

25. Last C.G., Hersen M., Kazdin A.C., Francis G., Grubb H. J. Psychiatry illness in the mothers of anxious children, Am J. Psychiatry, p.1-3, 1987. (<http://www.wpro.who.int>)
26. Meltzer H. et all., The mental health of children and adolescents in Britain. London Office for National statistics, 1999, p.1-3, (<http://www.wpro.who.int>)
27. Merikangas K.R., Weissman M.M., Prusoff B.A., John K., Assortative mating, social adjustment and course of illness in primary affective disorders: psychopathology in offspring. // Psychiatry, p.2-3, 1998. (<http://www.wpro.who.int>)
28. <http://2006informatia.ro>, Viitoarea generație de români grasă și mică de înălțime, 2006.
29. <http://buybye.wordpress.com>, 2008, Elena Beju, Starea de sănătate.
30. <http://www.swiss-paediatrics.org>, 2000, La situation nutritionelle des enfants en âge scolaire et place de l'alimentation dans les programmes scolaires en suisse, Bulletin de l'OFSO No.39.

## UNELE PARTICULARITĂȚI MEDICO-SOCIALE A POPULAȚIEI VÂRSTNICE, CA PROBLEMĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

**Adelina Celac**

IMSP Spitalul Raional Dondușeni, Școala de Management în Sănătate Publică

### **Summary**

#### ***Medicosocial particularities of aging population as a public health problem***

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.

### **Întroducere**

Actualitatea problemei. În Republica Moldova la începutul anului 2006 locuiau 475,2 mii persoane în vârstă de 60 ani și peste, din care mai mult de jumătate (61%) sunt femei. Două treimi din numărul total al persoanelor în etate locuiesc în mediu rural. În funcție de vârstă s-a stabilit că fiecare a patra persoană este în vârstă cuprinsă între 60-64 ani iar 11,6% sunt persoane care au mai mult de 80 ani. Îmbătrânirea populației este un fenomen ireversibil, comun tuturor țărilor.

#### ***Fenomenul este datorat:***

- creșterii numărului absolut al populației vârstnice și a ponderii ei în populația totală; scăderii natalității; creșterii speranței de viață;
- ritmului de creștere al acestei categorii, mai mare ca al populației generale (dacă în 1990 populația vârstnică reprezintă 4% din întreaga populație a țărilor în curs de dezvoltare și 12% în țările dezvoltate, pentru anul 2005, Organizația Națiunilor Unite previzionează că în țările dezvoltate ea va reprezenta 18% din populație, iar în anul 2020 – 22%).

Grupa de vârstă cu cel mai mare ritm de creștere este considerată cea de 80 de ani și peste. 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 astfel (după unii) începutul vârstei a III-a, atât pentru sexul feminin, cât și masculin.

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

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.

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 viața activă, în mijlocul familiei.

Starea de sănătate a populației de vârstă 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 epidemiologice și pe autoevaluarea sănătății. Autoevaluarea se bazează pe capacitatea individului de a-și evalua singur starea funcțională și raportul dependență/independență în legătură cu activitatea vieții zilnice.

O stare bună de sănătate, pe parcursul întregii vieți, este elementul determinat al unei bătrâneți sănătoase, satisfăcătoare.

Evoluția morbidității generale și specifice, precum și a morbidității la persoanele de vârstă a III-a sunt mult influențate de o serie de factori socio-economici ca: sărăcia, singurătatea, lipsa locuinței sau locuința improprie nevoilor specifice vârstei, dependența socio-financiară, lipsa afecțiunii din partea celor dragi, lipsa înțelegerii, toleranței, pierderea oricărui țel, a unui sens în viață, depresia, etc.

Consecințele fenomenului de îmbătrânire a populației pot fi:

*1. demografice:*

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

*2. medicale:*

- polimorbiditate;
- creșterea consumului medical (Organizația Mondială a Sănătății consideră că doar 10% din tineri au o afecțiune și doar 2% din vârstnici sunt sănătoși).

*3. sociale*

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

**Consecințele demografice cele mai marcante sunt:**

1. creșterea numărului persoanelor vârstnice, fără menținerea unui echilibru între celelalte grupe fiziologice de vârstă, generează dezechilibru, cu creșterea indicelui de dependență (numărul populației inactive – copii + vârstnici – este cu mult mai mare decât al populației adulte productive) ce are implicații de ordin psihosocial, demografic, economic, cultural etc.;
2. la nivelul populației, creșterea numărului familiilor fără copii și a celor constituite numai din persoane vârstnice sau chiar numai dintr-o singură persoană și aceea cu vârsta peste 70-80 ani, cresc consumul și nevoile de asistență socio-medicală.
3. scăderea natalității și a fertilității, creșterea numărului familiilor formate numai din persoane vârstnice, duce la depopularea unor zone, mai ales în mediul rural, cu alte implicații socio-economice.

**Consecințe medicale:**

1. tendința de supradiagnosticare a maladiilor duce la consum medical crescut;
2. polimorbiditatea apărută odată cu înaintarea în vârstă, cu agregarea mai multor afecțiuni la aceeași persoană, generează dependența și cheltuieli mari printr-un consum crescut de prestații medico-sociale;

3. serviciile medicale ambulatorii, dar mai ales spitalicești pentru vârstnici, la care se apelează des sunt foarte costisitoare, iar resursele financiare ale seniorilor sunt foarte modeste;
4. complexitatea afecțiunilor la vârstnic, precum și evoluția particulară a acestora la terapia administrativă, cresc numărul zilelor de spitalizare, a numărului de paturi ocupate de vârstnici, dar în prezența unei rețele de îngrijiri comunitare, seniorii ar putea continua tratamentul și recuperarea la domiciliu.

### **Consecințele sociale:**

Acestea decurg din pierderea autonomiei persoanei vârstnice, a posibilităților economice, financiare reduse și din instalarea unei incapacități funcționale, ceea ce necesită servicii sociale adecvate:

1. inexistența în comunitate a unor servicii medico-sociale în sistemul de sănătate, generează o serie de disfuncții care ar putea fi evitate prin organizarea unei rețele comunitare de îngrijiri la domiciliu a vârstnicilor, precum și organizarea unor echipe multidisciplinare, care ar permite evaluarea prealabilă a nevoilor în servicii medicale a persoanelor dependente de vârsta a III-a și orientarea acestora către acele servicii care să le satisfacă nevoile;
2. spitalele sunt puse adesea în situația de a găzdui cazuri care sunt de fapt cazuri pur sociale, dar pentru care nu există sprijin fin partea familiei sau a comunității, și care ocupă, mai mult sau mai puțin, paturile solicitate frecvent de urgențe medicale, nemaipunând în discuție cheltuielile suplimentare suportate de spital prin internarea acestei categorii de persoane;
3. îmbătrânirea populației crește cererea de asistență geriatrică, gerontologică și de alte specialități, cerute în domeniu;
4. pentru susținerea financiară, medicală, socială este necesar un cadru legislativ adaptat nevoilor vârstnicului și ocrotirii acestuia, cu stimularea rămânerii vârstnicului în propria locuință, încurajarea și stimularea familiilor pentru a-și îngriji vârstnicii în propria familie;
5. găsirea de resurse pentru adaptarea locuințelor persoanelor de vârsta a III-a la gradul și titlul de dependență instalat.

Populația vârstnică este mare consumatoare de prestații medicale, având și o vulnerabilitate crescută la stresul fizic și social.

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, terminând 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 gospodăria 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 dependență.

Organizația Națiunilor Unite stabilește următoarele limite cronologice pentru definirea vârstelor:

- adulți: 45-59 ani;
- persoane vârstnice: 60-64 ani;
- bătrâni: 65-90 ani;
- foarte bătrâni: > 90 ani.

Vârsta de 65 de ani poate fi considerată limita pentru persoanele vârstnice.

Există mai multe metode de măsurare a îmbătrânirii populației:

- determinarea ponderii populației vârstnice din totalul populației;
- vârsta medie a populației;
- raport populație vârstnică (număr) populație infantilă (număr copii);

- indice de dependență.

Aceste consecințe ale îmbătrânirii populației, impun gândirea și 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 socio-medicală, pentru persoane cu afecțiuni cronice dependente (cămin spital pentru bolnavi cronici sau unități pentru afecțiuni psihice). În țările Europei de vest, numai 20% din vârstnici sunt internați în acest tip de unități, restul sunt îngrijiți în familie sau la propriul lor domiciliu.
3. realizarea unor programe de screening pentru identificarea vârstnicilor, car 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 socio-medicale.

Sarcinile instituțiilor sociale ce oferă servicii destinate populației vârstnice sunt:

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 a aceste 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 socio-economice ale vârstnicilor să poată fi satisfăcută în cartiere restrânse; spațiile publice trebuie să fie astfel proiectate, 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.

În cadrul conceptului de Asistență Primară a Stării de Sănătate, oficialitățile sanitare, împreună cu asociațiile vârstnicilor, planificatorii urbani, autoritățile comunitare, ar trebui să lucreze împreună, pentru reînnoirea strategiilor urbane, cu referire specială la vârstnici, inclusiv măsuri legislative în acest sens.

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.

La bătrânețe scade abilitatea funcțională și apar handicapuri, condiții patologice (tulburări de locomoție, incontinență urinară, demență senilă, scăderea auzului și văzului). De aceea locuința bătrânilor trebuie să fie adaptată condițiilor lor și nevoilor mai mari de ajutor.

Există stare în care, locuințele pentru vârstnici sunt o problemă publică și s-au găsit diverse variante de rezolvare a acestor probleme. Se iau în considerare, în cadrul sistematizării, aspecte privind: poziția locuinței, proiectul, integrarea cu alte grupuri de vârstnici, accesibilitatea 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, reperetele scărilor 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).  
Important este că, vârstnicul să fie informat asupra drepturilor legislative de care se bucură în acest domeniu.

### **Concluzii**

1. Datele Organizației Mondiale a Sănătății confirmă că ponderea populației vârstnice este în continuă creștere, dacă în 1990 populația vârstnică constituia 4% din întreaga populație a țărilor în curs de dezvoltare și 12% în țările dezvoltate în anul 2005 a constituit 18% din populație, iar în anul 2020 – 22%.
2. 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 viața activă, în mijlocul familiei.
3. În societatea contemporană, se înregistrează o tendință de creștere a numărului de familii nucleare compuse numai din soț – soție și copii și scăderea numărului de familii lărgite pe verticală sau orizontală sau pe ambele sensuri, ce cuprind și vârstnici (părinți cuplului, bunicii și rudele în vârstă, etc.).
4. Evoluția morbidității generale și specifice, precum și a morbidității la persoanele de vârstă a III-a sunt mult influențate de o serie de factori socio-economici ca: sărăcia, singurătatea, lipsa locuinței sau locuința improprie nevoilor specifice vârstei, dependența socio-financiară, lipsa afecțiunii din partea celor dragi, lipsa înțelegerii, toleranței, pierderea oricărui țel, a unui sens în viață.

### **Bibliografie**

1. Borzan Cristina Maria, Mocean Florea. Sănătate Publică, Ediția Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România, 2002, 274 p.
2. Duda Rene. Gerontologie medico-socială, Ed. Junimea, Iași, România, 1983, 185 p.
3. Enăchescu D., Marcu Gr.M. Sănătate Publică și Management sanitar, colecția Medicinalis, Editura All, București, România, 1995, 320 p.
4. Melnic B. Omul. Geneza existenței umane // Chișinău, 1998, 220 p.
5. Duda Rene. Sănătate Publică și Management. Moldtip, Iași, România, 1996. 220 p.

## **UNELE VIZIUNI ASUPRA IMPLIMENTĂRII A UNUI PROGRAM DE SĂNĂTATE A LUCRĂTORILOR DIN SECTORUL AGRICOL AL RAIONULUI CĂLĂRAȘI**

**Nicolae Lupu**

Centrul Medicilor de Familie Calaraș, Școala de Management în Sănătate Publică

### **Summary**

#### ***Some visions regarding health program implementation for agricultur workers in Calarasi district***

Social problems such as poverty, unemployment and inadequate educational system have impeded and considerably reduced the State facilities for granting and respecting the Right to Health Protection.

Since the liquidation of kolkhozes, sovkhoses and reforms in Moldovan agriculture, as the so-called "Land Reform", a great number of population groups, such as independent farmers,