Д., 2012. Качество на живот, свързано със здравето и общественото здравеопазване, *Социална Медицина*, 2012, Year XX, 2/3, стр. 2
4. Vankova D., Kerekovska A., Kostadinova T., Usheva N., 2013. Health-related Quality of Life in the Community. Assessing the Socio-Economic, Demographic and Behavioural Impact on Health-related Quality of Life at a Community Level: Evidence from Bulgaria, Burgas, Proceedings database, [www.euroqol.org](http://www.euroqol.org)

### Участия в научни форуми:

1. Десислава Ванкова, Албена Керековска, Тодорка Костадинова, Невяна Фесчиева, Качество на живот, свързано със здравето и социален капитал на нивото на общността - ревю и резултати-презентация в научно направление: Обществено здраве, здравен мениджмънт и здравни грижи, Юбилейната Научна Конференция - 30 years Higher Medical Education, Stara Zagora - Май 21-22, 2012.
2. D. Vankova, A. Kerekovska, T. Kostadinova, N. Usheva, 2012. Health-related quality of life in the community: evidence from Bulgaria, 29th Plenary Meeting of the EuroQol Group, 13-15 September 2012 in Rotterdam, the Netherlands, участие с постер, Постерна Сесия А

## Приложение 1. EQ-5D-3L Въпросникът



### Въпросник за здравословното състояние

Българска версия

*(Bulgarian version)*

*Отделете ни 10 минути, за да инвестирате в своето здраве!*

<i>Попълва се от изследвателя</i>	
ID	
Здравословно състояние	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Термометър	

За всяка група твърдения по-долу, моля, отбележете кое твърдение описва най-добре какво е здравословното ви състояние днес. Поставете кръстче в квадратчето срещу твърдението, което сте избрали (има само един възможен отговор).

#### **Подвижност**

Нямам никакви затруднения, когато ходя насам - натам.

Имам известни затруднения, когато ходя насам - натам.

Прикован/а съм на легло.

#### **Самообслужване**

Нямам никакви затруднения да се самообслужвам.

Имам известни затруднения, когато се мия или се обличам.

Не мога сам/а да се мия или да се обличам.

#### **Обичайни дейности** (напр., работа, учене, домакинска работа, дейности, свързани със семейството или с прекарване на свободното време)

Нямам никакви затруднения, когато извършвам обичайните си дейности.

Имам известни затруднения, когато извършвам обичайните си дейности.

Не съм в състояние да извършвам обичайните си дейности.

#### **Болки/Неразположения**

Не изпитвам никакви болки или неразположения.

Изпитвам умерени болки или неразположения.

Изпитвам изключително силни болки или неразположения.

#### **Тревожност/ Депресия**

Не съм тревожен/тревожна или депресиран/а.

Умерено съм тревожен/тревожна или депресиран/а.

Изключително много съм тревожен/тревожна или депресиран/а.



За да Ви помогнем да определите доколко добро или лошо е здравословното Ви състояние, сме начертали скала, приличаща на термометър. В горния ѝ край със 100 е означено най-доброто състояние, което можете да си представите, а в долния с 0 - най-лошото.

Моля, отбележете на скалата доколко добро или лошо, според вас, е здравословното Ви състояние днес. За да направите това, моля, прекарайте права от черния правоъгълник по - долу до онази точка на скалата, която показва колко добро или лошо е здравословното Ви състояние днес.

**Вашето  
здравословно  
състояние днес**

Най-доброто  
здравословно  
състояние, което  
можете да си  
представите

100



90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Най-лошото  
здравословно  
състояние, което  
можете да си  
представите

Анкетата е анонимна. Моля, отговорете на зададените по-долу въпроси, като маркирате в квадратчетата, или напишете вярното твърдение !

Не се попълва от Вас!

1. На каква възраст сте, в години? ..... години 1.
2. Вие сте: мъж  жена  2.
3. Семейно положение: Семейен , Несемейен , Разведен   
Живеете на семейни начала , Вдовец/Вдовица  3.
4. Брой деца: нямам деца , едно , две , три , повече  4.
5. Вашата етническа група е: Българска , Турска , Ромска   
Друга , Не се самоопределям  5.
6. Религиозен ли сте? Да , Не , Не се самоопределям   
(вижте определенията за 'Религия', посочено на последната страница) 6.
7. Грамотен ли сте (можете ли да четете и пишете)? Да , Не  7.
8. Вие сте ученик, студент, докторант? Да , Не  8.
9. С какво образование сте? Образователна и научна степен „Доктор“  Висше – магистър   
Висше – бакалавър  Средно гимназиално (до 12<sup>ти</sup> клас)   
Основно (5–8<sup>ми</sup> клас)  Начално (до 4<sup>ти</sup> клас)   
Без образование  9.
10. Кое от следните най-добре описва вашето основно занимание: Работа  Какво точно работите?..... 10.   
Пенсионер съм по възраст  Грижа се за дома/децата   
Пенсионер съм по болест  Търся работа / безработен
11. Какъв е регулярният среден месечен доход на човек от вашето домакинство?  
(вижте определенията за 'домакинство' и 'доход', посочени на последната страница) 11.   
до 240 лв. , от 241 до 400 лв. , от 401 до 800 лв.   
от 801 до 1200 лв. , от 1201 до 1600 лв. , от 1601 до 2000 лв.   
над 2000 лв. , не желая да посоча
12. Вие сте: пушач , бивш пушач , непушач  12.
13. Спортувате ли редовно (поне 2 пъти седмично)? Да , Не   
Ако 'Да', какво? ..... 13.
14. Имате ли хоби? Да , Не   
Ако 'Да', какво? ..... 14.
15. Членувате ли в някои от следните? 15.   
Професионална/съсловна организация Да , Не   
Пенсионерски клуб Да , Не    
Студентска организация Да , Не    
Партийна организация Да , Не    
Неправителствена организация с идеална цел Да , Не    
Клуб по интереси Да , Не

**Пояснения:**

- **Религията** е мироглед и поведение, нагласи и обичаи, основани на вярата в божествено или висше същество, свръхестествени сили, както и съвкупност от морални норми, практики, ценности, институции и ритуали, съпровождащи този мироглед (*Преброителна Карта, Преброяване на населението и жилищния фонд към 1 февруари 2011 година НСИ*).
- **За обикновено домакинство (household) се приема:**
  - Едно лице, което живее самостоятелно, храни се отделно и има свой отделен бюджет.
  - Две или повече лица, които живеят в едно жилище или в част от жилище, хранят се заедно и имат общ бюджет, независимо от това дали имат роднински връзки помежду си. За членове на домакинството се смятат и лицата, които временно отсъстват - деца, учащи, лица на лечение в болници, санаториуми и други здравни заведения.  
([http://www.nsi.bg/img/MRUBRIK/HH\\_HBS\\_Methodology.pdf](http://www.nsi.bg/img/MRUBRIK/HH_HBS_Methodology.pdf))
- **Доходите** представляват всички приходи на домакинствата и членовете им. Биват:
  - **Регулярни** – от работна заплата, извън работната заплата, от самостоятелна заетост, от собственост, пенсии, обезщетения за безработни, семейни добавки за деца, други обезщетения и помощи, регулярни трансфери от други домакинства;
  - Еднократни – от продажби и други (от застраховки, лотарии, помощи, подаръци, наследство и др.)

***Настоящата анкета се провежда в рамките на проучване, което изследва влиянието на социално-икономически, демографски и поведенчески детерминанти върху качеството на живот, свързано със здравето.***

***Вашето участие е важно за нас. Благодарим Ви!***