

SĂNĂTATEA OMULUI LA BĂTRÂNEȚE

Nicolae OPOPOL,
Academia de Științe a Moldovei,
IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu,
Agenția Națională pentru Sănătate Publică

Rezumat

Dintre toate perioadele vieții unei persoane, bătrânețea este ultima. Procesul de îmbătrânire este însoțit de modificări structurale și funcționale. Modificările menționate apar treptat, dar constant. Perioada respectivă este una complexă, mai devreme sau mai târziu determinând degradarea fizică și mentală a individului. Această perioadă include atât componentele personale, cât și cele sociale. Bătrânețea este însoțită de costuri psihologice și necesită o oarecare pregătire, sprijin material și moral din partea familiei și a societății.

Cuvinte-cheie: bătrânețe, sănătate, familie, viață

Summary**Human health in old age**

Of all periods of a person's life, old age is the last. The aging process is accompanied by structural and functional changes. The mentioned changes occur gradually, but steadily. The specified period is complex, sooner or later causing the physical and mental degradation of the individual. This period include both the personal and social components. It is accompanied by psychological costs and requires certain preparation, material and moral support from the family and society.

Keywords: old age, health, family, life

Резюме**Здоровье человека в старческом возрасте**

Из всех периодов жизни человека старость является последним. Процесс старения сопровождается структурными и функциональными изменениями. Эти изменения происходят постепенно, но неуклонно. Указанный период является комплексным, рано или поздно обуславливая физическую и умственную деградацию личности. Этот период включает в себя как личностную, так и социальную составные. Он сопровождается психологическими издержками и требует определенной подготовки, материальной и моральной поддержки со стороны семьи и общества.

Ключевые слова: старость, здоровье, семья, жизнь

Introducere

În anul 1988, Organizația Mondială a Sănătății a inclus bătrânețea / senescența între primele cinci probleme prioritare de sănătate ale populației alături de bolile cardiovasculare, cancer, SIDA și alcoolism. Dintre toate etapele vieții individului, bătrânețea este ultima și acum se produce diminuarea treptată a funcțiilor fiziologice. În literatura științifică, denumirea acestei perioade diferă, ea fiind nominalizată și *vârstă înaintată*, *vârsta a treia*, *perioadă de involuție*, *perioadă de bătrânețe*, *senescență* etc.

Îmbătrânirea este un fenomen multidimensional ce include schimbări *fizice* ale organismului uman după o viață adultă, schimbări *psihologice*, care apar în mintea și în capacitățile mentale ale individului, și schimbări *sociale* în modul în care persoana este văzută, în ceea ce ea așteaptă de la etapa ulterioară a vieții. Bătrânețea este însoțită de numeroase schimbări importante în modul în care individul percepe lumea din jur și cum se percepe pe sine atunci când se produc schimbări în viața profesională și în relațiile cu cei din jur, când apar numeroase probleme de sănătate. Aceste modificări se desfășoară gradual și diferă de la o persoană la alta. Bătrânețea este definită ca „etapă terminală a vieții, inclusiv a rutinei profesionale active” [19].

Perioada menționată a vieții umane a devenit una dintre cele mai complexe arii de studiu din știința modernă. „Aceasta se datorează faptului că procesul de îmbătrânire este un proces dinamic, interactiv, ondulatoriu, neintenționat și subiect de schimbări și complicații în viață” [3]. În general, bătrânețea constituie o problemă atât personală, cât și socială, iar persoana ar trebui să fie pregătită, sprijinită material și psihologic.

Starea de depresie este una dintre tulburările care afectează vârstnicul. Melancolia sau pierderea bruscă a energiei poate evolua spre o serioasă și îndelungată condiție depresivă, cu lipsa de interes, reducerea încrederii în sine, evaluarea deformată a prezentului și a viitorului etc. Persoanele vârstnice în stare de depresie se confruntă deseori cu dificultatea de a lua decizii, ele devin mai lente în gândire, în modul de a comunica și de a activa. Bătrânețea se caracterizează printr-o acumulare de oboseală și uzură internă, care modifică funcționalitatea psihică, scăzând productivitatea. Ieșirea din câmpul muncii creează modificări complexe în câmpul preocupărilor, intereselor și al stilului de viață.

Scopul studiului realizat este o încercare de a elabora anumite viziuni complexe, care i-ar putea ajuta pe cei responsabili de asistența medicală a persoanelor de vârstă a treia pentru ca acestea să se înscrie mai reușit în politicile societății, comunităților și familiilor cu scopul de a asigura o viață mai sănătoasă, mai productivă și mai îndelungată.

Materiale și metode

Informația privind problemele sănătății ființei umane în etapa de bătrânețe poartă un caracter

general, deoarece la nivel local/național nu există oarecare particularități sau recomandări privind necesitatea obligatorie de a evidenția separat starea de sănătate a acestei grupe de populație. Cert este faptul că îmbătrânirea reprezintă un proces fiziologic ireversibil, ce se caracterizează printr-un declin funcțional al tuturor sistemelor de organe. Deseori, acest proces este stimulat și accelerat de stilul de viață al vârstnicului, de regimul lui alimentar, de comportamentul personal etc.

Principiile de organizare a investigațiilor, de procesare și de interpretare a datelor acumulate în acest domeniu sunt similare cu cele din alte ramuri ale medicinei.

Rezultate și discuții

Constatări

Cu vârsta, în organismul uman au loc numeroase modificări la nivel de sisteme interne sau organe, indiferent de starea patologică, care poate fi prezentă sau poate lipsi. Aceste modificări poartă caracter individual sau de grup și sunt determinate mai ales de nivelul de cunoștințe și de trai al individului. Astfel, creșterea accelerată a numărului de populație vârstnică la nivel mondial este o consecință a scăderii numărului de populație fertilă. Conform datelor statistice, în majoritatea țărilor europene ponderea populației vârstnice a depășit esențial numărul populației tinere. Procesele îmbătrânirii sunt mai evidente în mediul rural, în comparație cu cel urban.

În plan individual, la fiecare persoană în etate se produc modificări funcționale și structurale la nivelul tuturor celulelor și țesuturilor. Îmbătrânirea celulară determină lezarea ADN-ului și scăderea capacității de reparare a lui. Din cauza acumulării produselor de peroxidare lipidică, cu vârsta scade capacitatea oxidativă a fiecărei celule. Îmbătrânirea țesuturilor este un proces mai complex.

Sistemul musculoscheletic. Odată cu vârsta, oasele tind să piardă din densitatea lor minerală. Rezistența lor fizică scade și riscul de producere a fracturilor crește. După menopauză, femeile prezintă o scădere mai evidentă a densității minerale a oaselor din cauza nivelului de estrogeni mai diminuat. Modificări mai exprimate se produc în vertebrele din partea superioară a coloanei vertebrale. Tasările vertebrale și artrozele produc un declin funcțional cu implicații medico-sociale importante. Din cauza uzurii și a mișcării, cartilajul ce învește articulațiile osoase își pierde din elasticitate și poate conduce la apariția osteoartritelor, frecvente la vârstnici. După vârsta de tinerețe, masa musculară scade treptat pe tot parcursul vieții. Totodată, se reduce și forța musculară. Scăderea importantă a masei musculare (sarcopenia) are lor din cauza unor afecțiuni sau a lipsei de activitate fizică pe o perioadă îndelungată.

Odată cu înaintarea în vârstă, se produc modificări la nivelul **sistemului respirator**, cu deteriorarea

progresivă a țesutului pulmonar, creșterea rigidității cutiei toracice, reducerea potențialului funcțional al mușchilor respiratori etc. Modificările pulmonare apărute odată cu înaintarea în vârstă sunt prezente atât la nivel de alveole și parenchim, cât și la nivel de țesut interstițial. Emfizemul senil este o involuție fiziologică, întâlnită frecvent la vârstnici.

Îmbătrânirea fiziologică a **sistemului cardiovascular** constă în apariția modificărilor atât la nivel structural, cât și la nivel funcțional. Odată cu înaintarea în vârstă, hipertrofia ventriculară pe stângă, calcificările și fibrozele valvulare sunt depistate tot mai frecvent. La nivel de sistem arterial apar modificări ale rigidității endoteliale, ce condiționează unele modificări funcționale, cum ar fi creșterea tensiunii arteriale, afectarea microcirculației renale etc.

La nivelul **sistemului digestiv** se produc modificări morfofuncționale, care progresează odată cu vârsta. Majoritatea segmentelor tubului digestiv suferă un proces de hipotrofie involutivă, cu scăderea contracției musculare esofagiene, reducerea secreției acidului gastric și diminuarea evacuării conținutului din stomac. Motilitatea colonului de asemenea este frecvent afectată, condiționând modificări importante în tranzitul intestinal și apariția constipației cronice.

În procesul de îmbătrânire, **rinichii** își mențin capacitatea de a regla homeostaza mediului intern. Dar are loc diminuarea răspunsului la stres. Se produc modificări structurale și funcționale la nivel de celule tubulare renale și ale răspunsului la factorii hemodinamici și endocrini. Pierderea masei renale apare din cauza atrofiei progresive a cortexului renal. La persoanele cu vârsta de peste 80 de ani se sclerozează o bună parte din glomerule la nivelul cortexului renal.

Particularitățile modificărilor din organismul vârstnicului

Pe întregul parcurs al vieții, asupra omului influențează mulți factori externi: consum, condiții de habitat, condiții de muncă, comportament în societate și în familie etc., care produc un anumit impact asupra stării lui de sănătate. Multă vreme, bătrânețea a fost considerată o stare morbidă, și nu o etapă firească în programul vieții. Situația s-a schimbat pe parcursul ultimelor secole. Deși senectutea reprezintă o problemă atât individuală, cât și socială, ea se cere să fie sprijinită material și psihologic ca etapă terminală a activităților profesionale, dar nu și a vieții. Din multiplele probleme cu care se confruntă vârstnicul, cea a abuzului față de bătrâni se dovedește a fi de importanță majoră.

Prin asigurarea condițiilor adecvate de viață la bătrânețe, vârstnicul se menține activ în mediul său social, inclusiv în familie [10]. Prin asigurarea unui mediu social sănătos și sigur, prin încurajarea stilului sănătos de viață se reușește, în mare parte, de a preveni apariția multor stări nedorite, inclusiv morbide.

În plan istoric, schimbări importante în interpretarea psihologică a bătrâneții au apărut pe parcursul secolului trecut. În acest sens prezintă interes definiția care susține că prin abuz asupra bătrânilor se înțelege abuzul fizic, emoțional și psihologic față de un bătrân de către un îngrijitor formal sau informal. Deseori abuzul este repetat și violează persoana umană și drepturile ei civile. Ca punct de cotitură în acest sens a servit conferința ONU de la Madrid (2002), care a abordat problema abuzului față de bătrâni. Iată doar o opinie expusă la acest forum: "Abuzul față de bătrâni reprezintă acel comportament dăunător/agresiv/invaziv, care este direcționat către un bătrân și se petrece în contextul unei relații ce presupune încredere. El este suficient de frecvent și/sau intens ca să producă efecte fizice, psihologice, sociale și/sau financiare ori suferință, răniri, dureri, pierderi sau violarea drepturilor umane și deteriorarea calității vieții respectivului" [9].

Se consideră că definiția cea mai utilizată a fost dată de organizația INPEA (The International Network for the Prevention Elder Abuse): "Abuzul față de bătrâni este un act singular sau repetat ori lipsa unei acțiuni adecvate, care se petrece în cadrul oricărei relații unde există o premisă de încredere și grijă, care cauzează daune sau stres unei persoane în vârstă".

Tipurile de abuz asupra vârstnicilor sunt multiple și variate. I. Petrescu a grupat toate tipurile de abuz asupra celor vârstnici în 10 criterii [18]:

1. *Provocare de dureri fizice*: lovire, pălmuire, împingere, provocare de arsuri, expunere la vreme nefavorabilă etc.

2. *Provocare de stresări psihico-emoționale*: amenințări, șantaj, insulte, intimidare, hărțuire, tratament psihic incorect, decădere din procesul de luare a deciziilor, umilița, izolare față de familie, manipulare prin exprimarea afecțiunii, ruina stimei proprii, nerespectarea spațiului privat.

3. *Implicarea incorectă în activități financiare și materiale*: gestionarea incorectă a banilor și posesiunilor, utilizarea minciunii și înșelăciunii în relații financiare și materiale, furt de valori sau de bani, înșelăciune cu cărți de credit sau cecuri și conturi de bancă, falsificarea semnăturilor sau a testamentelor ori documentelor, implicarea incorectă în decizii financiare, solicitare de bani sub amenințarea cu forța.

4. *Neglijarea vârstnicului*: nefurnizarea de locuință, haine, apă, alimente, medicamente și asistență medicală, asistență pentru nevoile de bază, căldură și confort; nesprijinire în igiena personală, neasigurarea echipamentelor de ajutor (proteze, ochelari, cârje), neacordarea sprijinului la riscuri.

5. *Neîngrijirea medicală*: administrarea neadecvată a medicamentelor, utilizarea practicilor emoționale sau psihologice în tratarea bolnavilor,

privarea de comunicare pe perioada internării, izolarea de familie a bolnavilor, nerespectarea demnității bolnavilor.

6. *Absența respectului legal*: atacuri la libertățile și drepturile umane ale vârstnicilor, neapărarea în situațiile de înșelăciune a vârstnicilor.

7. *Încălcări spirituale*: manifestări directe sau indirecte, voluntare sau involuntare de ridiculare și de negare a credințelor spirituale și religioase.

8. *Impedimente social-culturale*: refuzul de a asigura condiții de participare a vârstnicilor la activități culturale și sociale.

9. *Dificultăți sistemico-statale*: fapte îndreptate împotriva vârstnicilor, generate de structura și concepțiile dominante în instituțiile statale, cele din sistemul medical, juridic, asistența socială etc.

10. *Frustrări familiale*: abandonarea vârstnicilor, expunere la vreme nefavorabilă, insulte, înșelăciune în relații financiar-materiale, nefurnizare de alimente, îmbrăcăminte și medicamente.

Îmbătrânirea sănătoasă – premisă a unei vieți active și îndelungate

A fost specificat deja faptul că vârstnicul, pe întregul parcurs al vieții, este influențat de comportamentul său în familie și în societate și viceversa, comportamentul fiind factor de mare importanță pentru starea de bine a vârstnicului. Pronosticurile demografice pleacă de la ideea că în Europa populația în vârstă de 65 de ani și mai mult va spori considerabil (cu 58 milioane, adică cu 77%) până în anul 2050, și numărul persoanelor de vârstă înaintată (de 80 de ani și mai mult) va înregistra cea mai mare creștere. Aceste evoluții exercită efecte asupra multor domenii ale vieții cotidiene și conduc la diverse provocări [22].

Procesul îmbătrânirii este însoțit atât de transformări fiziologice, biochimice și comportamentale, cât și de un declin psihic, mai mult sau mai puțin manifestat. Bătrânețea reprezintă o problemă nu numai individuală, dar și socială, care trebuie anticipată, sprijinită material și uman, ca etapă terminală a vieții [19]. Vârstnicul se menține activ în mediul său social anume prin asigurarea condițiilor adecvate de viață.

Starea de bine și bunăstarea vârstnicilor în mare măsură sunt determinate de nivelul legăturilor familiale. Cu regret, îngrijirea bătrânilor se transformă, în ultimul timp, într-o serioasă povară economică, socială și psihologică, deoarece scade numărul de persoane care pot oferi îngrijire acestei grupe de populație. Are loc trecerea de la autoritatea părintească la o autonomie individuală a fiecărui membru de familie. Sunt numeroase cazurile când veniturile și pensiile mici plasează multe familii în situații dificile de supraviețuire, care devin și mai complicate atunci când membrul vârstnic al familiei suferă de o boală

cronică sau are o dizabilitate și necesită o îngrijire permanentă. În situații și mai nefavorabile se află vârstnicii solitari. Viața vârstnicilor se complică și din cauza absenței de lungă durată a rudelor, ca urmare a migrației de muncă.

Sentimentul de singurătate și izolare, ca percepție subiectivă, apare și la vârstnicii care locuiesc cu rude ce-i neglijează sau iau decizii în numele lor, fără consimțământ și permisiune. Aceste situații sunt alimentate de lipsa comunicării între generații. În acest sens, pot fi trase câteva concluzii: (1) relația cu descendenții este suportul primar și cel mai important pentru vârstnic; (2) raportul dintre generații în familie este un factor determinant în garantarea faptului că vârstnicii sunt incluși și integrați social; (3) suportul familial și grija asumată pentru membrii vârstnici ai familiei sunt foarte importante pentru starea lor de bine [17].

Rolul familiei în viața vârstnicului

Familia este un element esențial în organizarea socială. Sprijinul vârstnicului și influența familiei sunt importante pentru societate. Din aceste considerente, termenii utilizați în acest domeniu trebuie să fie unificați. Mai mult decât atât, societatea modernă tinde să aibă un caracter conservator și este bazată pe legături de rudenie, care joacă un rol major în toate domeniile: socializare, comunicare, producere, distribuție, protecție etc. Cu toate acestea, ea permanent se modernizează. Caracterul modern, ca ansamblu de atribute ale organizării sociale, include industrializarea și urbanizarea.

Familia vârstnicului, supusă procesului de modernizare, se adaptează la schimbările produse de revoluția industrială și la schimbările politice, participă activ în dezvoltarea economică și în schimbările comportamentale. Are loc reducerea constantă a dimensiunii familiei, cu toate consecințele care reies din aceste schimbări [23]. Totodată, aceste schimbări au generat deja multiple confruntări cu transformări socioeconomice. Astfel, problemele îmbătrânirii active îi pot afecta și pe vârstnici prin viața lor mai extinsă, creșterea nivelului de ocupare a forței de muncă, creșterea participării sociale a grupurilor de vârstnici, scăderea dependenței și îmbunătățirea serviciilor de îngrijire de lungă durată.

Pentru atingerea unui nivel de sănătate trainică pe o durată mai îndelungată, așa cum își dorește orice vârstnic, trebuie să se investească resurse suficiente în prevenirea, diagnosticul timpuriu și tratamentul bolilor cronice. Importante sunt și campaniile de prevenire și reducere a consumului de tutun și alcool, de promovare a alimentației sănătoase și a practicării sportului. Studiile recente arată că, în prezent, longevitatea în țara noastră este mai extinsă, însă perioadele de timp înregistrate în plus sunt mai reduse decât în majoritatea țărilor Uniunii Europene.

Independența vârstnicilor se manifestă în exercitarea drepturilor și a obligațiilor lor. Ca drepturi ale vârstnicilor ar trebui să fie:

- dreptul de a fi respectat, cu propriile sale valori individuale;
- dreptul de a decide cu privire la problemele specifice vârstnicilor și la modul de rezolvare a acestora;
- dreptul la informare;
- dreptul la libertate fără discriminare;
- dreptul de a beneficia de servicii profesionale de asistență;
- dreptul la dezvăluirea propriei personalități;
- dreptul la respect, intimitate, demnitate și viață intimă;
- dreptul de a participa la luarea deciziilor privind furnizarea serviciilor de îngrijire la domiciliu și privind intervenția socială care i se aplică;
- dreptul la păstrarea confidențialității asupra informațiilor furnizate și primite;
- dreptul de a participa la evaluarea serviciilor sociale primite [18].

Odată cu înaintarea în vârstă, la majoritatea longevivilor se reduc veniturile, la unii chiar esențial. Fără anumite economii acumulate în decursul vieții, aceste persoane devin foarte vulnerabile. Din punctul de vedere al nivelului extrem de scăzut al veniturilor, cele mai vulnerabile grupe de vârstnici sunt:

- bătrânii nedeplasabili cu diferite stări de invaliditate sau de handicap;
- bătrânii care nu au niciun fel de susținători legali sau care au fost abandonați de copii și de rudele lor;
- femeile vârstnice care nu au prestat activități profesionale în timpul vieții;
- țăranii vârstnici care au activat un număr mic de ani în fostele unități agricole.

Rezultatele studiilor și analiza tuturor categoriilor de cheltuieli făcute de acești vârstnici indică o orientare generală a acestora către un consum restrictiv, scăderea puterii lor de cumpărare și un decalaj pronunțat între venituri și cheltuieli [22]. Cu regret, cea mai gravă situație s-a creat în mediul rural. Aceasta impune statul, autoritățile administrației publice locale, organizațiile neguvernamentale să întreprindă măsuri de rigoare pentru a facilita existența și participarea în viața economică a persoanelor de vârstă a treia.

Stilul de viață al oamenilor vârstnici

Procesul biologic de îmbătrânire este inevitabil și incontrollabil, adesea asociat cu stări morbide. Studiile efectuate în acest domeniu permit de a concluziona că nu îmbătrânirea este neapărat cauza bolilor, ci mai mult lipsa unui stil de viață sănătos.

Conceptul de *stil de viață* a provocat și provoacă un interes sporit din partea diferitor specialiști: soci-

ologi, psihologi, psihosociologi, medici etc. [4]. El se prezintă ca un model potrivit căruia individul alege să trăiască și se manifeste sau nu, ca un rezultat al unui ansamblu de activități economice, culturale și sociale ce contribuie la menținerea unor calități. Din multiplele definiții ale stilului de viață, mai aproape de scopul urmărit de noi este cel al lui Janet Hankin (2000), conform căruia stilul de viață este șirul de comportamente care determină un rezultat biologic specific, vizând modul de viață, culturile de siguranță, comportamentele ce asigură igiena etc.

Viața vârstnicului constă din numeroase activități simple și obișnuite, cum ar fi alimentația, odihna, activitățile fizice, relațiile familiale etc. Ele se suplimentează cu alte multiple componente care asigură modul de viață: locuința și înzestrarea ei, condițiile igienice în locuință, durata și formele de petrecere a timpului, mijloacele de comunicare și de informare etc. Modul de viață este produsul unei culturi și al unor tradiții specifice, care îi asigură vârstnicului stilul de viață. Ultimul reflectă raportul dintre condițiile în care vârstnicul își duce traiul și comportamentul lui determinat de factorii socio-culturali, caracteristicile personale și educaționale ce pot influența deciziile, acțiunile și condițiile de viață. Elementele stilului de viață pot fi sanogene, care promovează și fortifică sănătatea, sau patogene, ce reprezintă factori cauzali pentru anumite stări morbide [5].

Stilul activităților profesionale constă din modalitățile prin care vârstnicul produce și creează, pe când stilul recreațional se referă la modul în care omul vârstnic își alocă și își consumă timpul. Stilul de cunoaștere se referă la modalitățile în care vârstnicul meditează și ia decizii [20].

Stilul de comunicare este modul prin care vârstnicul le permite altora să afle despre el și el despre alții, folosind cuvintele pentru a-și exprima sentimentele, în timp ce stilul de relaționare include modalitățile în care el îi abordează pe ceilalți. Stilul de alimentare constă în atitudinea vârstnicului față de alimente și propria hrănire. O altă componentă a stilului de viață este stilul de consum. El cuprinde modalitățile în care omul în vârstă își selectează și se folosește de produse și servicii [7].

Astfel, stilul de viață include mai multe componente prin care vârstnicul își desfășoară activitățile majore ale vieții, realizându-se prin încercări și erori. Fiecare din aceste componente poate avea un anumit efect asupra sănătății vârstnicului, asupra stilului de activitate, stilului recreațional, stilului de comunicare, de alimentație, de consum etc. [15, 16]. Dintre toate însă cel mai important este stilul sănătos de viață.

Stilul sănătos de viață al omului vârstnic poartă caracter strict individual. El este rezultatul întregii

sale vieți, care în mare măsură definitivează starea lui de bine. După cum menționează I. Petrescu [18], stilul de viață este "un cumul de modele, experiențe, obiceiuri, tipare moștenite sau dobândite, convingeri conștientizate sau nu". Astfel, stilul de viață al vârstnicului este direct proporțional cu vârsta, cu nivelul de cunoștințe al oamenilor cu care a interacționat și cu experiențele care i-au traversat existența.

Fiind în etate, omul speră la o viață cât mai lungă și reușită, în care necazurile să-l afecteze cât mai puțin sau să nu-l afecteze deloc. Pentru a atinge acest scop, vârstnicul trebuie să conștientizeze că peste două treimi din sănătatea lui depind de modul de trai, alimentație, activitatea fizică, de sentimentele pe care le experimentează. Restul este determinat fie de particularitățile genetice, fie de condițiile mediului ambiant, fie de performanțele sistemului național de sănătate etc.

Calitatea vieții vârstnicului

În plan istoric, calitatea vieții a fost definită ca un standard de viață bună în noua societate de consum [6]. În pofida unor dificultăți, termenul *calitatea vieții* prezintă mai multe avantaje sub raport teoretic, metodologic și chiar practic-operațional.

OMS definește calitatea vieții în contextul percepției indivizilor, al poziției lor de viață în planul cultural și de valori în care trăiesc și în relaționarea cu scopurile, așteptările, standardele și preocupările lor. Această structură internațională tratează calitatea vieții ca pe un concept larg, afectat într-un mod complex de starea de sănătate fizică și psihologică, de credințele individuale, de legăturile sociale și de trăsăturile cele mai proeminente ale mediului de viață [1].

Totodată, I. Mărgineanu și A. Balașa (2005) vin cu altă definiție. Ei menționează: "Calitatea vieții cuprinde ansamblul condițiilor de viață fizice, economice, sociale, culturale, politice, de sănătate etc. în care oamenii trăiesc, conținutul și natura activităților pe care le desfășoară individual, caracteristicile relațiilor și proceselor sociale la care participă, bunurile și serviciile la care au acces, modelele de consum adoptate, modul și stilul de viață, evaluarea gradului de obținere a rezultatelor în viața lor ce corespund așteptărilor populației, care provoacă stările subiective de satisfacție, insatisfacție, fericire, frustrație etc."

Una dintre preocupările centrale ale biologiei îmbătrânirii este natura contribuției bagajului genetic. Teoriile genetice afirmă că durata vieții fiecărei specii este determinată biologic. În ce privește omul, el este programat să trăiască o sută și ceva de ani. Ipoteza conform căreia îmbătrânirea survine datorită programului înscris în codul genetic este susținută și de faptul că perioada vieții este diferită în funcție

de specie. Longevitatea este ereditară, iar genotipicele încorporate în decursul vieții pot modifica longevitatea [11].

Dintre cei mai influenți factori ai calității vieții poate fi menționată capacitatea ființei umane de a se lăsa supusă educației, de a beneficia de ea în dezvoltarea fizică, psihică și comportamentală [21]. În acest fel, potențialul educabilității reflectă capacitatea de formare umană sub influența factorilor educaționali, sociali sau de mediu.

Este bine cunoscut faptul că există o influență pronunțată a calității factorilor de mediu asupra sănătății, în particular a poluării aerului (atmosferic și intern), apei, solului, alimentelor etc. La rândul său, sănătatea constituie o componentă esențială a calității vieții vârstnicului, indicii ei reflectând starea bună a respectivului.

Conform aprecierii date de D. Bătrân [2], îmbătrânirea nu este o stare, ci un proces de degradare graduală și diferențială. Ea este un ansamblu de fenomene ce apar ca urmare a încheierii fazei de dezvoltare și care implică schimbări din punct de vedere biologic și psihologic. Este de menționat și faptul că procesul de îmbătrânire se manifestă diferit, individualizarea fiind determinată de așa factori ca nivelul de cunoștințe, gradul de autonomie, degradările fizice și psihologice, starea emoțională și cea mentală, posibilitatea de a se manifesta comportamental, modul în care este suportată pierderea rolurilor sociale etc.

Concluzii

Așadar, la nivel global, comunitatea științifică a acumulat suficiente dovezi și argumente în privința factorilor care exercită impact direct sau intermediar asupra bunăstării și sănătății vârstnicilor. Este necesar de a sistematiza și a intensifica activitățile autorităților, ale comunităților și asociațiilor la nivel local și comunitar pentru a diminua impactul nefast al îmbătrânirii asupra vârstnicilor.

Bibliografie

- Bălțatescu S. Calitatea vieții. In: Zamfir C., Stănescu J. (coord.) *Enciclopedia dezvoltării sociale*. Iași: Ed. Polirom, 2007. 664 p. ISBN: 978-973-46-0702-0.
- Bătrân D. Îmbătrânirea, un proces ireversibil. In: *Revista de Administrație Publică și Politici Sociale*. 2010, vol. 1, nr. 3, pp. 40-57. ISSN: 2067-1695.
- Bengtson V.L. *Handbook of theories of aging*. Second Edition. 1999. 516 p. ISBN: 13 978-08261625619.
- Blaxter M. *Health and Lifestyles*. London: Tavistock/Routledge, 1990. 268 p. Disponibil pe: <http://dx.doi.org/10.4324/9780203393000>
- Atitudini și obiceiuri legate de sănătate*. Studiu public. Daedalus Consulting. 2007. Disponibil pe: <https://www.revistacalitatevietii.ro/2017/CV-3-2017/CV-3-2017.pdf>
- Gorabievski S., Cojohari A. Conceptul managementului calității vieții. In: *Revista Economica*. 2011, nr. 2, pp. 26-39.
- Hebdige D. *Subculture: the meaning of style*. London and New York: Methem. 1979. 206 p. ISBN: 0-203-13994-1.
- Hotărârea Guvernului RM nr. 406 din 02.06.2014 cu privire la aprobarea Programului pentru integrarea problemelor îmbătrânirii în politici. In: *Monitorul Oficial al RM*, nr. 153-159 din 13.06.2014, art. 453.
- Hudson M.F. Elder mistreatment: a taxonomy with definitions by Delphy. In: *Journal of elder abuse and neglect*. 1991, vol. (2), pp. 1-20. ISSN: / 0894-6566. Disponibil pe: <https://www.tandfonline.com/toc/wean20/current>
- Iacob L.M. *Vârsta a treia. Cunoaștere și intervenție*. Iași: Ed. Universității "Alexandru Ioan Cuza". 2001. 112 p.
- Lanțoș Ș. *Calitatea vieții umane*. București: Ed. Științifică și Enciclopedică. 1989, pp. 119-124. ISSN: 1857-2103.
- Legea RM privind supravegherea de stat a sănătății publice, nr. 10 din 03.02.2009. In: *Monitorul Oficial al RM*, nr. 67 din 03.05.2009, art. 183.
- Mărgineanu I., Balașa A. (coord.). *Calitatea vieții în România*. Ediția a II-a. Edit. Expert. 2005. Disponibil pe: <https://www.yumpu.com/ro/document/read/9551755/lista-cartilor-de-sociologie-institutul-de-cercetare-a-calitatii-vietii>
- Pollak J., Miller J. Mental Health Assessment — A Medical Perspective. In: *Social Work Today*. Vol. 11, nr. 6, p. 6. Disponibil pe: www.vrasti.org
- Paladi Gh. (red. resp.), Gagauz Olga, Penina Olga. *Îmbătrânirea populației în Republica Moldova: consecințe economice și sociale*. AȘM, Institutul Integrare Europeană și Științe Politice. Chișinău, 2009. 204 p. ISBN: 978-9975-9742-2-6.
- Paterson M. *Consumption and everyday style*. London: Routledge. 2006. 206 p. ISBN: 0-203-13994-1.
- Peer M., Hartwick E. *Theories of development: Contentions, arguments, alternatives*. New York: The Guilford Press. 2009. 324 p. ISBN: 13:978-1606230657.
- Petrescu Ion. *Psihologia nonagenarului în confruntarea cu propria vârstă*. București: Ed. Expert. 2018. 664 p. ISBN: 978-973-618-420-8.
- Șchiopu U., Verza E. *Psihologia vârstelor. Vârstele vieții*. București: Ed. Didactică și Pedagogică. 1997. 247 p. ISBN: 973-28.5798-3.
- Seconde K. Alternative lifestyle. In: Borgatta E.F. (coord.). *Encyclopedia of sociology*. 2000, vol. 1, pp. 106-114. USA, New York: MacMillan Reference. ISSN: 0161-570X.
- Surdu E. *Prelegeri de pedagogie generală. O viziune sociopedagogică*. București: E.D.P. 1995. 235 p.
- Tăcerea nu e o soluție: abuzul asupra vârstnicilor în Republica Moldova*. Sumar executiv al studiului. Centrul Cercetări Demografice/UNFPA/Help Age International. Disponibil pe: https://moldova.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Tacerea%20nu%20e%20o%20soluție_Abuzul%20asupra%20varstnicilor%20%20RM_sumar_2015_0.pdf
- Vlăsceanu L. *Sociologie*. Iași: Ed. Polirom. 2011. 936 p. ISBN: 978-973-46-1815-6.

Nicolae Opopol, m.c. AȘM,
profesor consultant, Catedra de igienă,
IP USMF Nicolae Testemițanu, ANSP,
tel.: 022574682 / 079456608,
e-mail: nicolae.opopol@usmf.md