



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-ПЛОВДИВ
ФАКУЛТЕТ ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ“

Лекция №13

МЕДИКО-СОЦИАЛНО ПРОБЛЕМИ И ЗДРАВНО ОБСЛУЖВАНЕ НА ПРИОРИТЕТНИ ГРУПИ ОТ НАСЕЛЕНИЕТО

Проф. д-р Силвия Янкуловска, дмн

Медико-социални проблеми и здравна помощ на приоритетни групи от населението



МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА МАЙЧИНСТВОТО И ДЕТСТВОТО

Майки и деца: приоритетни групи

3

- Представяват значителен дял от населението: в развиващите се страни – около 70%; в развитите страни – 40-50%;
- са специфични рискови групи: за жените рискът е свързан с бременността и раждането, а за децата – с преживяемостта и развитието.
- голяма част от заболяванията и умиранията сред майките и децата са предотвратими;
- подобряването на майчиното и детското здраве допринася съществено за здравето на цялото население в дадена общност.

Майки и деца: едно цяло

4

- през антенаталния период фетусът е част от организма на майката;
- постнаталната помощ на майките е неделима от неонаталните грижи за новородените и от съветите по семейно планиране;
- здравето на децата е тясно свързано с майчиното здраве; някои заболявания и състояния на майката през бременността могат да окажат влияние върху фетуса; след раждането детето също е зависимо от майката (хранене, психическо и социално развитие).

**МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ПРОБЛЕМИ
НА РЕПРОДУКТИВНОТО ЗДРАВЕ И
ЗДРАВЕТО НА ЖЕНИТЕ**

Значимост на репродуктивното здраве и здравето на жените в глобален план (1)

6

- Жените са изложени на висок риск, особено в страните с нисък и среден доход;
- в много общества жените са подложени на дискриминация и на роли, които са вредни за тяхното здраве;
- жените са изправени пред редица единствени по рода си здравни проблеми поради своя пол и място в обществото;
- съществуват важни и неоправдани различия в здравето на мъжете и жените;

Значимост на репродуктивното здраве и здравето на жените в глобален план (2)

7

- заболяемостта, инвалидността и преждевременната смърт при жените имат огромни социални и икономически последици, които оказват влияние върху семействата и обществото в широк план;
- редица програми и инвестиции в здравето на жените, дори и на ниска цена, могат да доведат до предотвратяване на значителен брой заболявания, умирения и DALYs;
- подобряването на образованието и здравето на жените и тяхното място в обществото е един от най-силните и ефективни подходи за насърчаване на социалното и икономическо развитие на страните.

Основни детерминанти на здравето на жените

8

- В английския език се използват два термина за означаване на половите характеристики:
- - **sex** като биологично понятие и
- - **gender** като културално понятие, което се отнася до социалните норми на жените и тяхната социална позиция по отношение на мъжете.
- Някои здравни проблеми при жените са предимно биологично определени (напр., само жените могат да имат рак на яйчниците); други се определят главно от социални фактори; в повечето случаи, обаче, определяща е комбинацията на биологични и социални детерминанти.

Биологични детерминанти на здравето на жените (1)

9

Жените са изправени пред редица уникални биологични рискове:

- желязодефицитна анемия;
- рискове свързани с бременността - преекламписия, еклампсия, кръвозагуби и др.;
- редица заболявания могат да се усложнят по време на бременността - сърдечни заболявания, бъбречни заболявания, диабет и др.;
- други заболявания и състояния (малария, хепатит, туберкулоза, недोхранване или затлъстяване) могат да подсилят здравните рискове, свързани с бременността;

Биологични детерминанти на здравето на жените (2)

10

Жените са изправени пред редица уникални биологични рискове:

- рискове свързани с небезопасни аборти;
- ефекти на някои елементи на нездравословен начин на живот върху бременността (напр., тютюнопушене, употреба на алкохол и наркотици);
- жените са биологично по-податливи на някои полово предавани инфекции, вкл. ХИВ/СПИН.; с възрастта жените по-често страдат от сърдечни заболявания.

Социални детерминанти на здравето на жените

11

Социалните детерминанти на здравето на жените се отнасят до различните роли и ценности, които се приписват на жените и мъжете.

- Социалните детерминанти на здравето могат да се проявяват още преди раждането на жените – напр., случаите на женски фетуцид в Индия, Китай и др., с които се измества разпределението по пол на новородените в полза на момчетата.
- Интересни примери съществуват за различни подходи при кърменето на момичетата и момчетата.

Социални детерминанти на здравето на жените (1)

12

- **Социалните детерминанти на здравето на жените** се отнасят до различните роли и ценности, които се приписват на жените и мъжете.
- В по-късна възраст често срещано явление е недохранването на жените, особено в страните с нисък доход.
- Проблем е също физическото и сексуално насилие над жените в много култури.
- Бедността, липсата или ниското ниво на образование и niskият социален статус на жените в много общества сериозно препятстват достъпа до здравни услуги.

Проблемът за майчината смъртност

- Майчината смъртност е един от най-информативните индикатори за оценка на общественото здраве и на неговите глобалните тенденции.
- Тя измерва честотата на умираанията при жените по време на бременността, раждането и следродовия период (до 42 дни след раждането) от всяка причина свързана или усложнена от бременността на 100000 живородени.
- По данни на СЗО, майчината смъртност в периода 1990-2015 г. е снижена с 44%, достигайки около 300 000 умираания в 2015 г., като всеки ден над 800 жени в света умират от тежки кръвозагуби след раждането, инфекции, хипертонични разстройства и небезопасни аборти.

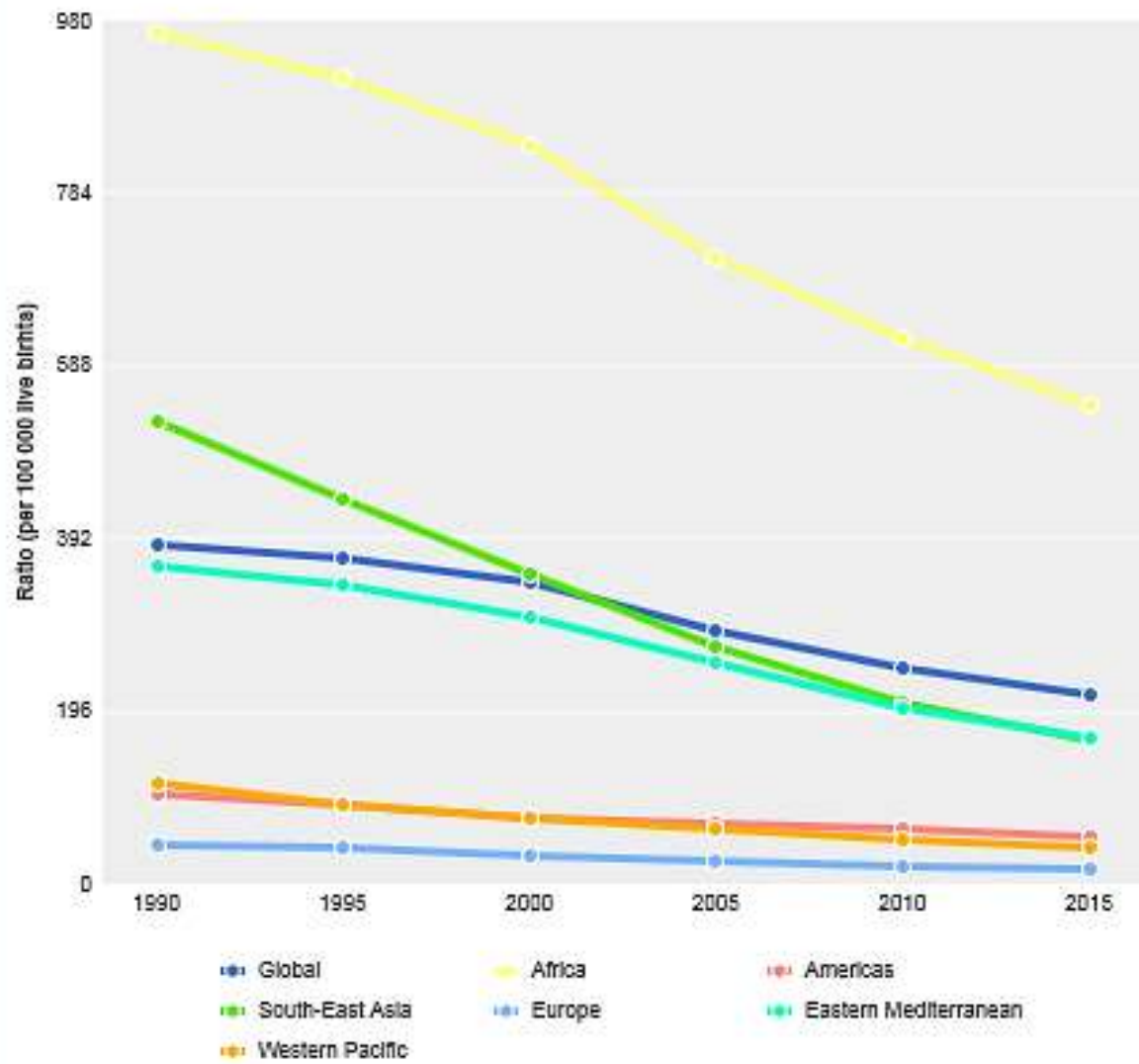
Проблемът за майчината смъртност

14

- Над 60% от умираанията при майките настъпват в следродовия период. Рискът за умирање е най-висок непосредствено след раждането и след това намалява в следващите дни и седмици. Около 45% умираанията в следродовия период се наблюдават през първия ден след раждането, над 65% в рамките на първата седмица и над 80% - през първите 2 седмици след раждането.
- Почти 99% от майчината смъртност се наблюдава в развиващите се страни и над три четвърти се концентрира в два региона на света: 53% в Африканския регион и 25% в Югоизточна Азия. Високата майчина смъртност в тези части на света отразява неравенствата в достъпа до здравни услуги и различията между бедни и богати.



Maternal mortality ratio (maternal deaths per 100 000 live births) Globally and by WHO region, 1990–2015



Всеки регион е постигнал напредък, но нивата на майчината смъртност остават твърде високи в Сиб-Сахарска Африка. Както показват данните, съществуват огромни различия между най-богатите и най-бедните страни. Пожизненият риск за умирање при майките във страните с висок доход е 1 на 3,300, в сравнения с 1 на 41 в страните с нисък доход.

Причини за майчината смъртност

17

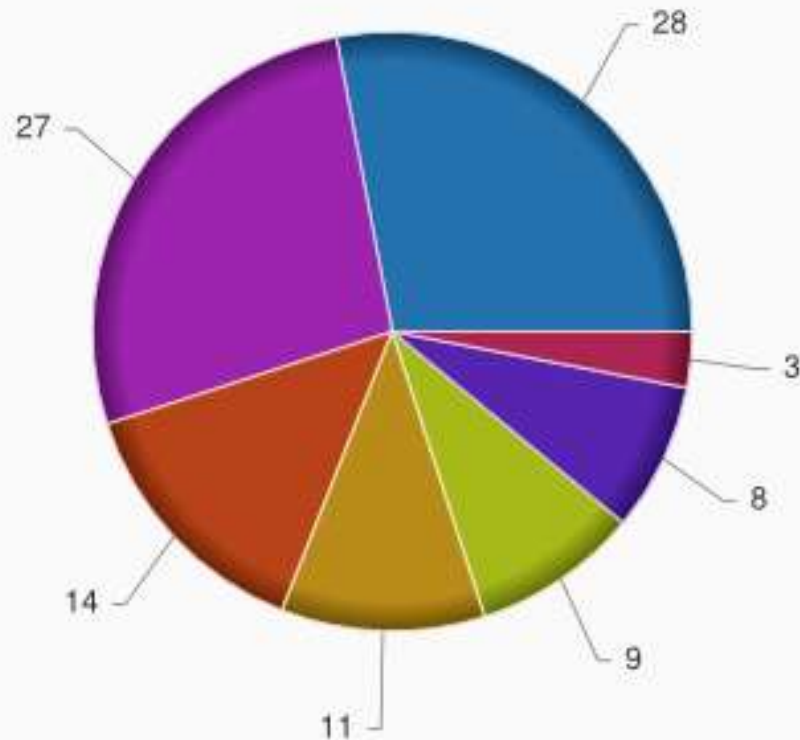
- **Пет водещи причини - 80% от всички умирания на майките:**

- Съществуващи преди раждането състояния;
- тежки кръвозагуби;
- високо кръвно налягане по време на бременността (пreekламписия и екламписия);
- инфекции (обикновено след раждането);
- усложнения след аборт (небезопасен аборт).

Повечето умирания на майките са предотвратими чрез предоставяне на достъп до добри антенатални грижи, квалифицирана помощ по време на раждането и подкрепа през първите седмици след раждането.

Causes of maternal death in the world by percentage

Source: Say L et al. Global causes of maternal death, 2014.



- | | |
|---|---|
|  Pre-existing conditions |  Severe bleeding |
|  Pregnancy-induced high blood pressure |  Infections |
|  Abortion complications |  Blood clots/embolism |
| |  Obstructed labour and other |

Ролята на СЗО за подобряване здравето на жените (1)

19

- Подобряването на майчиното здраве е един от ключовите приоритети на СЗО.
- ***Глобална стратегия за здравето на жените, децата и подрастващите (2016-2030)***
- Няколко групи фактори имат особено важно значение за по-нататъшното снижение на майчината смъртност.

Ролята на СЗО за подобряване здравето на жените (2)

20

- **Подобряване на антенаталните грижи.** Препоръките на СЗО са за минимум 4 антенатални посещения, включващи такива интервенции като ваксинация против тетанус, скрининг и лечение на инфекции и определяне на застрашаващи симптоми по време на бременността.
- **Подобряване на достъпа до квалифицирани акушерски грижи по време на самото раждане.**

Ролята на СЗО за подобряване здравето на жените (3)

21

- **Подобряване на достъпа до контрацепция и предотвратяване на нежеланите бременности.**
- **Намаляване на плодовитостта във възрастта 15-19 г.** В тази възраст вероятността за настъпване на усложнения по време на бременността и раждането и рискът за умирање са много по-високи в сравнение с възрастните жени. Много по-висок е и рискът за заболяемост и смъртност за децата, родени от майки в тийнейджърска възраст.

Основни медико-социални проблеми при жените и майките у нас

- По-висока заболяемост, особено в репродуктивна възраст;
- необходимост от разширяване на достъпа до ефективни средства и методи на семейно планиране;
- по-висока честота на абортите на 1000 раждания в сравнение с индустриално развитите страни;
- по-висока ранна плодовитост във възрастта 15-19 г.;
- нарастване на честотата на самотното майчинство;
- нарастване на честотата на безплодието в семействата.

Организация на акушеро-гинекологичната помощ у нас

23

- Извънболнична (първична и специализирана)
- Болнична

Първична АГ помощ от ОПЛ

24

- опазване на репродуктивната способност на жената;
- осигуряване на нормално развитие и благоприятен изход на бременността;
- предпазване, ранна диагноза, своевременно и ефективно лечение на гинекологичните заболявания;
- онкологичен скрининг;
- семейно планиране и здравно възпитание сред жените във всички възрасти;

Първична АГ помощ от ОПЛ

25

- насочване към медико-генетична консултация;
- насочване към социално-правна и трудово-правна помощ на жените, бременните и майките;
- взаимодействие с неправителствени организации с предмет на дейност опазване на женското здраве;
- изучаване на заболяемостта и демографските процеси в обслужвания район;
- оказване на спешна и неотложна АГ помощ при нужда.

Целеви групи

26

- бременни жени;
- родилки до 42-я ден след раждането;
- гинекологично болните жени;
- здравите жени с риск за гинекологично заболяване.

Програма „Майчино здравеопазване“

27

- профилактика и поддържане на здравето на бременната;
- откриване на високорискови бременности и оказване на специални грижи за тях;
- профилактика на усложненията на бременността и раждането;
- обучение на бъдещата майка за режима на живот и хранене през бременността и грижите за новороденото.

Наблюдение по време на бременността

28

- Ранно обхващане (до 3-ти месец)
- Първо посещение:
 - Оценка на здравния статус и рискови фактори
 - Определяне на вероятния термин
 - Индивидуален план за наблюдение
- Ежемесечно, а последните 2 лунарни месеца – ежеседмично.
- Жените с отклонения в протичането на бременността се наблюдават задължително от специалист акушер-гинеколог в лечебно заведение за извънболнична помощ или се хоспитализират в АГ-отделенията при необходимост.
- Родилките до 42-я ден след раждането се посещават задължително от наблюдаващия лекар два пъти – до 7-я и след 30-я ден от раждането.

Медико-социални проблеми и здравна помощ на приоритетни групи от населението



МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА ЗДРАВЕТО НА ДЕЦАТА



Децата - приоритетна група (1)

30

- Децата представляват значителен дял от глобалното население; в развиващите се страни – около 40%;
- те са специфична рискова група: значителен риск във връзка с преживяемостта и развитието.
- голяма част от заболяванията и умиранията сред децата са предотвратими;
- подобряването на детското здраве допринася съществено за здравето на цялото население в дадена общност;

Децата - приоритетна група (2)

- здравето на децата е тясно свързано с майчиното здраве;
- постнаталната помощ на майките е неделима от неонаталните грижи за новородените и от съветите по семейно планиране;
- някои заболявания и състояния на майката през бременността могат да окажат влияние върху фетуса;
- след раждането детето също е зависимо от майката (хранене, психическо и социално развитие);

Децата - приоритетна група

- По данни на СЗО, независимо от тенденцията за намаляване на умиранията сред децата, през 2015 г. 5,9 милиона деца са умрели под 5-годишна възраст, което се равнява на 15840 умрели деца ежедневно; 660 - на всеки час и 11 - всяка минута.
 - Водещи причини за смъртност под 5-год. възраст:
 - - усложнения свързани с недоносеност;
 - - пневмония;
 - - родова асфиксия;
 - - диарийни заболявания;
 - - малария.
- Около 45% от всички умирания при децата са свързани с недохранване.
- Повече от половината от тези умирания са предотвратими чрез прилагане на несложни и сравнително евтини интервенции.

Децата - приоритетна група

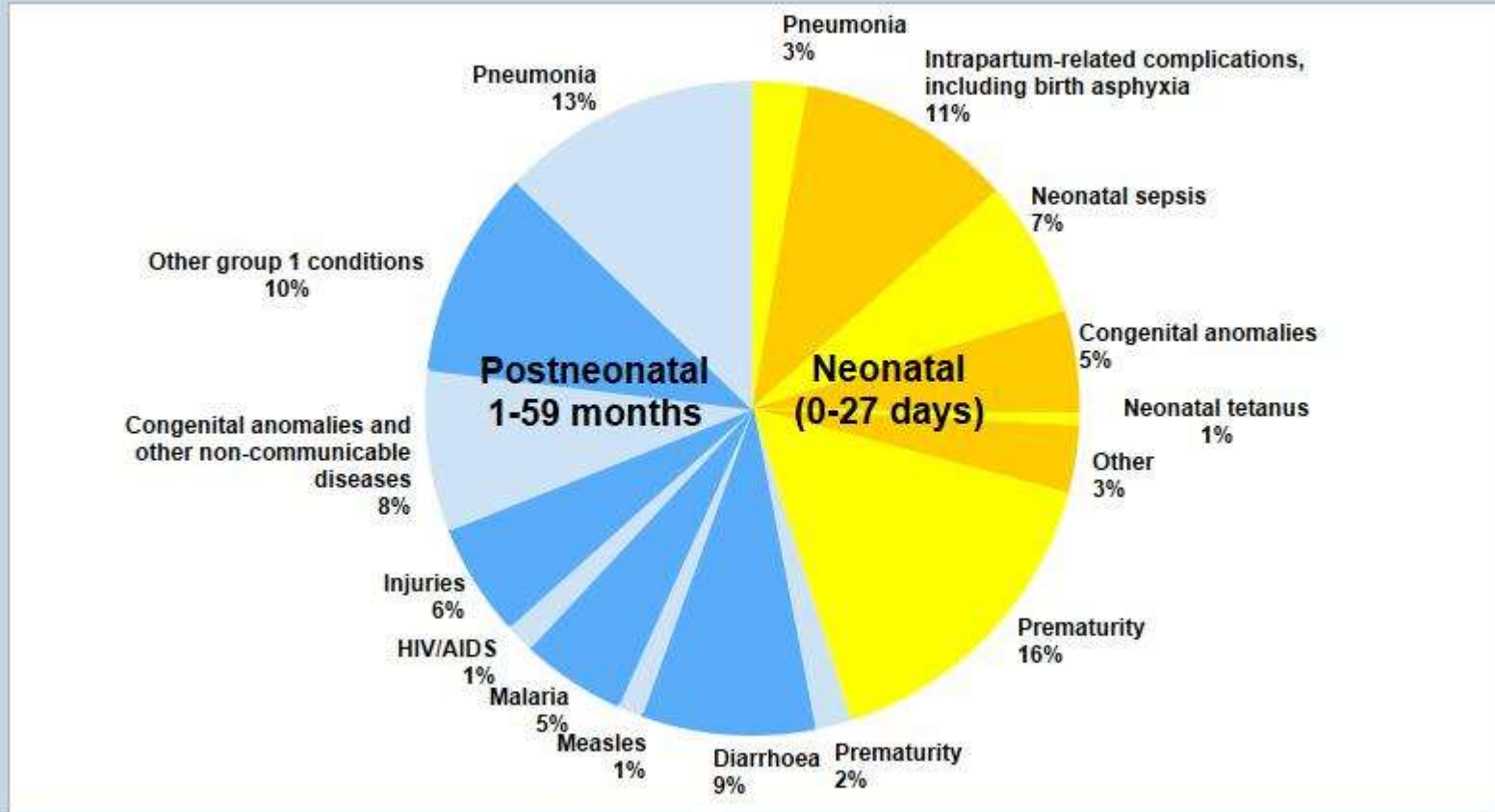
33

- Децата са раним контингент. Това поставя важни етични въпроси за отговорността на възрастните за осигуряване на здравето и преживяемостта на децата.
- Раждането на по-здрави деца, правилното им хранене, своевременното имунизизиране, осигуряването на безопасни и хигиенични условия зависят от възрастните.

Децата - приоритетна група

- Здравето на децата е тясно свързано с бедността. Ако те имат достъп до безопасна вода и добри санитарни условия, смъртността от диарийни заболявания ще е много по-ниска.
- Ако семействата са по-образовани, особено майките, те ще осигуряват по-добри грижи за децата.
- Ако семействата са с по-висок доход, децата ще имат по-добър достъп до здравни грижи, образование и други социални услуги, които са изключително важни за здравето на децата.

Causes of deaths among children under 5 years, 2015



Source: WHO-MCEE methods and data sources for child causes of death 2000-2015 (Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/IER/GHE/2016.1)

©WHO. All right reserved.

Фактори, влияещи на здравето на децата (1)

36

- **Майчиното здраве.** Рискови групи:
 - Недохранени
 - Твърде ранна или твърде късна възраст за забременяване
 - Последна бременност преди по-малко от 2 години
 - Четири и повече деца
- **Семейството:**
 - Стил на живот, обичаи, култура, вярвания
 - Размер на семейството. Взаимоотношения. Стабилност на семейството.

Фактори, влияещи на здравето на децата

37

- **Социално-икономически обстоятелства:**
 - Образование на родителите, професия и доходи
 - Жилищни условия
 - Градско или селско население типично за региона
- **Околна среда:**
 - Водоснабдяване
 - Събираемост на отпадъци
 - Пренаселеност с инсекти
- **Социална подкрепа и здравна система.**

Политика на СЗО: Интегрирани грижи за майките и децата

38

Опазването на майчинството и детството включва:

- юридическа закрила на гражданските права на жените и децата;
- охрана на труда на жените-майки и на подрастващите;
- социално осигуряване на бременните жени и майките;
- социално подпомагане на жените и децата в неравностойно положение;
- осигуряване на образование и участие на обществото във възпитанието на децата и подрастващите;
- лечебно-профилактична помощ за жените и децата.

ВЪЗРАСТОВ ПЕРИОД	ПРЕОБЛАДАВАЩИ ЗДРАВΟΣЛОВНИ ПРОБЛЕМИ
Вътреутробно развитие	Вродени аномалии > активно издирване и наблюдение на бременни в риск
Първата година от живота	Причини за детска смъртност развити и развиващи се държави
Яслена и градинска възраст (Предучилищна)	<p>Рискови фактори от семейната среда</p> <p>Недохранване, анемии</p> <p>Респираторни инфекции, чревни инфекции и паразитози</p> <p>Инциденти, травми и отравяния</p>
Ранна училищна (7-9 г.)	<p>Социализация</p> <p>Гръбначни изкривявания, очни аномалии, затлъстяване, неврози, алергични заболявания и астма</p>
Училищна (10-14 г.)	<p>Ускорен растеж и полово съзряване</p> <p>Влияние на неформалните групи за избор на поведенчески модел</p> <p>Нерационално хранене, хиподинамия, психо-емоционален стрес</p>
Юношество (14-18 г.)	<p>Социална адаптация</p> <p>Формиране на сексуално поведение</p> <p>Утвърждаване на здравни навици – злоупотреба с вещества</p> <p>Репродуктивно здраве³⁹</p>

Факти от първата година на живота

40

- Годишно умирањията до 1-годишна възраст са 40% от всички умирањия при деца под 5 години.
- 2/3 от умирањията до 1 годишна възраст са в ранния неонатален период.
- В развиващите се страни половината от майките и новородените не получават квалифицирана грижа при раждане и в пуерпералния период.
⇒ препоръки на СЗО и УНИЦЕФ домашни посещения на 1-вия, 3-тия и препоръчително на 7-мия ден.



Факти от юношеството

41

Бременност и раждане при подрастващи

- Около 16 милиона тийнейджърки раждат всяка година – най-вече в развиващите се страни
- 3 милиона момичета на възраст 15-19 години предприемат криминални аборти всяка година
- Усложнения на бременността и раждането са водеща причина за смъртност при момичетата на възраст 15-19 години
- Мъртвораждаемостта и неонаталната смъртност са 50% по-чести сред майки тийнейджърки в сравнение с жени 20-25 г.

Основни причини

- Ранен брак (30% от момичета в развиващите се страни се омъжват преди 18 г. и около 14% - преди 15 г.)
- Ниско ниво на образование
- Ниска здравна култура – само 36% от младежите и 24% от девойките 15-24 г. в развиващите се страни знаят как да се предпазят от СПИН
- Липса на достъп до контрацепция – в Латинска Америка, Европа и Азия само 42-68% от подрастващите, които водят сексуален живот ползват контрацептиви.
- Сексуално насилие – над 1/3 от подрастващите момичета в някои страни са имали първи полов контакт насилствено

Препоръки на СЗО за превенция на ранна бременност

42

1. Редуциране на ранните бракове под 18 г. възраст
2. Подкрепа за редуциране на ражданията под 20 г. възраст
3. Повишаване на употребата на контрацептиви сред подрастващите в риск от нежелана бременност
4. Намаляване на насилствените сексуални контакти
5. Намаляване на криминалните аборти
6. Повишаване на антенаталните, постнаталните грижи и грижите при раждане от квалифициран персонал

Организация на педиатричната помощ у нас

43

Основни задачи:

- наблюдение на нормалния растеж и развитие през различните периоди на детството;
- опазване и укрепване на физическото и нервно-психическото здраве на децата чрез здравна профилактика, ранна диагностика и лечение на вродените и придобити заболявания;
- борба с инфекциозните болести чрез системни имунизации;

Организация на педиатричната помощ у нас

44

Основни задачи:

- усилено наблюдение на децата с повишен медико-социален риск и намаляване на детската заболяемост и смъртност;
- здравно-възпитателна работа сред родителите по проблемите на правилното отглеждане на кърмачетата и малките деца;
- здравно-възпитателна работа сред децата в училищна възраст по проблемите на здравето и формирането на здравословно лично поведение.

Първична педиатричната помощ

45

Целеви групи в дейността на ОПЛ:

- ***Здрави деца:*** деца от 0-1 год.; деца от 1-2 год.; деца от 2-7 год.; деца от 7-18 год.
- ***Деца с повишен медико-социален риск.***
- ***Деца с хронични заболявания.***

Първична педиатричната помощ

46

Профилактичен преглед:

- проследяване и оценка на физическото и нервнопсихичното развитие на детето,
- лабораторни тестове,
- водене на здравната документация,
- съставяне на индивидуален хранителен и дневно-охранителен режим за детето,
- даване на указания на майката за прилагането му, предписване на медикаментозни средства при необходимост.

Първична педиатричната помощ

47

Профилактични прегледи - честота:

Домашни посещения на новородени деца в първите 24 часа след изписването от родилното заведение и още веднъж между 14-я и 20-я ден.

- деца до 1-годишна възраст - ежемесечни,
 - 1-2 години – 1 път на тримесечие,
 - 2-7 години – 1 път на шестмесечие,
 - Училищна възраст – 1 път годишно.
-
- *имунопрофилактика на ваксинопредотвратимите заболявания*
 - *диспансеризация*

Деца с повишен медико-социален риск

48

- недоносени и преносени деца;
- близнаци;
- родени с тегло над 4500 грама;
- родени с интраутеринна хипотрофия;
- деца под 3-месечна възраст на изкуствено хранене;
- хипотрофични деца;
- често боледуващи от респираторни заболявания и пневмонии;
- деца с чести диспептични заболявания;

Деца с повишен медико-социален риск

49

- деца, контактни на туберкулоза;
- осиновени деца;
- деца на самотни майки и сираци;
- деца на родители-алкохолици или зависими от токсични субстанции, на психично болни родители, на HIV-серопозитивни майки, на диабетно болни;
- деца в лоши социално-битови условия и психо-емоционален стрес;
- деца от малцинствени групи и затворени общности.

Други видове педиатрична помощ

50

- 1. Специализирана извънболнична помощ.** Осъществява се от лекари-педиатри, работещи в амбулатории за индивидуална и групова специализирана практика, в медицински и диагностично-консултативни центрове.
- 2. Болнична помощ.** Осъществява се от детските отделения към многопрофилните болници за активно лечение, от специализираните педиатрични болници.

Други видове педиатрична помощ

51

3. Педиатрична помощ в училищата - здравни кабинети: ,

- дейности по профилактика и промоция на здравето,
- наблюдение на здравето на децата въз основа на данните от личния лекар,
- спешна помощ за учащите се.

В кабинета работи медицинска сестра или фелдшер, които обслужват не по-малко от 800 ученика. Директорите на училищата могат да наемат и лекар.

МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА СТАРИТЕ ХОРА



Дефиниции



- **Старееенето** е непрекъснат процес на ограничаване на жизнеспособността на организма и повишаване на податливостта му към заболявания.
- **Старостта** е завършващ етап в развитието на човека, в който честотата на физическите и психични нарушения е значително по-висока в сравнение с предходните и индивидът губи социални роли, функции и независимост.
- Класификация на СЗО лицата над 60-годишна възраст:
 - възрастни лица - 60 до 74 год.;
 - стари хора - 75 до 89 год.;
 - дълголетници - над 90 год.

Заболяемост в старостта



- променена реактивност при боледуване,
- възрастово-обусловени заболявания,
- повишен риск за определени заболявания,
- хронична множествена патология,
- намаляват острите заболявания,
- симптомите често са неясни и нетипични,
- повече усложнения.

Основни здравословни проблеми при старите хора

ПРОБЛЕМИ СВЪРЗАНИ С ПРОЦЕСА НА СТАРЕЕНЕ	Катаракта Глаукома Отспабване на слуха Промени в костната структура и плътност Емфизем Психически промени
ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	Дегенеративни заболявания на сърцето и кръвоносните съдове Рак Инциденти. Фрактура на шийката на фемура Диабет Респираторни заболявания
ПСИХОЛОГИЧНИ ПРОБЛЕМИ	Промени в психиката Емоционални промени Сексуално адаптиране

Функционалната дееспособност на лицата за справяне с основните ежедневни дейности



Справяне с базисни дейности:

1. хранене,
2. къпане,
3. обличане,
4. използване на тоалетна,
5. лягане и ставане от леглото,
6. контрол над тазовите резервоари (континенция)

Функционалната дееспособност на лицата за справяне с основните ежедневни дейности



Инструментални дейности – необходими за автономното съществуване и адаптиране на индивида към жизнената среда

1. пазаруване,
2. ползване на обществен транспорт,
3. приготвяне на храна,
4. почистване на дома.

Международен план за действие по проблемите на възрастните хора

Мадрид, 12 април, 2002г.



- Основната цел на плана е да осигури сигурност и достойнство за възрастните хора, както и възможност те да продължат да участват в живота на своите общества като пълноправни граждани.

Международен план за действие по проблемите на възрастните хора

Мадрид, 12 април, 2002г.

Приоритет 1: Възрастни хора и развитие

- Активно участие в живота на обществото и неговото развитие;
- Работа и работна сила в третата възраст;
- Развитие на селските райони, миграция и урбанизация;
- Достъп до знания, образование и обучение;
- Солидарност между поколенията;
- Премахване на бедността;
- Сигурност на доходите, социална защита/сигурност и превенция на бедността;
- Спешни случаи;

Международен план за действие по проблемите на
възрастните хора

Мадрид, 12 април, 2002г.



Приоритет 2: Подобро здравословно състояние и благополучие в третата възраст

- Промоция на здравето и благополучието през целия живот;
- Универсален достъп до здравни услуги;
- Възрастни хора и СПИН;
- Обучение на здравни професионалисти и специалисти за оказване на грижа;
- Нужди, свързани с психичното здраве на възрастните хора;
- Възрастните хора и уврежданията.

Международен план за действие по проблемите на
възрастните хора

Мадрид, 12 април, 2002г.



Приоритет 3: Среда, даваща
различни възможности и подкрепа на възрастните
хора

- Заобикаляща среда включително в дома;
- Грижа и подкрепа за хората , оказващи грижи;
- Пренебрежително отношение, насилие и злоупотреба;
- Представи за третата възраст.

Активно стареене



- Процес на оптимизиране на възможностите за **здраве, участие и защита** за повишаване на качеството на живота по време на стареенето.
- Активното стареене позволява на хората да реализират потенциала си за физическо, социално и психическо благоденствие през целия си живот и да участват в обществото докато са адекватно защитени и получават грижата, от която се нуждаят.

Национална програма за активно стареене 2009г.



- Да са навършили 65 години, да са настанени в социални заведения или да получават енергийни помощи, да могат да се обслужват сами, и сами да поемат средствата за транспорт до хотела и курортната такса.
- Държавата, в лицето на Фонда за социално подпомагане поема до 40 лева дневно за нощувка и храна на човек, като в този пакет задължително трябва да бъдат включени и до 2 рехабилитационни процедури за период от две седмици.
- Пенсионерите почиват в хотели и бази извън най-активния туристически сезон - от март до май и от септември до ноември.

Организация на здравната помощ за старите хора у нас



Основна цел на здравната помощ за старите хора е съхраняването на добро ниво на физическо и психическо функциониране, позволяващо автономен и независим от чужда помощ живот за колкото е възможно по-дълго време.

Целеви групи:

- лица с хронично заболяване и с ограничено функциониране;
 - самотно живеещи стари хора;
 - лица над 80 г.,
 - с много ниски доходи,
 - терминално болни.
-
- един годишен основен профилактичен преглед
 - хронично болните стари хора се диспансеризират