

PROBLEME DE SĂNĂTATE
SPECIFICE POPULAȚIEI DE VÂRSTA A III-A

Anatol NEGARĂ, Tudor GREJDEANU, Natalia
BLAGA-LISNIC, Felicia LUPAȘCU-VOLONTIR, Leonid
MARJINE, Alexandru LAVRIC, Gabriela ȘORIC,
Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie
din Republica Moldova,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Problems of public health of the adult population

In this work the author touches on certain social, medical and economic aspects of the aging population.

In the content of the article are developed the consequences of population aging phenomena which is closely linked to the following particularities: demographic, medical, social as well as strategies in the improvement and protection of aging population's state of health.

Резюме

Проблемы общественного здравоохранения взрослого населения

В этой работе описываются социальные, медицинские и экономические факторы, влияющие на здоровье возрастного населения. В работе изложены последствия демографических, медицинских и социальных затрат государства от возрастного населения.

Introducere. Îmbătrânirea este un proces sau un cumul de procese de involuție somatică și funcțională ireversibile, esențial individuale, și nu globale. Există diferențe între țări privind vârsta legală de pensionare și de începutul vârstei a III-a, atât pentru sexul feminin, cât și pentru cel masculin.

Organizația Mondială a Sănătății, în 1964, a recomandat vârsta de 60 de ani ca limită pentru încadrarea persoanelor în categoria vârstnicilor, populația, în general, sau a unei țări, în special, putând fi împărțită după vârsta fiziologică în trei categorii: populația infantilă (cu vârste cuprinse între 0 și 14 ani); populația adultă (cu vârste între 15 și 59 ani) și populația vârstnică (ce cuprinde persoane cu vârsta de 60 de ani și peste).

Discuții. Este cunoscut faptul că, dintre factorii psihosociali cu rol sanogenetic, armonia vieții de familie, generatoare de satisfacții și realizări, este unul dintre elementele-cheie ce influențează favorabil durata vieții. Longevitatea, în forma ei activă, nu ni se oferă, ci ea trebuie cucerită. A ști să o cucerești, a ști să îmbătrânești, este deopotrivă o știință și o artă, iar secretul acestei reușite este viață activă, în mijlocul familiei.

Longevitatea se obține numai dacă există și se menține o „stare de bine” a individului. Acest lucru este realizat numai în familie și de către familie, care are obligația realizării unui climat – atât de dorit, de benefic și meritat – celor pe care îi prețuim pentru ceea ce au fost și sunt: părinții și bunicii sau străbunicii.

Starea de sănătate a populației de vârsta a III-a este direct influențată de bunăstarea socială. În ultimul deceniu, în aprecierea stării de sănătate a vârstnicului se insistă tot mai mult pe metode de epidemiologie și pe autoevaluarea sănătății. Autoevaluarea se bazează pe capacitatea individului de a-și aprecia singur starea funcțională și raportul dependență/independență în legătură cu activitatea de zi cu zi.

Evoluția morbidității generale și a celei specifice, precum și a morbidității la persoanele de vârsta a III-a este influențată de o serie de factori socioeconomici, ca: sărăcia, singurătatea, lipsa locuinței sau locuința improprie nevoilor specifice vârstei, dependența sociofinanciară, lipsa afecțiunii din partea celor dragi, lipsa înțelegerii, toleranței, pierderea unui sens în viață, depresia etc.

Consecințele fenomenului de îmbătrânire a populației:

1. *demografice:*

- creșterea numărului populației vârstnice;
- creșterea numărului familiilor fără copii și cu persoane vârstnice.

2. *medicale:*

- polimorbiditate;
- creșterea consumului medical.

3. *sociale:*

- pierderea autonomiei;
- incapacității funcționale parțiale sau totale, de unde nevoia de servicii sociale adecvate.

Fenomenul de îmbătrânire este asociat cu creșterea morbidității, în special cu alură cronică, cu incapacitate de muncă fizică și psihică, ce au o durată din ce în ce mai lungă, terminându-se cu dependența familială și socială, dependența însemnând ajutorul necesar chiar și în activitățile de bază ale vieții cotidiene: igiena personală, deplasarea (chiar și în locuință), îmbrăcatul/dezbrăcatul, alimentația, igiena și gospodărirea în locuința proprie.

Datorită duratei medii de viață mai mare cu 6-8 ani la sexul feminin față de cel masculin, femeile vârstnice reprezintă o pondere mare a acestei subpopulații, cu o situație și mai grea decât a bătrânilor, datorită unor cauze social-economice și medicale, cum ar fi: pensiile mai mici, procent mult mai mare de văduve, pondere mai mare de boli cronice cu incapacitate de muncă și cu dependență.

Aceste consecințe ale îmbătrânirii populației necesită aplicarea unor strategii pe termen mediu și lung, care să vizeze:

1. Organizarea de rețele comunitare ambulatorii de servicii de îngrijire și ocrotire a vârstnicilor la domiciliu (centre de îngrijire de zi, de noapte, de asistență medico-socială la domiciliu, de asistență socială specifică vârstnicului, unități ambulatorii sau rețea de asistență terminală).

2. Organizarea de instituții de îngrijire pe termen lung, unde să se acorde asistență socială (case de retragere pentru pensionari, pentru bătrâni), sau sociomedicală, pentru persoane cu afecțiuni cronice dependente (cămin/spital pentru bolnavi cronici sau unități pentru afecțiuni psihice).

3. Realizarea unor programe de screening pentru identificarea vârstnicilor care pot să rămână la domiciliu, integrați în familiile lor, precum și a celor care trebuie îngrijiți în instituții speciale rezidențiale.

4. Facilități comunitare pentru familiile ce au în îngrijire vârstnici cu probleme sociale sau medicale.

Sarcinile instituțiilor sociale ce oferă servicii destinate populației vârstnice:

1. Îngrijirile trebuie să fie de tip „înterupt”, în sensul că aceste îngrijiri trebuie acordate sub aspectul procurării hranei, asigurării ajutorului în menaj, a ajutorului în autoîngrijirea zilnică, și nu preluarea în totalitate a sarcinilor persoanelor vârstnice.

2. Stimulente materiale pentru persoanele sau familiile care au obligația de a îngriji vârstnici la domiciliu.

3. Îngrijiri de tip „nursing”, realizate de cadre cu pregătire medie, ce se deplasează la domiciliul vârstnicului, asigurând asistență medicală și socială.

4. Integrarea vârstnicului în viața comunității și stimularea implicării lui.

Planificarea centrelor populate cu populație vârstnică. Impactul mediului asupra sănătății vârstnicilor este factorul care impune măsuri urbanistice adecvate nevoilor specifice ale acestor grupe de populație, pentru că:

1) îmbătrânirea populației necesită crearea unui mediu urban diferit de al tinerilor;

2) vârstnicii necesită un stil compact al mediului urban: distanțe scurte și sigure, nevoile socioeconomice ale vârstnicilor să poată fi satisfăcute în cartiere restrânse; spațiile publice trebuie să fie proiectate astfel încât accesul vârstnicilor la ele să fie facil; transportul public să permită independența vârstnicilor pentru a participa la viața comunității;

3) reglementări de trafic rutier adaptate specificului vârstnicului, pentru evitarea accidentelor.

La bătrânețe scade abilitatea funcțională și apar handicapuri, condiții patologice (tulburări de locomoție, incontinență urinară, demență senilă, scăderea auzului și văzului). De aceea, locuința bătrâ-

nilor trebuie să fie adaptată condițiilor lor și nevoilor mai mari de ajutor.

Locuința este vitală pentru sănătatea fizică și psihică a vârstnicilor, pentru că, petrecând mult timp acasă, o locuință adecvată nevoilor poate reduce asistența instituționalizată. Calitatea standardului de viață și sănătate a vârstnicilor este strâns legată de calitatea locuinței în care trăiesc. Situația locuințelor și politica locuințelor pentru vârstnici sunt domenii prioritare în sistematizare.

Există state în care locuințele pentru vârstnici sunt o problemă publică și s-au găsit diverse variante de rezolvare a acestor probleme. Se iau în considerație, în cadrul sistematizării, aspecte privind: poziția locuinței, proiectul, integrarea cu alte grupuri de vârstnici, accesul la asistență medicală și socială, alte servicii ca: zone de cumpărături, transport public, agrement.

Pentru realizarea acestor deziderate, **strategia legislativă** trebuie să fie dublă:

1. Măsuri legislative care să stabilească standarde definite de experți în probleme ca: balustradele, reperle scârilor și ascensoarele pentru uzul cărucioarelor și să permită timp suficient pentru acces;

2. Legislație privind dirijarea resurselor financiare pentru promovarea locuințelor corespunzătoare (având în vedere resursele financiare proprii reduse ale vârstnicilor).

Este important ca vârstnicul să fie informat asupra drepturilor legislative de care se bucură în acest domeniu.

Concluzii

1. Este cunoscut faptul că, dintre factorii psihosociali cu rol sanogenetic, armonia vieții de familie, generatoare de satisfacții și realizări, este unul dintre elementele-cheie ce influențează favorabil durata vieții.

2. Longevitatea, în forma ei activă, trebuie curățată; a ști să îmbătrânești este deopotrivă o știință și o artă, iar secretul acestei reușite este viața activă în mijlocul familiei.

3. În societatea contemporană, se înregistrează o tendință de creștere a numărului de familii compuse numai din soț, soție și copii și scăderea numărului de familii largite pe verticală sau orizontală, sau pe ambele sensuri, ce cuprind și vârstnici (părinții cuplului, bunicii și rudele în vârstă etc.).

Bibliografie

1. Duda Rene. *Gerontologie medico-socială*, Iași: Ed. Junimea, 1983, 185 p.
2. Enăchescu D., Marcu Gr. M. *Sănătate Publică și Management Sanitar*, colecția Medicinalis, București: Editura All, 1995, 320 p.

3. Duda Rene. *Sănătate Publică și Management*. Iași: Moldtip, 1996, 220 p.
4. Melnic B. *Omul. Geneza existenței umane*. Chișinău, 1998, 220 p.
5. Borzan Cristina Maria, Mocean Florea. *Sănătate Publică*, Cluj-Napoca: Ed. Medicală Universitară Iuliu Hațieganu, 2002, 274 p.

Prezentat la 02.07.2013

TRAUMATISMUL – PROBLEMĂ MEDICO-SOCIALĂ MAJORĂ PENTRU REPUBLICA MOLDOVA

Mihai MOROȘANU,

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Traumatism – important medical and social problem for the Republic of Moldova

The development of traumatism among the population of the Republic of Moldova is one of the important indicators of health, which appears frequently during the last 15 years. It is connected with elaboration and using of new productional technologies and it appears as usual characteristics of epidemy.

The problem of traumatism appears at the international level so we want to evaluate the level of this problem and possibilities of it's monitoring in the Republic of Moldova. Traumatism is the very important social – hygiene problem. The decision of this problem is connected with the Public Health improvement, with decreasing of the level of labor inability, invalidity, mortality, average longitude of life. The medical and social analysis of traumatism are done under the consideration of accidents gender and age particularities professions, character and localization of traumas, the place of medical care, consequences of traumas.

Keywords: *The reasons of traumatism, the epidemiological traumatism, medical and social analysis of traumatism, domestic traumatism, productional traumatism.*

Резюме

Травматизм – важная медико-социальная проблема для Республики Молдова

Распространение травматизма среди населения Республики Молдова остается одним из важнейших показателей здоровья и часто проявляется в последние 15 лет в связи с разработкой и внедрением новых промышленных технологий, принимая привычные характеристики эпидемии. Акцентуация проблемы травматизма на мировом уровне побудило нас провести оценку уровня распространения и возможности мониторинга данной проблемы в Республике Молдова.

Травматизм является важной социально-гигиенической проблемой, решение ее неразрывно связано с улучшением состояния здоровья населения, со снижением уровня временной нетрудоспособности, инвалидности, смертности, с увеличением средней продолжительности жизни. Медико-социальный анализ травматизма осуществляется с учетом: обстоятельств несчастных случаев; возрастно-половых особенностей, профессии; характера травм; локализации травм; места оказания медицинской помощи; последствий травм.

Ключевые слова: *причины травматизма, эпидемия травматизма, медико-социальный анализ травматизма, бытовой травматизм, производственный травматизм.*

Introducere. Răspândirea traumatismului în rândurile populației RM este unul dintre importanții indicatori de sănătate, care în ultimii 15 ani se manifestă cu rate sporite, odată cu dezvoltarea și implementarea noilor tehnologii industriale, habituale, agricole în viața cotidiană, preluând caracteristicile unei epidemii. Pe lângă factorii de risc ai cataclismelor naturale, în apariția și răspândirea traumelor printre populație unul dintre importanții factori de risc rămâne factorul uman.

Traumatismul provoacă pagube economice enorme pentru economia națională a țării. Printre cele mai răspândite cauze ale traumatismului putem menționa următoarele: tehnice, organizaționale, sanitaro-igienice, individual-comportamentale.

Conform unor date ale OMS, în ultimul deceniu, din cauza diferitelor traumatisme decedează anual până la 3,0 milioane de persoane.

Dacă în RM, în anul 2007, nivelul mortalității postraumatice constituia 16 persoane la 100000 populație, apoi către anul 2010 el a crescut până la 25 persoane la 100000 populație. Accentuarea problemei creșterii traumatismului la nivel mondial ne-a determinat să efectuăm o evaluare a nivelului de răspândire și de distribuție a traumatismului în RM.

Material și metode. Metodele de cercetare: *statistică, istorică, epidemiologică, demografică.* Forme de implementare – acte legislative și normative, standarde igienice comportamentale, recomandări metodice, comunicări științifice; publicații științifice la tematica elucidată.

Rezultate obținute. Au fost analizate datele morbidității, mortalității și invalidității prin traume pe parcursul anilor 2007-2010. Menționăm că în această perioadă incidența traumatismului urban este de 2,1 ori în anul 2011 și de 2,7 ori în anul 2010 mai mare decât incidența traumatismului rural (*figura 1*).

Analizând dinamica răspândirii morbidității prin traume pe parcursul anilor 2007-2011, putem menționa o distribuire neuniformă, fapt ce arată