

Asociația “Pentru Demnitatea Umană” din Republica Moldova
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Ion Mereuță, Victor Bujor, Liuba Munteanu, Aurel Saulea



Demnitatea oamenilor bătrâni și asistența lor medico-socială

Chișinău, 2004

CZU 613.98:364.044.2(478)
D31

Autori:

Ion Mereuță, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, filozof, academician al Academiei „Noosfera” din Moscova, președintele Asociației “Pentru Demnitatea Umană” din Republica Moldova

Victor Bujor, membru al Consiliului Coordonator al Asociației “Pentru Demnitatea Umană”, președintele secției Hîncești a APDUM, consilier al Consiliului raional Hîncești

Liuba Munteanu, doctor în medicină, asistent universitar, membru al Asociației “Pentru Demnitatea Umană”

Aurel Saulea, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, membru al Consiliului Coordonator al Asociației “Pentru Demnitatea Umană”

Recenzenți:

Boris Melnic, doctor habilitat în fiziologie, profesor universitar, academician al AȘM

Dumitru Căldare, doctor habilitat în filozofie, profesor universitar, USM

Larisa Spinei, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, USMF “N. Testemițanu”

În lucrare se evidențiază problema demnității oamenilor bătrîni, a necesităților lor specifice. Paralel autorii elucidează performanțele științifice ale politicii medico-sociale de susținere a bătrînilor în diferite țări, analizînd unele particularități demografice. Esența lucrării constă în studierea actualității asistenței medico-sociale a bătrînilor din Republica Moldova și elaborarea unor aspecte conceptuale noi, a infrastructurii de asistență medico-socială a bătrînilor pentru optimizarea asistenței medico-sociale și elaborarea unui Program Național în această direcție.

Monografia este destinată medicilor specialiști, medicilor de familie, asistenților sociali, managerilor din sănătatea publică, liderilor ONG-urilor, etc.

Deducțiile științifice ale acestei lucrări pot servi ca bază în elaborarea unor legi și acte normative pentru optimizarea asistenței medico-sociale a bătrînilor și, evident, a demnității lor.

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Mereuță, Ion

Demnitatea oamenilor bătrîni și asistența lor medico-socială/Ion Mereuță, Victor Bujor, Liuba Munteanu, Aurel Saulea,; Asoc. “Pentru Demnitatea Umană”. Univ. de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”. - Ch.: Asoc. “Pentru Demnitatea Umană”, 2004 (Tipogr. “Elan-Poligraf”). - 114p.

Bibliogr. p. 103 (230 tit.)

ISBN 9975-9995-1-4

300 ex.

613.98:364.044.2(478)

© Ion Mereuță, Victor Bujor, Liuba Munteanu, Aurel Saulea, 2004.

CUPRINS

<i>Cuvînt înainte. Demnitatea, bătrîneța și calitatea vieții</i>	5
Capitolul I.	
Îmbătrînirea și problemele ei	
1.1. Particularitățile senescenței și calitatea vieții	13
1.2. Aspecte demografice ale senescenței	16
1.3. Aspecte de sănătate și morbiditate la vîrstnici	19
Capitolul II.	
Caracteristica stării sănătății populației vîrstnice în Republica Moldova	
2.1. Evoluția și structura stării sănătății populației vîrstnice după datele cercetării integrale	25
2.2. Evaluarea reabilitării, readaptării și a calității vieții bătrînilor	33
2.3. Necesitățile și problemele de sănătate ale vîrstnicilor	44
Capitolul III.	
Analiza și pronosticul internațional al asistenței medico-sociale a bătrînilor și argumentarea Conceptului de protecție și susținere a vîrstnicilor în R.Moldova	
3.1. Analiza asistenței medico-sociale în țările europene	57
3.2. Pronosticurile științifice ale dinamicii populației vîrstnice și ale finanțării programelor durabile de asistență medico-socială	64
3.3. Argumentarea Conceptului și a Proiectului „Programului Național de asistență medico-socială a bătrînilor în Republica Moldova”	67
3.4. Infrastructura medico-socială de susținere a bătrînilor	75
Capitolul IV.	
Metodologia de organizare a cercetării particularităților asistenței medico-sociale a vîrstnicilor	
4.1. Caracteristica generală a cercetării și proiectarea eșantionului	83
4.2. Caracteristica aspectelor cercetării medico-sociale	89
4.3. Analiza cercetării medico-organizatorice	90
Încheiere	93
Bibliografie	103

Lista abrevierilor

DUD - dezvoltarea umană durabilă
MS - Ministerul Sănătății
OMS - Organizația Mondială a Sănătății
ONU - Organizația Națiunilor Unite
RM - Republica Moldova
SA - securitate alimentară
SE - securitate economică
Sp - securitate personală
SP - securitate politică
SpS - securitate pentru sănătate
SS - securitate socială
UE - Uniunea Europeană
SOS - Sistemul Ocrotirii Sănătății
LV - longevitatea vieții
SDFLE - capacitatea severă față de longevitatea vieții
PIB - Produsul intern brut
PNG - Produsul Național Global
PIG - Produsul Intern Global
SUA - Statele Unite ale Americii
DK - Danemarca
POL - Polonia
NOR - Norvegia
FRA - Franța
JPN - Japonia
IT - Italia
BEL - Belgia
GER - Germania
CAN - Canada
UK - Ucraina
MD - Moldova
FIN - Finlanda
LUX - Luxemburg
POR - Portugalia
GRE - Grecia
AUS - Austria
MMPI - Menesota mintal profil individual
TSH - hormon somoto-tropic
F - femei
B - bărbați
IMAN - infarctul miocardic la vîrstnici
CFCS - coeficientul frecvenței de contopire a senzațiilor
VR - vremea reacției
INGGR - Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie din România
PNUD - Programele Națiunilor Unite pentru Dezvoltare
CpDOM - Centrul pentru Drepturile Omului din Moldova
SMSR – Spital medico-social rural

*Toate ființele umane se nasc libere
și egale în demnitate și în drepturi.
Ele sînt înzestrate cu rațiune și conștiință
și trebuie să se comporte unele față de altele
în spiritul fraternității*

(Din Declarația universală a drepturilor omului)

Cuvînt înainte

Demnitatea, bătrînețea și calitatea vieții

Demnitatea este caracteristică omului și popoarelor. Demnitatea umană este o măsură de apreciere între oameni. Fiecare om își dorește demnitate. Ea vine de la sine și desigur de la alți oameni. Este un proces de apreciere a individului ca om. Ea vine de la om și se reflectă la om. Schiller scria adresîndu-se oamenilor, că “demnitatea umană e în miinile voastre, păstrați-o! Ea coboară cu voi! Cu voi se va înălța! “Demnitatea umană trebuie să fie una pentru toți, Omul pentru Om trebuie să fie cu demnitate. Și însuși omul trebuie să fie demn pentru că e om. Demnitatea nu trebuie să depindă de culoare, sex, vîrstă, naționalitate, post, etc. Atît oamenii mari cît și cei mici trebuie să aibă, în opinia noastră, demnitate umană egală. Aprecierile lor ca specialiști pot să fie diferite, dar demnitatea trebuie să fie una. Desigur că sînt oameni mai buni și mai răi, care nu apreciază la justa valoare esența și demnitatea

omului. Voltaire spunea, că “N-avem de trăit decît două zile: nu face să le trecem tîrîndu-ne sub niște ticăloși, vrednici de dispreț”. Cel care disprețuiește alt om nu posedă demnitate umană deplină. Demnitatea este sau nu este deloc atribuită la oameni. Demnitatea omului nu trebuie să deprindă de îm-prejurări - de bogăție, de rudenii și chiar de noroc. Ea trebuie să persiste continuu între oameni. La Rochefoucauld spunea, că “Există o demnitate care nu atîrnă de noroc; este o anumită atitudine care ne distinge și care pare a ne destina pentru lucruri mari; este prețuirea pe care ne-o dăm singuri, fără a ne da seama; prin această calitate cîștigăm respectul celorlalți oameni și de obicei ea este aceea care ne pune deasupra lor mai mult decît nașterea, funcțiile și decît însuși meritul”.

Orice țel întotdeauna are un cost sau o demnitate, noi considerăm că costul exterior se poate aprecia în ceva material sau în bani, iar costul interior se numește demnitate. Cîteodată costul sau echivalentul interior este mult mai înalt ca prețul material. Și într-adevăr acolo unde nu este preț, unde nu este echivalent material, este demnitate. Această demnitate nu are un preț extern, dar are un preț intern. Acest preț intern este estimat de conștiință. Acest preț lă-untric are costul său, care se numește demnitate morală. Această demnitate morală este direct legată cu o anumită datorie, dar nu cu sentimentul datoriei. Sentimentul datoriei este altceva. Datoria însă este impunerea practică. Sentimentul datoriei însă este mai presus. El vine din convingere, din conștiință. Anume conștiința apreciază convingerea și acțiunea datoriei. Ea impune o lege a sa. Această lege este supremă și ea vine din dorință chiar indiferent de putință și de posibilități. Aici putem deduce că demnitatea nu este ceva echivalent cu un preț, și nu vine din interes material, dar din ideea demnității umane. Demnitatea umană nu se supune legilor, dar se supune legii sale conștiințioase. Demnitatea se poate referi la un alt om și la Eu-l său, adică eu sînt demn că sînt om și se referă și la alți oameni. Aici demnitatea este liberă. În cazul cînd se opune deciziei conștiințioasă - poate da naștere la vicii. Așa ca minciuna, zgîrcenia, sau împăcarea falsă. Toate aceste vicii se manifestă în relațiile cu alți oameni. În cazul acesta demnitatea dispăre. Fiecare om are un cost al său lăuntric neapreciabil și neestimabil în bani, în ceva material. Anume acest cost lă-untric numit demnitate îi obligă

pe alți oameni să-l stimeze pe om ca egal între oameni. Aceasta și face procesul de apre-ciere din punct de vedere a echității umane. Omul este egal cu alt om și ambii au aceeași demnitate - iată formula demnității umane. Este necesar să subliniem că demnitatea omului există sub mai multe aspecte - demnitatea familiei și dezvoltarea valorilor familiei, demnitatea copilului, adolescentului, studentului, femeii și a bărbatului și demnitatea națională. Referitor la demnitatea unui popor sau demnitatea națională sînt diferite reflexiuni sub diferite unghiuri de vedere. Nicidecum demnitatea națională, mîndria națională nu e legată de naționalism. Fiecare om și națiune are comorile sale naționale care îi apreciază identitatea. Toate acestea și apreciază demnitatea națională. Aceasta e legată de sentimentul național, de datinile strămoșești, de cultura trecută prin veacuri, de limba acestui neam etc. Eminescu scria, că "Naționalitatea trebuie să fie simțită cu inima și nu vorbită numai cu gura. Ceea ce se simte și se respectă adînc, se pronunță arareori". Demnitatea națională corelează direct cu iubirea față de neam, de popor, de plai, de pămînt natal. Fiecare popor trebuie să fie apreciat ca identitate națională și trebuie să fie stimat în lumea tuturor popoarelor. Stima și reciprocitatea sînt caracteristicile demnității naționale. Lezarea demnității unui popor duce la cataclisme sociale. Noi trebuie să ne apărăm demnitatea noastră națională, să fim oameni la noi acasă, cetățeni ai acestei țări, să nu ne trezim peste noapte vasali sau slugi. Procesele care au loc actualmente în Europa, lărgirea Uniunii Europene, se desfășoară cu înfăptuirea a două principii - unitate prin diversitate. Deci, fiecare țară, fiecare popor cu identitatea sa, cu demnitatea sa este primit în familia europeană. Acest proces va continua și va triumfa demnitatea atît națională, cît și cea umană.

Umanismul va fi principiul de bază al existenței noastre. Demnitatea poate fi atribuită omului, poporului. Ea poate fi privită sub diferite aspecte - a omului la general, a omului specialist - profesionist. De asemenea demnitatea poate fi privită și prin prisma drepturilor universale ale omului, a echității sociale, a unor procese sociale, de exemplu, procesul electoral, procesul judiciar etc.

Omul pentru a-și menține viața și calitatea ei la nivelul optimal are necesități diferite. Termenul de necesitate este ambiguu.

Necesitatea o putem defini drept o senzație de lipsă sau chiar de “rău”, care îndeamnă omul la efectuarea unor acte indispensabile satisfacerii nevoii unei necesități respective.

Larousse scria, “O nevoie satisfăcută antrenează o stare de bine, pentru că repune în echilibru, în raport cu organismul, o serie de funcții rămase temporar în suspensie”. Necesitatea este în mare măsură apreciată vital. Ea poate fi o manifestare a dorinței considerăm că dorința este o etapă superioară a necesității și apreciază alte calități ale vieții omului. Putem evidenția cinci categorii esențiale de necesități a omului plasate la diferite nivele conform importanței fiziologice a omului în socium. Despre aceasta a scris sub altă formă și sub alt unghi de vedere și Abraham Maslow. Necesitățile fiziologice apar la om – în a se hrăni, a mânca, a bea, a elimina, a respira, a dormi, a se odihni, a se mișca, a merge, a-și face igiena, a menține temperatura optimală, a menține și a fi sănătos, a nu avea suferințe, a râde, a plînge, a avea contacte fizice, a se înfîlîni cu alți oameni etc. Aceste necesități sunt fundamentale și apreciază aspectul biologic al omului. Ele asigură acel echilibru între om și mediul înconjurător – natura și socium – în fond apreciază viața. Dacă nu se respectă una din necesități se poate deregla echilibrul, apare alterarea sănătății. Iată iarăși un premorbid a patologiilor la nivel de individ. La o asociere a mai multor indivizi sau grup acest premorbid se reflectă și asupra societății.

Necesitățile de securitate a omului sunt de asemenea diferite – necesitate de securitate economică – siguranța omului în aspect financiar, să fie sigur că are suficiente resurse financiare pentru a viețui. Este una primordială. Dacă nu este asigurată această necesitate apar sociopatiile, depresiile, neurozele, etc. Această teamă de lipsuri este foarte pronunțată la toți oamenii în special la oamenii vîrșnici.

Necesitatea acestor principii și necesități se reflectă direct asupra stabilității atât emotive cît și fizice și pot produce premorbidul unei maladii.

Altă necesitate este necesitatea de securitate fizică. Ea reprezintă necesitatea omului de a simți în siguranță – în casa de locuit, la aer liber, în stradă, la primblare, în timpul lucrului. Necesitatea de a fi protejat, de a fi susținut și ajutat mai ales în

cazul infermității fizice. La această etapă de dezvoltare pe de o parte a societății și pe de altă parte a terorizmului local și celui internațional, induce frica la om și la apariția sociofobiilor.

Necesitatea de securitate psihologică include necesitatea a nu avea frică de singurătate, de boală, de viitor și chiar de moarte. Omul trebuie să cunoască că statul, autoadministrația locală, asociațiile, ONG-urile societatea în întregime îl v-a susține și nu v-a rămînea singur cu posibila nenorocire.

A treia grupă de necesități sunt necesitățile sociale. Omul nu poate trăi singur. El are nevoie de o relație, de comunicare. Sunt mai multe tipuri de necesități sociale. În primul rînd necesitatea de informație. Omul necesită, și viața o cere, de a fi informat despre lumea în care trăiește, despre ce se petrece în sat și oraș și în general în societate și pe mapa mond. Omul, reieșind din aspectele sale biosociale, are necesitatea de a se uni și a aparține la un grup social, la nivel civil, profesional, cultural etc. Dar aceasta se referă și la familie, prieteni sau cluburi, asociații, uniuni etc.

Altă necesitate este de afecțiune, care se manifestă prin necesitatea de a iubi și de a fi iubit. Este un aspect al sensului vieții omului cu respectivele consecințe.

Omul are nevoie de a se acredita în grup, de a se exprima și de a fi ascultat. Este o necesitate de a putea vorbi, a duce un dialog, de a-și spune opinia într-o problemă sau alta, a spune ce gîndește. Gîndirea însăși este o necesitate a Homo Sapiens. În acest caz cînd un om își expun părerea ceilalți trebuie să-i ofere acest drept la opinie și să-l asculte. În acest caz vom vorbi despre pluralismul cognitiv – voința de a asculta altă persoană și de a lua în considerație ideile și sugestiile lui. Societatea civilă trebuie să se dezvolte în această direcție. Dacă aceasta nu se întîmplă are loc polarizarea nu numai a ideilor dar și a oamenilor, poate da naștere premorbidului de extremitate. Acest aspect are o deosebită importanță și în pluralismul politic. Pluralismul cognitiv unit cu puterea trebuie să dea naștere la dialogul social.

A patra grupă de necesități sunt necesitățile de autonomie. Aici se referă necesitatea de libertate, necesitatea de a putea decide pentru E-ul pur, sie însuși, a-și hotărî soarta. De altfel, este un drept fundamental al omului. Adică este și necesitate și un drept al

individului. Omul și E-ul său pur poate fi concomitent dependent în plan fizic și autonom psihologic și vice-versa. Libertatea are locul său chiar și într-un grup, într-o colectivitate, într-o mișcare socială politică sau partid, în un ONG. Anume ea, libertatea chiar în condițiile formulei Eu+Noi, sau Eu+Voi, are posibilitatea de a-și regla lumea Eu –lui sau psihic, lumea sa, universul său. Necesitatea de libertate, de autonomie, cuprinde și starea omului de a se simți stimat și recunoscut, apreciat de cei din jur.

În sfârșit e necesar să vorbim de necesitatea de realizare sau necesitatea de a crea, de a fi util.

Deseori în societatea noastră o personalitate ajungând la un nivel profesional înalt și având forțe creative este înlăturat, stopat de la deciziile profesional utile. El este considerat inutil. În acest caz se dezvoltă sindromul inutilității profesionale – când personalitatea este la apogeul profesional iar autoritățile nu-i permit acest lucru din diferite motive. Necesitatea de realizare se atribuie și activitatea în familie, activitatea profesională, culturală, politică, desigur și dreptul de a avea pasiuni, de a crede în Dumnezeu etc. În cazul când aceste necesități nu se respectă, nu sunt satisfăcute apare starea de alterare a sănătății fizice și psihice – premorbidul patologiilor sociale.

Aceste necesități devin preponderente mai ales când are loc denaturarea Eu-lui fizic sau la bătrînețe. Și într-un caz și în altul sunt necesare pentru rezolvarea necesităților mai ales din prima grupă, îngrijirile paleative. La necesitățile expuse mai putem adăuga și necesitățile estetice – necesitatea de frumos, de bun, de agreabil etc. Anume simțul estetic se păstrează atât la cei cu dereglările Eu-lui fizic dar și la cei cu denaturarea Eu-lui psihic chiar cu dereglări cognitive. Aceasta este o particularitate a Eu-lui în procesul de dezvoltare individuală sau de ontogeneză. La această etapă se activează și necesitățile spirituale – înțelegerea sensului vieții trăite și chiar conștientizarea morții... Anume la acest nivel E-ul pur suportă suferințe, tulburări lăuntrice foarte puternice dacă au sentimentul de a nu percepe sensul vieții. Este o etapă a denaturării a Eu-lui fizic și conștientizarea lui E-ul moral, psihic dorește împlinirea lui după formula Eu + Voi mai ales Voi, cei apropiați... La oamenii în această perioadă apare și necesitatea de liniște. Anume în liniște

acest Eu fizic denaturat își găsește și liniștea Eu-lui moral. El, omul se regăsește pe el însuși, Omul, mai ales înainte de decesul auto-genic are și necesități religioase. Ruga la Dumnezeu prin prisma vieții trecute... El cere iertare...

În concluzie trebuie să menționăm că oamenii la început au necesități, simt necesarul apoi doresc și pîndesc folositorul. Ulterior își doresc comodul. La această etapă necesitatea se transformă în condiții extravagante pline de plăcere. Următoarea etapă este luxul. Aici apare iraționalul, nebunia, desfrîul și totul se termină cu risipire. Credem că aceasta este ciclul de la necesități la risipire în cazul cînd lipsește rațiunea și dacă apare această situație cu, mintea cea de pe urmă”, apare un alt ciclu, în diferite situații, combinații și ipostaze și viața iar continuă și cere rezolvarea necesităților...

Condițiile Reformării Sistemului de Sănătate și a Protecției Sociale din Republica Moldova, inconvenientele și problemele unor grupuri socialmente-vulnerabile ale populației, în special, asistența medico-socială a vîrstnicilor, ne obligă să căutăm noi forme organizatorice de protecție și susținere a acestei categorii de populație. Concepția Medicinii Publice în Republica Moldova (actualități și perspective), publicată la 7 noiembrie 1995, stipulează care grupuri ale populației trebuie să rămînă sub tutela statutului. Unul dintre acestea îl constituie persoanele de vîrsta a III-a. Problemele în cauză au fost elucidate de mai mulți savanți: E. Popușoi (1998), C. Ețco, D. Tîntiuc, V. Procopișin, I. Mereuță, O. Stratulat, A. Roșco, 1999; A. Saulea, 2000 și alții.

Dacă în țările industrial-dezvoltate, cu o infrastructură medico-socială bine organizată, vîrstnicii se află sub tutela statului, acesta asigurîndu-le o bătrînețe decentă, în spațiul ex-sovietic și unele state din Europa de Est situația mai urmează a fi ameliorată (Conferința din Budapesta, Ungaria, 1999). Pînă în prezent, în țările ex-sovietice nu s-au efectuat studii complexe referitoare la situația demografică, particularitățile de sănătate a populației vîrstnice și factorii ce condiționează patologia geriatrică, nu există programe universitare și postuniversitare de pregătire în domeniul gerontologiei și al geriatriei, ș.a. – factori ce ar asigura soluționarea problemelor readaptării și recuperării sănătății vîrstnicilor.

Populația de vîrsta a III-ia sau “bătrînii” constituie o categorie specifică a societății, care întrunește persoanele începînd cu 60-65 ani, pînă la deces.

În 1975 vîrsta a III-ia reprezenta pe glob 5,6% din populație, iar în 2000 — deja 6,3%. În Europa indicii sunt, respectiv, de 12,3% și 14,3%, ceea ce denotă îmbătrînirea populației europene. Între anii 1980 și 1991 numărul persoanelor avînd mai mult de 75 ani a crescut în toate țările Uniunii Europene, cota maximă fiind atinsă de cele din sudul Europei, unde s-a înregistrat o creștere de circa 30% (Politique sociale Europeene, Luxemburg, 1993).

La începutul anului 1998, în Republica Moldova au fost înregistrați circa 830.000 de bătrîni, de aceea, este necesară crearea infrastructurii medico-sociale de susținere a acestei categorii sociale de vîrsta.

Studiile efectuate în 1998 în mai multe țări, inclusiv Republica Moldova, au arătat că problema vîrstnicilor este actuală și reiese din mai multe considerente: legislația privind asistența medico-socială a bătrînilor rămîne incompletă și nefuncțională; politica medico-socială față de bătrîni nu este ajustată la nivel de stat și societate; lipsesc specialiștii în gerontologie și geriatrie; infrastructura medico-socială de susținere a bătrînilor nu este definitivată.

Pînă în prezent, legile și actele normative ce vin să reglementeze problemele medico-sociale ale acestei categorii impunătoare a populației nu funcționează pe deplin.

Anul 1999 a fost declarat de ONU drept anul persoanelor de vîrsta a III-a, fapt care dovedește că omenirea a conștientizat rolul bătrînilor în societate. Din acest motiv, este argumentat și absolut necesar ca și în țara noastră să fie implementată o strategie complexă de protecție a bătrînilor, care și-ar găsi materializarea prin elaborarea și adoptarea Programului Național de asistență medico-socială a bătrînilor în Republica Moldova.

Problema omului, a existenței și a supraviețuirii lui a devenit primordială în lumea contemporană, impunînd și creșterea lui în context — psihologic, psihofiziologic, pedagogic, biologic, medical, a dezvoltării umane durabile, a supraviețuirii etc. (Melnic B., 1998, 2000). Omul trebuie să devină problema priori-tară a societății, atît a filogenezei cît și a ontogenezei, sub toate aspectele sale.

Capitolul I.

Îmbătrânirea și problemele ei

1.1. Particularitățile senescenței și calitatea vieții

„Îmbătrânirea este singurul mijloc de a trăi mai mult”

Voltaire

Știința ce studiază toate aspectele îmbătrânirii (sanitar, sociologic, economic, comportamental, de mediu ș.a.) e definită ca gerontologie. Ea face apel aproape întotdeauna la mai multe discipline.

Geriatría este o ramură a gerontologiei și a medicinei ce se ocupă de sănătatea bătrînilor din toate aspectele — profilaxia, tratament, recuperare, supraveghere etc. (16, 130).

Unii cercetători definesc senescența drept un proces insidios, dar constant, ce urmează perioadei de maturitate și se produce diferențiat, în funcție de particularitățile individuale, precum și de ansamblul condițiilor de trai (23). Conform altor studii, acest proces poate fi caracterizat sub o formă generală prin patru aspecte fundamentale: a. Deteriorare și dezorganizare; b. Progresiv, potrivit unui model parametric exponențial; c. Mecanisme interne, deci intrinseci; d. Mecanisme universale, ce caracterizează toți membrii unei specii (16, 85, 229).

Procesul de îmbătrânire afectează toate nivelurile de organizare (elemente, subsisteme de diferite ordine, sisteme), de la molecule la modificările celulare (diferitele alterări ale metabolismului celular) și pînă la nivelul organelor.

Îmbătrânirea fiziologică e îmbătrânire normală, lentă dar continuă, asincronă, heterogenă și permite atingerea unei vîrste înaintate în condițiile dificultății de adaptabilitate. Îmbătrânirea patologică, similară stării de boală, presupune o dereglare rapidă, avansată și

are un decalaj între vârsta calendaristică și cea biologică. Practica medicală arată că îmbătrânirea fiziologică e o excepție, iar cea patologică e o regulă unde modificările involutive se intrică cu efectele maladiilor (126, 223).

La ora actuală nu există o teorie unică privind procesul de îmbătrânire (23).

C. Bogdan (16) relatează teoriile de bază ale sinescenței:

1. Teoria “catastrofelor prin acumulare de erori”, propusă de Orgel în 1963, care ia în considerare producerea și apoi acumularea progresivă de proteine alterate, ca un rezultat al erorilor survenite în cursul transcripțiilor și traducerilor (la nivel de ADN și ARN) ce asigură proteino-sinteza celulară.

2. Teoria “proteinelor degradate”, în care se ia în considerare apariția continuă a unor proteine alterate după sinteza lor (post traducere — deci, după “fabricarea” lor — prin alte procese endocelulare).

3. Teoria degradării și reparării ADN-ului, despre care se cunoaște că este factorul prim al biosintezei proteice.

4. Teoria „radicalilor liberi” propusă de Harman, care constituie un mecanism endocelular ce alterează genele ADN și cele proteice, proces specific mai ales mamiferelor, pentru care oxigenul are un rol deosebit.

5. Teoria sistemelor și cea a fiabilității elaborată de Bălăceanu-Stolnici și Angel.

6. Teoria pace-makerilor: a) rolul ficatului, b) rolul țesutului colagenos, c) rolul sistemului imunologic, d) dintre toate sistemele ce pot fi considerate *pace-makeri* ai îmbătrânirii, cel mai de seamă este incontestabil cel neuroendocrin. Acest sistem are și particularitatea că neuronii sunt celule postmitotice, deci nu se divid și au vârsta organismului.

Din integritatea mecanismelor citate, rezultă procesul de îmbătrânire (8, 23, 114, 126, 203).

Potrivit studiilor recente, din punct de vedere celular se disting două forme de îmbătrânire: una mitotică, ce afectează țesuturile ale căror celule se succed generații după generații și una postmitotică, în care celulele nu se divid (neuroni, celule miocardice) și suportă acțiunea timpului, îmbătrânind odată cu întreg organismul (204).

Medicina (implicit geriatra) se confruntă cu două probleme: a) să împiedice sau să frâneze apoptoză în afecțiunile în care există un exces de apoptoză, ca în bolile degenerative neuronale sau retiniene; b) să dezinhibe procesul de moarte programată în afecțiunile în care apoptoză este blocată și asistăm la instalarea unor boli proliferative. Rezolvarea acestor probleme va determina o profundă remaniere a geriatriei practice.

Viața bătrînului, activitatea lui, posibil profesională, dar primordial habituală, este indispensabilă de problema „calității vieții”, care este determinată nu numai de boală etc., dar și de suferința sufletească greu recuperabilă, discomfortul psiho-emoțional, readaptarea redusă, în special socială (51, 118).

Unii autori definesc noțiunea de „calitate a vieții” ca nivel de bunăstare reală și percepută în raport cu nivelul ideal sau dorit al unei condiții specifice (13, 29, 85, 229). Potrivit altor opinii, calitatea vieții este determinată de cîțiva factori de bază: individual, de populație, economic și de mediu înconjurător (13, 112). În anumite lucrări sunt descrise tehnici de reprezentare a nivelurilor calității vieții, care permit să se programeze modalități de intervenție mai adecvată pentru îmbunătățirea acestora: Gradația Karnafschy și Burchenal; Scorul liniar de autoapreciere; Indicele „Calității Vieții”; Chestionarul de probleme de sănătate; Scorul de psihoadaptare somatică la starea de boală; Scorul de evaluare a agitației și depresiei (16, 85).

Pentru oamenii bătrîni, vîrstnici și longevivi noi propunem corelarea dintre nivelurile calității vieții și gradul readaptării psihofuncționale (I. Mereuță, A. Saulea, L. Munteanu).

Conferința internațională ONU cu privire la dezvoltarea socială (1995, Copenhaga) a recomandat includerea concepției securității oamenilor în lista problemelor prioritare ale secolului XXI. Aceasta întrunește șase principii: securitatea economică; securitatea alimentară; securitatea sănătății, inclusiv ecologică; securitatea personală; securitatea socială; securitatea politică. Realizarea tuturor acestor principii ar permite asigurarea unei bătrîneți decente (94, 95, 110, 118).

1.2. Aspecte demografice ale senescenței

Cunoașterea îmbătrînirii ca proces bio-psiho-social își are originile în urmă cu mai bine de doua milenii, dovadă fiind scrierile filozofilor și medicilor din antichitate care impresionează prin bogăția de idei, gradul de sinteză a faptelor și recomandările pentru menținerea sănătății și prelungirea duratei de viață (54, 136).

Prin *îmbătrânire demografică* se înțelege creșterea relativă a populației vîrstnice de 60 sau 65 de ani și mai mult în totalul unei populații date ca un proces ferm și de lungă durată (7).

Într-un studiu din anul 1989 despre îmbătrînirea populațiilor și sănătate, autorii arată că „nu numai proporția persoanelor vîrstnice crește, dar aceste persoane, ele însele, înaintează în vîrstă”. Actualmente, pe glob, marii bătrîni dețin o pondere de 14% din totalul persoanelor de vîrstă a III-a (111), iar în țările Comunității Europene, în 1991, 12 din cele 68 de milioane de persoane avînd vîrsta de 60 de ani și mai mult, adică unul din cinci, aveau peste 80 de ani (60). Astfel, procesul de îmbătrînire demografică are un caracter ce tinde să devină universal.

Numeroasele studii consacrate problemei îmbătrînirii demografice au relevat o serie de caracteristici generale și specifice acestui fenomen: *caracterul obiectiv și complex*, fenomenul *ferm și de lungă durată*, *actualitatea și perspectiva* problemei. Îmbătrînirea demografică se află într-o corelație strînsă cu factorii de ordin demografic, economic, social, cultural, geografic, teritorial, precum și cu cei de mediu fizic, nutrițional, cutumiar, religios, mod de viață etc. (3).

Acest proces, potrivit cercetătorilor, nu se manifestă uniform pe cele două sexe, el fiind mai accentuat în rîndul populației feminine comparativ cu cea masculină. Fenomenul este mai intens în cadrul localităților rurale în raport cu cele urbane. Importante diferențieri se constată și între diferitele regiuni sau provincii geo-istorice ori geo-economice, precum și la nivel teritorial-administrativ. (4, 18).

Și factorii nutriționali, condițiile de viață și de muncă specifice, diferitele tradiții și obiceiuri, apartenența la diferite confesiuni religioase pot favoriza sau, dimpotrivă, pot defavoriza procesul de îmbătrînire a grupurilor umane (129).

Procesul de îmbătrânire demografică și consecințele sale au făcut obiectul unor interesante studii și analize întreprinse de ONU care, în 1982 a organizat și prima Conferință Mondială asupra îmbătrânirii. De menționat rolul publicațiilor forului internațional pe linia asigurării unor statistici cât mai complete cu privire la structura demografică pe vârste, pentru aproape toate țările lumii, și, de asemenea, preocupările sale din ultimul timp pe linia întocmirii de proiectări demografice detaliate, revizuite periodic, în funcție de noile tendințe ale evoluției demografice specifice fiecărei țări. Anuarul Demografic ONU pe 1993 a fost consacrat procesului de îmbătrânire a populației, fapt ce atestă acuitatea problemei la nivel mondial (22, 116, 129).

După M. Balaci, prima încercare de sistematizare a noțiunilor și conceptelor de bază cu care operează gerontologia socială datează din 1965 și aparține sociologului american Clark Tibbitts. Până la apariția acestei lucrări de referință fuseseră întocmite și publicate numeroase articole și cercetări în aproape toate țările din Europa Occidentală, precum și în SUA. Printe fondatorii gerontologiei sociale, autorul îi menționează pe Fr. Bourliere, J. A. Huet, J. Flesch în Franța;

R. J. Von Zouneveld în Olanda; F. Antonini, M. Perez, G. Scardigli în Italia; E. Cheraskin în SUA; R. Schubert în Germania; F. D. Chebotarev în fosta URSS; N. Hun, E. Beregi în Ungaria; G. Stoinev, S. Vizev în Bulgaria etc. (6).

Afirmat inițial în țările industrializate din Europa de Vest, care au parcurs mai de timpuriu etapa tranziției demografice, procesul de îmbătrânire demografică a cuprins, în etapa postbelică, noi țări, între care cele din Europa centrală și de răsărit, precum și state aparținând altor continente: SUA, Canada, Australia, Japonia, Israel, fosta URSS ș.a. (111, 136). În general, după cel de-al doilea război mondial, numărul și proporția persoanelor vîrstnice care au atins sau au depășit vârsta de 60 de ani, în totalul populației mondiale, a sporit progresiv (22, 207).

Conform datelor furnizate de ONU (60, 129), numărul absolut al populației de vîrsta a treia, care trăiește astăzi pe glob, a atins cifra de peste 500 de milioane, comparativ cu numai 200 de milioane în 1950 și mai puțin de 100 de milioane înainte de cea de-a doua conflagrație mondială .

Potrivit aceluiași surse, în anul 2025 numărul persoanelor vîrstnice pe glob va fi de 1 miliard, adică mai mult de 14% din totalul populației mondiale. Această creștere se va realiza atît în țările dezvoltate economic, unde nivelul indicilor de îmbătrînire demografică va evolua, între 1990-2025, de la 16,8% la 23,6%, cît și în cele în curs de dezvoltare, unde ponderea populației vîrstnice va spori de la 6,7% la 11,9%. Creșterea populației vîrstnice este estimată la un ritm mediu anual de 2,9%, net superior față de cel al populației totale, care va fi de numai 1,1% (150).

În multe țări, îmbătrînirea demografică și problemele acesteia sunt cercetate în cadrul unor instituții specializate, inclusiv numeroase organisme internaționale ca OMS, FAO, UNESCO, BIT, BM. Numeroase alte organisme regionale urmăresc aceste probleme: la nivelul continentului european există Consiliul Europei cu sediul la Strasbourg (Franța) și Eurostat cu sediul la Luxemburg (147).

Date fiind amploarea și perspectivele îmbătrînirii demografice în lume, ONU a proclamat anul 1982 ca „An internațional al Vîrstnicului” și a organizat în vara aceluiași an, la Viena, prima „Adunare mondială asupra îmbătrînirii”. Cu acest prilej a fost lansat „Planul internațional de acțiune asupra îmbătrînirii”, care conține recomandări referitoare la măsurile de ordin economic și medico-social ce trebuie întreprinse în favoarea grupurilor de populație vîrstnică. Problema populației vîrstnice, prin ponderea pe care a căpătat-o, a devenit în unele țări elementul cel mai important în politica socială a guvernelor (67, 73).

Potrivit unor autori, majoritatea populației în vîrstă va fi constituită din femei. Diferența populației după criteriile de gen în structura longevității pot influența condițiile de trai, venitul, sistemul de sănătate și alte structuri de susținere (60, 66, 150).

În contextul Planului Internațional privind problemele senescentei sunt tratate atît problemele îmbătrînirii persoanelor aparte, cît și ale îmbătrînirii populației în general (82, 129). Deocamdată, însă, în majoritatea țărilor în curs de dezvoltare tendința către îmbătrînirea societății nu a devenit atît de evidentă, motiv din care nu atrage atenția organelor de directivă și planificare (109, 116, 136).

În conformitate cu pronosticul ONU, în acest domeniu se preconizează:

a) o majorare a numărului persoanelor mai în vîrstă de 60 ani, în special, pe segmentul populației de peste 80 de ani.

b) în majoritatea țărilor, această majorare va fi mai evidentă în primele decenii ale secolului XXI.

c) partea cea mai numeroasă în această categorie de vîrstă o vor constitui femeile.

Din acest motiv, problema senescentei populației – cu consecințele sale pentru dezvoltarea generală la nivel național și asigurarea socio-economică a persoanelor în vîrstă – constituie o problemă care, în viitorul apropiat, va figura pe agendele tuturor guvernelor lumii.

1.3. Aspecte de sănătate și morbiditate la vîrstnici

Noțiunea de morbiditate a persoanelor vîrstnice include toată complexitatea problemelor de sănătate caracteristice vîrstei a III-a.

Conform datelor statistice recente, rata morbidității la vîrstnici este cu 44,8% mai ridicată decît la persoanele de vîrstă medie (de 1,5—2 ori mai mare). Structura morbidității pentru persoanele vîrstnice este ierarhizată în felul următor: patologii cardiovasculare, nozologiile sistemului nervos și a organelor de simț, patologii sistemului respirator, patologii sistemului digestiv, patologii sistemului muscular-osos, patologii sistemului endocrin, procesele tumorale (16, 62, 114).

Patologia cardio-vasculară, urmată de cea neuro-psihică, dețin ponderea cea mai importantă a geromorbidității (40, 180).

Unele studii au urmărit incidența IMAV. Astfel, cercetătorii americani au estimat că 32% de vîrstnici sunt asistați în unități coronariene cu IMAV, iar cei italieni — 27% (16). Alți autori dau următoarele repartiții a infarctelor de miocard în funcție de vîrstă: 30% pînă la 50 de ani, 40% între 50 și 60 de ani, 25% între 60 și 70 de ani și 5% după 70 de ani (85).

Hipertensiunea arterială este una din cele mai frecvente patologii cronice ale vîrstei a III-a, incidența acesteia în țările industrializate fiind de 10 — 20%. Conform datelor epidemiologice

efectuate în SUA, 32% din bărbați și 46% din femei cu vîrstă între 65 și 79 de ani au presiune sistolică mai ridicată de 160mmHG; din aceștia 72% bărbați și 79% femei au presiune diastolică interioară valorii de 100mmHg, ceea ce sugerează o particularitate a hipertensiunii pe care o dezvoltă vîrstnicul – tendința de creștere odată cu înaintarea în vîrstă, mai ales a presiunii sistolice (229).

Conform studiilor serviciilor de geriatrie din SUA, tromboembolismul pulmonar se întîlnește în 1,88% din cazurile internate, iar frecvența tromboemboliei în cadrul deceselor e de 19%, incidența maximală fiind în grupele de vîrstă de 71 — 80 de ani (217).

Un studiu efectuat pe un grup populațional în vîrstă de 70 de ani arată că îmbolnăvirile psihice constituie 15,9%, tulburările neurotice – 47,6, psihozele funcționale – 21,5%, psihozele organice – 27,7% (16, 91). Alte cercetări au stabilit că incidența psihozelor funcționale este de 60%, a psihozelor organice – 30%, iar a stărilor confuzionale acute – 81% (55, 80).

Tulburările de somn sunt simptome practic indispensabile de procesul de senescență și constituie 20% (34).

Depresiile tardive sunt considerate cele mai frecvente afecțiuni psihice întîlnite la populația vîrstnică, incidența lor fiind de 8—10%. După 75 de ani, acestea sunt mai frecvente la bărbați decît la femei (35). Unii autori prezintă o incidență mai înaltă de 25—30% (66, 90).

Sinuciderile la persoanele în etate, ca o manifestare a gravității depresiilor, reprezintă 25 — 30% din totalul sinuciderilor. În determinismul suicidului neadaptarea la îmbătrînire (depresia de involuție) deține o pondere de 25%.

Stările confuzionale acute ale vîrstnicului au fost estimate ca avînd o incidență de 5 — 10% în mediu psihiatric, de 30 — 50% în spitalele de geriatrie, de 10 — 15% la persoanele de peste 65 de ani în perioada post-operatorie în spitalele de chirurgie generală (34, 121).

Demențele constituie o incidență semnificativă de 5 — 7% din populația în vîrstă de peste 65 de ani ajungînd pînă la 20% din populația de peste 80 de ani.

Epilepsia idiopatică nu debutează în general în cursul vîrstei a III-ia, pe cînd epilepsia posttraumatică este frecventă la vîrstnici,

specialiștii estimînd-o la 16%. Epilepsiile de origine tumorală constituie 40%, iar cele de origine vasculară – 27% din totalul epilepsiilor tardive (34).

Incidența cataractei (potrivit unei statistici a Universității Duke) este de 9% în decada a 7-a, de 18% în decada a 8-a și de 38% și mai mult în decada a 9-a. Din toate cazurile de cataractă, 90% sunt senile, restul fiind congenitale, juvenile sau secundare (infecții, traume, etc.). O altă afecțiune oculară, mult mai gravă, care poate duce la o pierdere lent-progresivă a vederii, este glaucomul cronic, a cărui incidență începînd de la 65 de ani este de 5—13% (6).

Patologia aparatului digestiv la vîrstnici are următoarele particularități: diverticuli esofagieni cu incidență de 5%; refluxul gastro-esofagian, gastroduodenitele (23,2%), ulcerele duodenale (6,21%); ischemiile digestive (cel mai des întîlnite: infarctul mezenteric, ischemia intestinală cronică, colopatia ischemică); patologia biliară: colecisto-colangitele (23%), litiaza biliară (8—25%, peste 60 de ani și 40%, peste 80 de ani); patologia inflamatorie a peritoneului: apendicita acută (1—2%); incontinența anală (66% la vîrstnicii spitalizați pe durată lungă) (114, 156, 201).

Conform studiilor de specialitate, la vîrstnici predomină tumorile maligne cu următoarele localizări: cancerul pulmonar (locul 1), cancerul pielii (locul 2), cancerul stomacului (trece treptat pe locul 4). În ultimele decenii se observă o creștere a incidenței și prevalenței cancerului mamar la femeile vîrstnice. Cancerul colonului se situează pe locul 5.

În grupul de vîrstă de la 60—68 ani predomină cancerul pulmonar (13%), al pielii (10,1%), al stomacului (10,5%), al colonului (7%), al sînului (8,8%), al rectului (7,5%), hemoblaslozele (3,5%).

În grupul de vîrstă 70—74 ani predomină cancerul pielii (22,6%), pulmonar (10,3%), gastric (10,3%), rectal (8,2%), al prostatei (6,3%).

În grupul de vîrstă mai mare de 75 de ani predomină cancerul pielii (38,1%), al stomacului (10,3%), al colonului (7,1%), al rectului (6,3%), pulmonar (6,3%), al prostatei (6,3%) (29).

Artrozele deformante cronice ocupă 25,7% din totalitatea patologiilor osteo-musculare la vîrstnici. S-a constatat că 80% din populația de peste 60 de ani suferă de osteoartroze, restul de 20% avînd unele simptome ale acestei boli (156).

Diabetul zaharat este o boală predominantă a sistemului endocrin (constituie 72,9% din totalitatea patologiilor endocrine) la vîrstnici. Statisticile diferitor autori indică o incidență între 4 și 10% la populația de peste 65 de ani (16, 156).

La reprezentanții vîrstei a treia, 95% din cazurile de diabet sunt de tip II (insulino-independente). Dintre acestea, 80% sunt însoțite de obezitate (tip IIb) și numai 20% sunt de tip IIa (fără supraponderalitate). Cele 5% din cazurile de tip I (insulinodependente) sunt în general cazuri în care diabetul a început în perioada adultă (de obicei, înainte de 30 de ani) (16).

După U. Axelsen, incontinența urinară se întîlnește la 5—15% din persoanele de peste 65 ani care trăiesc acasă, ajunge la 50% din subiecții bătrîni spitalizați și depășește acest procent la bătrîni din aziluri. Incontinența anală este mai penibilă decît cea urinară, dar este foarte rară, în special, după traumatisme accidentale a perineului, în cursul accidentelor vasculare cerebrale, în cazul atoniilor sfincteriene (5, 9).

Cea mai frecventă afecțiune prostatică este adenomul benign, care se întîlnește la 50% din persoanele de peste 60 de ani și la 80% din cei de peste 80 de ani (16).

Dintre bolile de sînge, anemiile sunt cel mai mult tratate din perspectivă geriatrică. După datele OMS frecvența anemiilor la populația de peste 65 de ani este de circa 10%. Tipurile mixte de anemii totalizează o proporție de pînă la 30% din ansamblul anemiilor vîrstnicului.

Dintre bolile seriei albe, leucemia limfatică cronică afectează în special persoanele vîrstnice, fiind cea mai frecventă leucoză întîlnită la bătrîni (90% la persoanele de peste 50 de ani, vîrsta medie a pacienților fiind de 60 de ani; 15% din pacienți au peste 75 ani).

Gammapatia monoclonală benignă însumează 14,4% din totalul gammapatiilor, vîrsta medie fiind de 66 de ani, cu 3% frecvență după 70 de ani.

În ultimele decenii se observă o regresivitate a endemiei tuberculozei la tineri și copii, pe cînd la adulți valorile se mențin și sunt în creștere de la 23% la 45,7%. În general, la vîrsta a treia este vorba de o reactivare a procesului vechi și foarte rar de o primă infecție (16).

Reumatismul este o patologie ce afectează populația vîrstnică de șase ori mai mult (49,5%) decît pe cea adultă (8,86%) și este mai frecventă la femei (64,4%). Incidența ei crește odată cu vîrsta: la grupul 50—59 de ani este de 42,9%, la cel de 70—79 ani este de 58%, pentru ca la grupul de 90 de ani și mai mult să atingă 60,5%. Aceste date justifică calificarea ei drept o afecțiune geriatrică (156).

Unul din cele mai frecvente simptome acuzat de vîrstnici este cefaleea, cu diferitele ei aspecte, avînd o incidență de 64% la populația din grupul de 55—64 de ani, dintre care 70% femei și 60% bărbați, și o incidență în descreștere după

70 de ani, manifestîndu-se la 73% femei și 40% bărbați. Mai frecvent se întîlnește la vîrstnicii din orașe. Din toate cazurile de migrenă tardivă 2% încep după vîrsta de 65 de ani, iar după 70 de ani aceasta se întîlnește la 5% femei și 2% bărbați. Cefaleea de spasme se întîlnește în 27% din cazuri la vîrstnici, pe cînd la alte categorii de vîrsta numai în 20% din cazuri (172).

Rolul primordial în soluționarea problemelor de sănătate și ale necesităților vîrstnicilor revine procesului complex de reabilitare geriatrică.

Reabilitarea geriatrică este un compartiment al reabilitării orientat spre menținerea, păstrarea și restabilirea proceselor funcționale ale vîrstnicilor și tinde spre independența persoanei, îmbunătățirea nivelului de trai și stabilitatea emotivă (47, 104).

În reabilitarea geriatrică nu este admisă separarea aspectelor procesului de reabilitare — medical, psihologic, social etc. — motiv din care a fost introdus termenul de apreciere geriatrică multilaterală: compartimentele vieții vîrstnicului, problemele și metodele de rezolvare a lor, necesitățile pentru diverse servicii geriatrice, stabilirea resurselor, aprecierea finanțării activității (72).

Reabilitarea gerontologică include trei sfere: diagnosticarea, intervenția, rezultatele.

Diagnosticarea cuprinde informația despre problemele medico-sociale ale vîrstnicului și aportul familiei și al comunității la soluționarea lor.

Intervenția constă din: 1. informarea bătrînilor despre procesele de senescență, despre tipurile de susținere a vîrstnicilor etc.; 2. propagarea modului sănătos de viață, alimentație corectă;

3. ameliorarea suferințelor bătrînilor; 4. acțiunea asupra factorilor sociali, economici și politici negativi, ce influențează vîrstnicul; 5. recomandări despre autoajutor.

Rezultatele reabilitării vîrstnicilor reprezintă dirijarea proceselor de senescentă ce se petrec în organism și integrarea bătrînului în socium (59, 98).

Conform datelor OMS scopurile reabilitării geriatrice sunt:

Reactivitatea — antrenarea activă a bătrînului în mediul său;

Resocializarea — reînnoirea și întărirea comunicării bătrînului în familie și societate, evitînd izolarea;

Reintegrarea — participarea activă și adecvată a bătrînului în viața socială, culturală, politică, economică etc. (96, 99).

Direcțiile esențiale ale reabilitării geriatrice sunt: medicală; îngrijirea gerontologică; socială; de instruire; economică; profesională (95).

Nu o dată s-a afirmat că, de regulă, singurul tovarăș al bătrînului este... singurătatea. De aceea, o persoană care nu manifestă simpatie și înțelegere fața de bătrîni, care nu manifestă răbdare, calm și blîndețe, nu trebuie să facă parte dintr-o echipă geriatică; pe lîngă faptul că nu-i este de ajutor vîrstnicului, lipsa de vocație poate fi chiar nocivă (95). Medicul ce se consacră îngrijirii sănătății vîrstnicului trebuie, înainte de toate, să stăpînească arta distincției normalului de patologic, să aibă cunoștințe temeinice de fiziologie a îmbătrînirii și de patologie a bătrîneții (15).

Cele expuse denotă că problema senescentei, a îmbătrînirii gerontologice și a asistenței medico-sociale a bătrînilor este actuală și necesită rezolvare.

Problemele și aspectele examinate ne orientează spre studierea și argumentarea științifică a unor căi de soluționare a acestor probleme în condițiile actuale de tranziție a economiei țării la relațiile de piață. Atît statul, cît și generațiile noi, sunt obligate să asigure oamenilor de vîrsta a III-a o bătrînețe liniștită și decentă.

Metodologia și procedeele de studiu a acestor aspecte vor fi expuse în următorul capitol.

Capitolul II.

Caracteristica stării sănătății populației vîrstnice în Republica Moldova

2.1. Evoluția și structura stării sănătății populației vîrstnice după datele cercetării integrale

În perioada anilor 1988—2002 prin realizarea unei cercetări integrale a fost studiată ponderea populației vîrstnice în Republica Moldova.

Pe parcursul ultimului deceniu în Republica s-a înregistrat o tendință progresivă stabilă de creștere a numărului populației vîrstnice. Astfel, ponderea populației vîrstnice pe parcursul anilor 1989—2002 s-a mărit cu 1,14% cifrînd la începutul anului 2002 la 503.306 (13,8%) vîrstnici (fig.1).

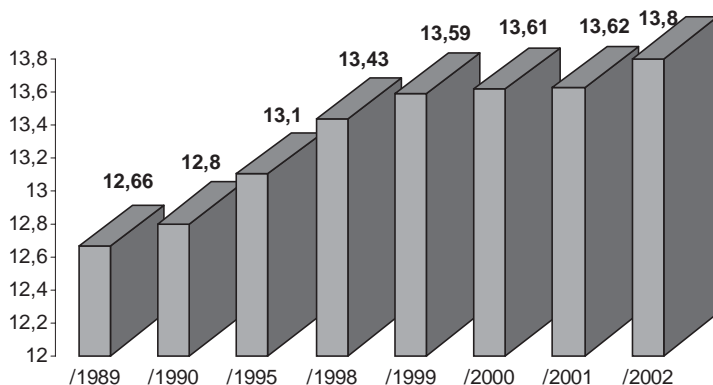


Figura 1. Ponderea populației vîrstnice în RM (1989—2002)

Analiza evolutivă a ponderii vîrstnicilor în funcție de sex și mediu în perioada anilor 1989—2002 a demonstrat o creștere stabilă a fenomenului discutat.

Cota femeilor vîrstnice a scăzut neînsemnat cu 0,7% (de la 61,4% în 1989 la 60,7% în 2001), ponderea bărbaților a crescut cu 0,7% (de la 38,6% în 1989 la 39,3% în 2001).

Ponderea populației vîrstnice rurale s-a mărit cu 3,1% (de la 63,3% în 1989 pînă la 66,3% în 2001). În același timp, în localitățile urbane s-a înregistrat o scădere cu 3,1% (de la 36,8% în 1989 pînă la 33,7% în 2001).

Tabelul 1

Clasificarea județelor Republicii Moldova după nivelul coeficientului de îmbătrînire (1999—2001)

Nr. d/o	Nivelul, %	Județele
1999		
1.	Foarte scăzut 10,2—12,14	m. Chișinău, j. Chișinău, Cahul, Tighina, UTA Găgăuzia
2.	Scăzut 12,15—14,08	Orhei, Lăpușna, Taraclia
3.	Mediu 14,09—16,02	Bălți, Ungheni
4.	Înalt 16,03—17,96	Soroca
5.	Foarte înalt 17,97—19,9	Edineț
2000		
1.	Foarte scăzut 10,3—12,23	m. Chișinău, j. Chișinău, Cahul
2.	Scăzut 12,24—14,16	Lăpușna, Taraclia, Tighina, UTA Găgăuzia
3.	Mediu 14,17—16,09	Orhei, Bălți, Ungheni
4.	Înalt 16,10—18,02	Soroca
5.	Foarte înalt 18,03—19,95	Edineț
2001		
1.	Foarte scăzut 10,5—12,39	m. Chișinău
2.	Scăzut 12,40—14,28	UTA Găgăuzia, j. Chișinău, Orhei, Lăpușna, Taraclia, Tighina
3.	Mediu 14,29—16,17	Bălți, Ungheni
4.	Înalt 16,18—18,06	Soroca
5.	Foarte înalt 18,07—19,96	Edineț

Pentru analiza nivelului coeficientului de îmbătrînire a fost efectuată clasificarea județelor după 5 niveluri (tab.1).

Analiza anuală a județelor după nivelul coeficientului de îmbătrînire arată că pe parcursul anilor 1999—2001, un nivel foarte mic al coeficientului de îmbătrînire a fost înregistrat în mun. Chișinău,

precum și în județele Chișinău, Cahul, Lăpușna, Taraclia, Tighina, UTA Găgăuzia.

Un nivel înalt și foarte înalt al coeficientului în cauză a fost reprezentat cu stabilitate de județele Soroca și Edineț (tab.1).

În urma analizei efectuate pe parcursul anilor 1998—2002 s-a observat că cel mai înalt ritm al creșterii ponderii vîrstnicilor a fost înregistrat în anul 1990, constituind 101,6%, cu o ușoară scădere în 2001, cifrînd la 100%. Dar valoarea absolută a unui procent de spor se menține la același nivel 0,13 (pentru 1990) și 0,14 (pentru 2001).

Ritmul creșterii pentru vîrstnicii cu reședința la oraș a înregistrat valori maxime în anii 1990 și 2000 cifrînd la 101,8%, valoarea absolută a unui procent de spor menținîndu-se, pe parcursul perioadei de studiu la un nivel egal cu 0,37 în 1990 și 0,34 în 2001.

Pentru populația urbană cel mai înalt ritm al creșterii a fost înregistrat în 1998 cifrînd la 105,1% cu o scădere în anul 2001 pînă la 99,8%, valoarea absolută a unui procent de spor menținîndu-se la un nivel de 0,62 (1990) și 0,66 (2001).

Pe parcursul perioadei de studiu s-a observat o creștere progresivă a ponderii femeilor vîrstnice, în special din anul 1998. Cel mai scăzut indice al ritmului de creștere s-a înregistrat în 1998 (99,3%), cu o creștere progresivă stabilă pînă la 100% în anul 2001. Valoarea cea mai înaltă a ritmului de creștere pentru vîrstnicii de sex masculin a fost înregistrată în 1998 (101%), cu o scădere pînă la 99,7% în anul 2001.

Ponderea femeilor vîrstnice se păstrează la un nivel stabil, cu valoarea absolută a unui procent de spor de 0,62 pentru 1990 și 0,63 pentru 2001. Ponderea bărbaților se menține la nivelul valorii absolute a unui procent de spor de 0,4 în 1990 și 2001. Pe parcursul anilor 1989—2002 se păstrează net raportul dintre B:F de 1:1,5.

Cel mai înalt ritm al creșterii speranței de viață la naștere s-a înregistrat în anul 1998 la 103%. Spre anul 2001 se observă o tendință de scădere pînă la 107%, dar valoarea absolută a unui procent de spor se păstrează la același nivel de 0,6 în 1990 și 0,66 în 2001. Cea mai mică valoare a ritmului de creștere a speranței de viață la naștere a fost înregistrată în 1995 constituind 96%.

Ritmul de creștere a speranței de viață la 60 de ani cuprinde valori maxime în anul 1998 cifrînd la 105,7% cu o ușoară diminuare

spre anul 2001 pînă la 95,7%. Valoarea absolută a unui procent de spor constituie valori egale pentru anul 1990 de 0,17 și pentru 2001 de 0,16.

Se observă o scădere a ritmului de creștere a indicelui de dependență a bătrînilor de la 100% pentru anul 1995 pînă la 86,5% în anul 2001. Valoarea absolută a unui procent de spor a indicelui de dependență se menține la același nivel constituind 0 pentru anul 1990 și 0,27 pentru 2001.

Ca rezultat al efectuării pronosticului ponderii bătrînilor în Republica Moldova am obținut că în anul 2010 coeficientul de îmbătrînire v-a constitui 14,62%

Rata mortalității vîrstnicilor în structura generală a mortalității în RM se menține, stabil, la un nivel înalt cifrînd la 70,4%. În rezultatul analizei mortalității vîrstnicilor în RM s-a reliefat o tendință generală de creștere moderată a acestui indice demografic. Astfel, rata mortalității persoanelor vîrstnice în perioada anilor 1990—2001 a crescut cu 6,8‰ (de la 50,5‰ în anul 1990 la 57,3‰ în anul 2001) (fig. 2).

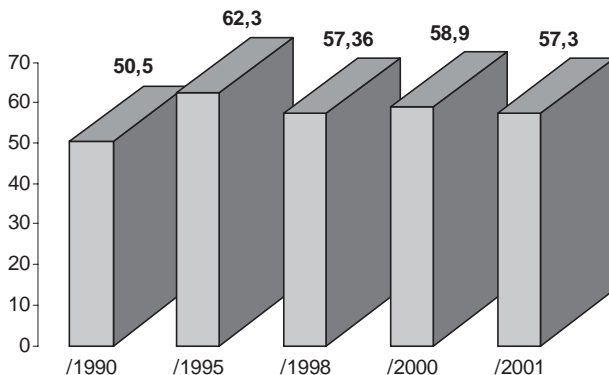


Figura 2. *Evoluția mortalității persoanelor vîrstnice în RM (‰) (1990—2001)*

Pe parcursul anilor incluși în studiu s-a înregistrat o sporire cu 9,06‰ a ratei mortalității la vîrstnicii de sex masculin (de la 57,44‰ la 66,50‰); la femei s-a evidențiat o sporire cu 5,37‰ (de la 46,1‰ la 51,47‰).

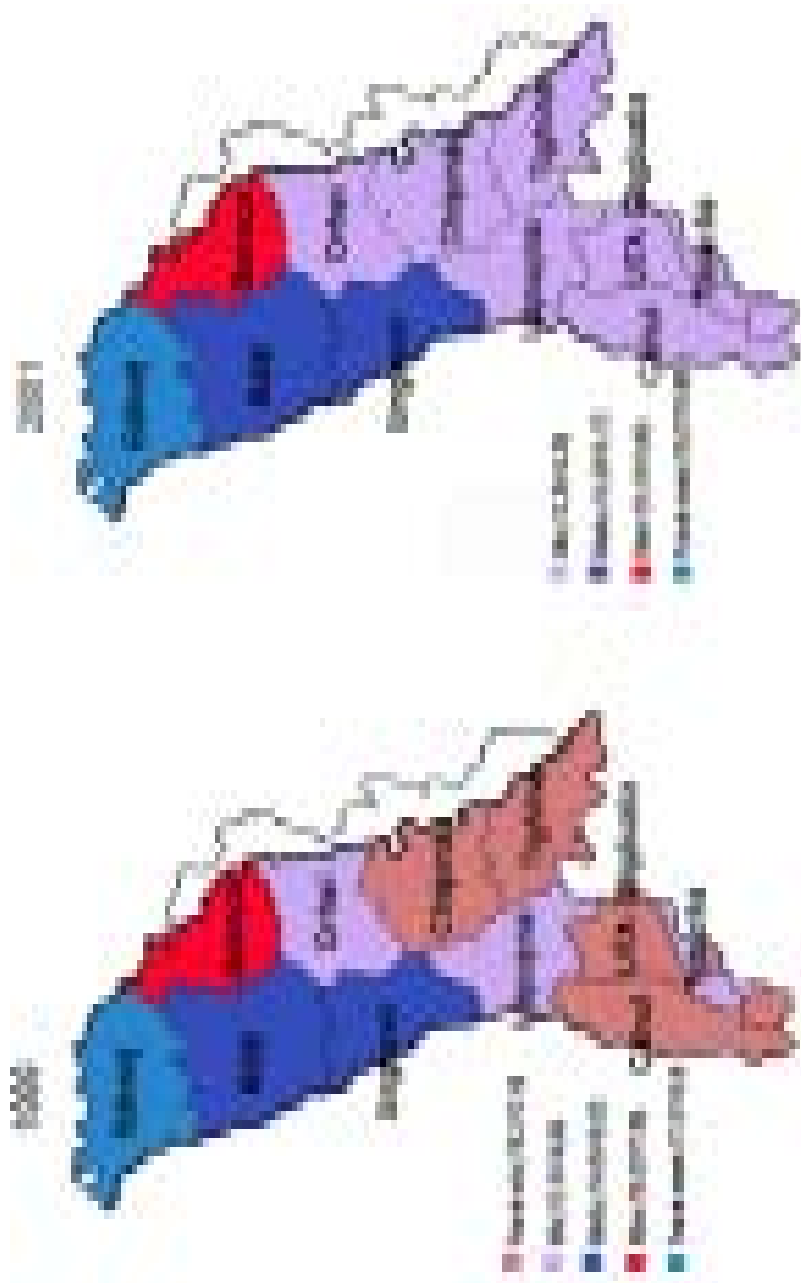


Figura 3. Clasificarea județelor RM după coeficientul de îmbătrânire

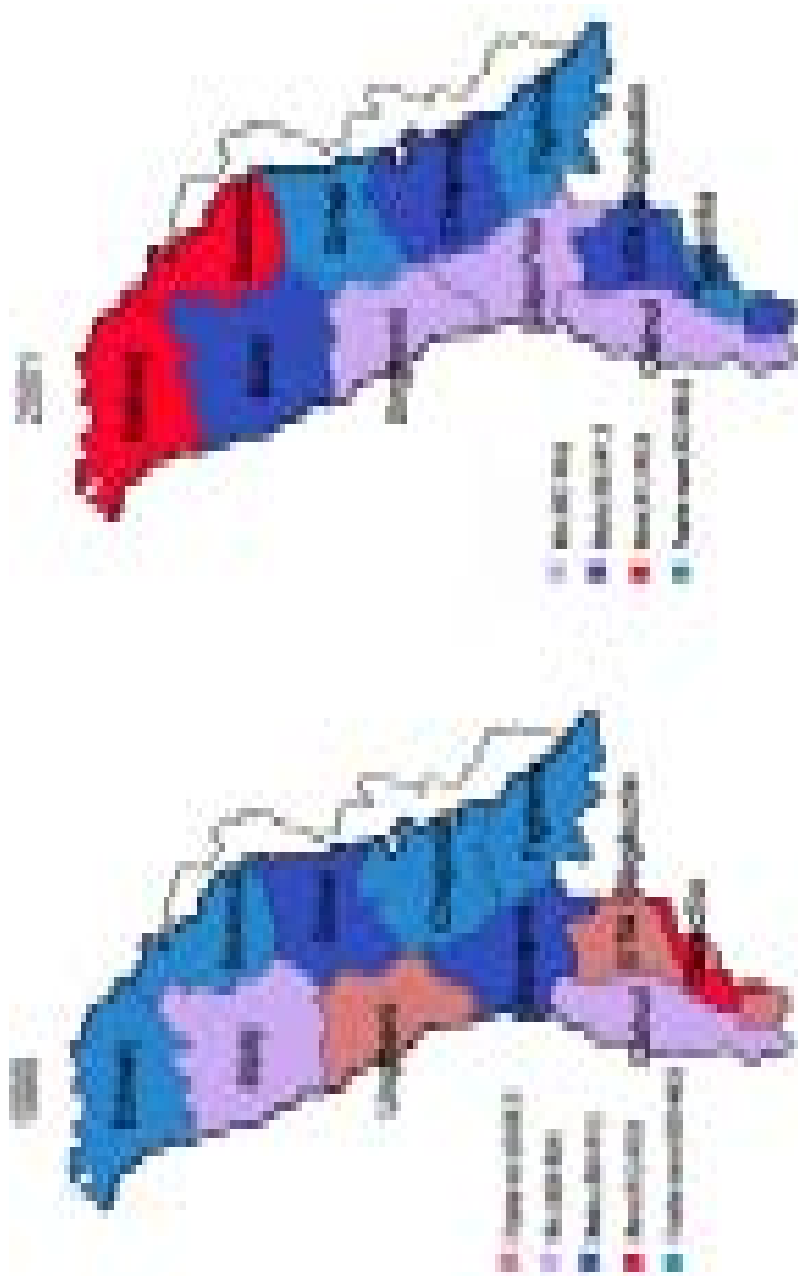


Figura 4. Clasificarea județelor RM după nivelul mortalității persoanelor vîrstnice

În localitățile urbane indicele mortalității geriatrice a crescut cu 2,07‰ (de la 48,8‰ la 50,87‰), în cele rurale — cu 7,99‰ (de la 52,68‰ la 60,67‰).

În zona de Nord nivelul maxim al mortalității bătrânilor a fost stabilit în 1998 (92,64‰), iar cel minim — în 2001 (60 ‰).

Pentru zona Centrală indicele maxim al mortalității bătrânilor a fost înregistrat în 2000 (60,46‰), iar cel minim — în 2001 (58,01‰).

Zona de Sud se caracterizează prin valori maxime ale mortalității vîrstnicilor în anul 2000 (61,6‰) și minime — în 1999 (59,31‰).

Pentru analiza nivelului mortalității a fost efectuată clasificarea județelor după 5 niveluri (tab.2).

Tabelul 2

Clasificarea județelor Republicii Moldova după nivelul mortalității persoanelor vîrstnice (1999—2001)

Nr. d/o	Nivelul, ‰	Județele
1999		
1.	53—55,7 (foarte mic)	Ungheni, m. Chișinău, UTA Găgăuzia
2.	55,8—58,4 (mic)	Bălți, Cahul
3.	58,5—61,1 (mediu)	Orhei
4.	61,2—63,8 (mare)	Taraclia
5.	63,9—66,5 (foarte mare)	Chișinău, Edineț, Soroca, Tighina
2000		
1.	49,1—53,84 (foarte mic)	m. Chișinău
2.	53,85—58,58 (mic)	Bălți, Ungheni, UTA Găgăuzia
3.	58,59—63,32 (mediu)	Cahul, Lăpușna, Orhei, Soroca
4.	63,33—68,06 (mare)	Chișinău, Edineț, Tighina
5.	68,07—72,8 (foarte mare)	Taraclia
2001		
1.	48,1—51,76 (foarte mic)	m. Chișinău
2.	51,77—55,42 (mic)	Cahul, Lăpușna, Ungheni
3.	55,43—59,08 (mediu)	Bălți, Chișinău, UTA Găgăuzia
4.	59,09—62,74 (mare)	Edineț, Soroca
5.	62,75—66,4 (foarte mare)	Orhei, Taraclia, Tighina

Din analiza datelor prezentate în tab.11 rezultă că pe parcursul anilor incluși în studiu nivelul foarte mic și mic al mortalității vîrstnicilor este ocupat de mun. Chișinău, județele Cahul, Ungheni, Lăpușna.

Nivelul mare și foarte mare aparține județelor Edineț, Soroca, Taraclia, Tighina.

Indicii mortalității geriatrice au scăzut în județele Chișinău (de la nivel foarte mare în anul 1998 la nivel mediu în 2001) și a crescut în județele Orhei (de la nivelul mediu la cel foarte mare) și Bălți (de la nivelul mic la cel mediu).

Conform mortalității generale a vîrstnicilor, cel mai înalt ritm al creșterii a fost înregistrat în anul 1995 (125,1%) cu o mică scădere în anul 2001 (pînă la 97,28%), dar valoarea absolută a unui procent de spor se menține aproximativ la același nivel: 0,5 pentru anul 1995 și 0,59 pentru anul 2001.

În urma analizei mortalității geriatrice, în mediul urban, cel mai înalt ritm al creșterii s-a observat în 1995 (119,8%), cu o scădere ușoară în 2001 (97,67%) și, respectiv, în mediul rural — în 1995 (125,28%), cu scădere în anul 2001 pînă la 92,3%.

Cel mai înalt ritm al creșterii mortalității pentru femeile vîrstnice s-a înregistrat în anul 2000 (102,8%), cu o ușoară scădere în anul 2001 (96,9%), valoarea absolută a unui procent de spor menținîndu-se la același nivel de 0,46 (1995) pînă la 0,53 (2001).

Pentru vîrstnicii de sex masculin ritmul creșterii mortalității a înregistrat valori maxime în anul 1998 (115,3%), cu o diminuare pentru 2001 (97,98%), dar valoarea absolută a unui procent de spor rămîne la același nivel de 0,58 (1995) și 0,68 (2001).

Pe parcursul anilor 1990—2001 s-a menținut o ierarhizare stabilă a structurii mortalității geriatrice în funcție de cauzele de deces (fig.5).

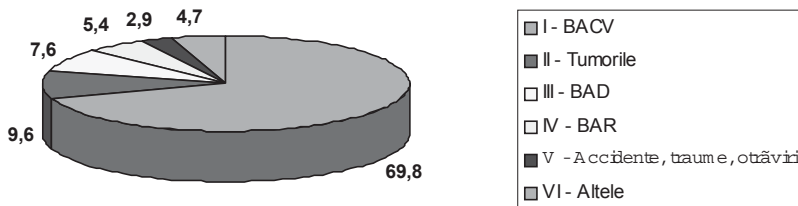


Figura 5. Structura mortalității vîrstnicilor în funcție de cauzele de deces

Această structurizare este identică atât pentru vîrstnicii din mediul urban, cît și pentru cei cu reședință la sate.

Structura mortalității femeilor vîrstnice după cauze de deces, corespunde ierarhizării mortalității geriatrice generale pe parcursul anilor 1990—2001. În structura mortalității vîrstnicilor de sex masculin în anul 2001 a crescut ponderea patologiilor aparatului digestiv, trecînd de pe locul patru (1990—2000) pe locul trei în anul 2001, celelalte nozologii corespund cu structura mortalității geriatrice generale.

2.2. Evaluarea reabilitării, readaptării și a calității vieții bătrînilor

Cercetarea selectivă efectuată a demonstrat că în structura morbidității persoanelor vîrstnice studiate la domiciliu și a celor instituționalizate prevalează aceleași grupuri de maladii, cu unele particularități. Vîrstnicii instituționalizați au manifestat următoarele patologii (fig.6):

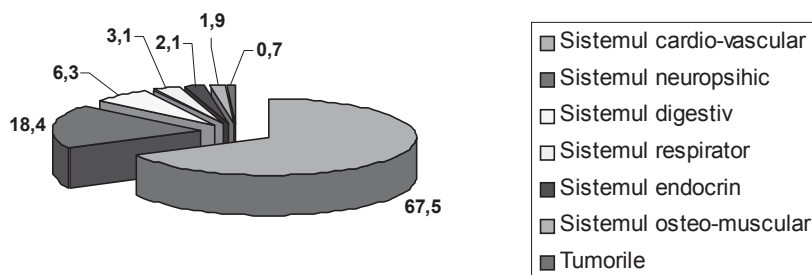


Figura 6. Structura morbidității vîrstnicilor instituționalizați

La vîrstnicii instituționalizați cardiopatia ischemică a fost depistată în $98,6 \pm 1,03$ cazuri, HTA în $47,8 \pm 6,34$, encfalopatia senilă în $96,4 \pm 1,21$, arterioscleroza difuză în $92,3 \pm 2,4$, polineuropatiile $78,6 \pm 4,06$, ulcerile gastroduodenale în $58,6 \pm 5,6$, colecistitele acalculoase în $63,4 \pm 5,38$, bronșitele cronice recidivante în $33,4 \pm 7,19$, diabet zaharat în $28,6 \pm 7,42$.

În structura morbidității vîrstnicilor studiați la domiciliu prevalează următoarele nozologii (fig.7):

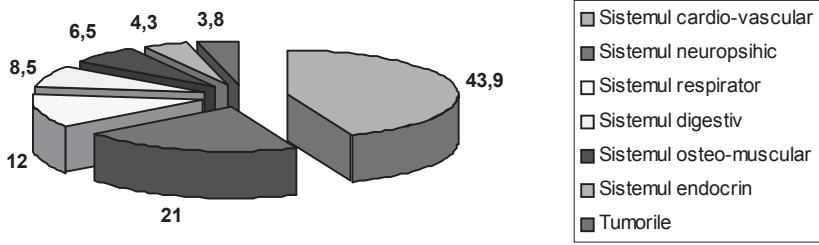


Figura 7. Structura morbidității vîrstnicilor studiați la domiciliu

La vîrstnicii studiați la domiciliu cardiopatia ischemică a fost depistată în $89,5 \pm 1,32$ cazuri, HTA în $67,9 \pm 2,3$, encefalopatia senilă în $86,9 \pm 1,47$, arterioscleroza difuză în $98,2 \pm 0,34$, accidentele vasculare cerebrale $29,2 \pm 3,44$, polineuropatiile în $39,2 \pm 0,67$, bronșitele cronice recidivante în $69,2 \pm 2,42$, diabet zaharat în $33,8 \pm 3,02$.

În procesul studiului am efectuat evaluarea perioadei post-reabilitare la bătrîni după diferite metode de tratament:

a) Magnetoterapia

Studiul integral al particularităților perioadei de reabilitare și readaptare după magnetoterapie a fost efectuat la IV grupuri de bătrîni de vîrstă diferită: grupul I — 60—65 ani — 18 bătrîni, grupul II — 66—70 ani — 20 bătrîni, grupul III — 71—80 ani — 18 bătrîni, grupul IV — mai mari de 85 ani — 18 bătrîni, grupul V — grupa de control — 40 bătrîni.

Neurodinamica corticală a encefalului

Pe parcursul primelor zile după tratament la 11 bolnavi din gr.I și la 10 din gr.IV pe EEG s-a redus á-ritmul. Ritmul neregulat denatura componentele reacției de orientare pe EEG. În continuare (3—4 zi) manifestarea acestei reacții avea caracter neordinar. Recuperarea activității EEG de fon pe parcursul 1 zile de tratament s-a produs la 4 bolnavi (23,5%). La 10 bolnavi (52,6%) normalizarea componentelor EEG s-a produs la 2—3 zi și la 4 bolnavi (21%) parametrii de fon s-au restabilit pe parcursul întregii perioade de reabilitare. La pacienții din grupele I și a III-a s-a produs scăderea neînsemnată a á-ritmului.

Restabilirea indicilor EEG inițiali în 81,4% de cazuri se producea în 1 zi a perioadei de stabilizare.

Cinetica proceselor nervoase de bază și a recepției periferice

La 9 bolnavi restabilirea nivelului atenției, vitezei gândirii și orientarea după testele Burdon și Garat la bătrânii din grupul I au fost apreciate pozitiv la sfârșitul a 2 zile după tratamentul de reabilitare. La 6 bolnavi aceste procese s-au restabilit la a 3 zi. Restabilirea pragului de fon la bolnavii din grupurile II și III nu a ocupat mai mult de 1 zi a perioadei de stabilizare. La bolnavii grupul IV această perioadă a durat mai mult de 2 zile a perioadei de stabilizare.

În procesul de cercetare s-a determinat o corelare de dependență între rezultatul sumar după testele Schultz și indicii testului Burdon. Timpul de căutare a cifrelor negre s-a restabilit pînă la nivelul de fon în ultima zi a tratamentului la 34 din 38 de bolnavi, din grupurile II și III și la 8 bolnavi din 18 din grupul I. La restul bolnavilor parametri inițiali s-au restabilit după 2—3 zile, în acel timp la bolnavii mai sus de 54 a fost înregistrat un nivel al indicilor pînă la 5 zile a perioadei de readaptare. Caracterul restabilirii parametrilor inițiali a timpului de căutare a cifrelor roșii au fost monotipice, dar la 3 bolnavi din I grupă au fost înregistrate rezultate pozitive ale testelor.

Pentru bolnavii grupului III a fost caracteristic reținerea în restabilirea nivelului sistemic funcțional inițial. Diferența între rezultatele probei Schultz la pacienții din grupurile I și II au dispărut la a 2 zi a perioadei de stabilizare. O particularitate caracteristică a bolnavilor din grupul III a fost formarea reacției oculo-motorii elementare și compuse neaccentuate pe parcursul perioadei de stabilizare. La 2—4 zi după finisarea tratamentului repartizarea biopotențialilor (VR) la 12 bolnavi au corespuns cu cei inițiali. La 3 pacienți parametri inițiali ai reacției oculo-motorii complexe s-au instalat stabil la a 3 zi a perioadei de readaptare.

În toate 38 de cazuri în cercetarea grupurilor II și III parametri ce caracterizează frecvența critică de contopire a semnalelor au corespuns celor inițiali. Concomitent și mărimea coeficientului K nu diferă de cifrele inițiale cu 0,05 la 34 bolnavi din 38. La grupul I de bătrâni categoriile numerice au păstrat diferența cu cei inițiali pînă în stadia a doua a perioadei de stabilizare. Numai la 7 pacienți din 18 au survenit restabilirea parametrilor inițiali la sfârșitul perioadei indicate.

În grupurile cercetate pierderea aferenței la începutul perioadei de stabilizare, era determinată de următorii indici: în grupul I (3) pierderile intense ale recepției (până la 22% de la cei de fon majoritatea în diapazonul 125 Hz), au fost fixate la 6 bolnavi în primele 2 zile după cura de tratament. Restabilirea pragului de vibrosensibilitate și a nivelului reacției periferice în 11 cazuri s-a instalat în limitele indicilor de fon în primele ore ale perioadei de stabilizare. În grupurile I și II s-a produs o scădere neînsemnată a recepției în limitele 6–8% de la indicii inițiali.

Mobilitatea funcțională a analizatorului optic și auditiv

La bolnavii din grupurile III și IV (88,9%) faza inițială a stabilizării s-a deosebit prin ascensiunea dereglărilor optice sub formă de dipopie, musculițe în fața ochilor; acufene intense. Acuitatea vizuală varia între 0,7—0,8. Îngustarea câmpului vizual a constituit $19,4 \pm 0,6$. Micșorarea sensibilității la lumină nu depășea $7,8 \pm 0,8\%$, percepția spectrului policromatic depășea cifrele inițiale de 5—7 ori. Coeficientul anomic constituia $0,6 \pm 0,3$. La citirea tab. E. B. Rabkin răspunsurile vîrstnicilor se deosebeau prin variante tipice și atipice. Vederea binoculară era sub nivelul de fon cu $2,5 \pm 0,8\%$. Capacitatea de activare a analizatorului vizual a corespuns cu $1,2 \pm 0,2$ bit/sec contra la $1,32 \pm 0,7$ bit/sec în fine.

Funcția auditivă la bolnavii din toate grupele se deosebea prin diferite mărimi. În grupul III (11), și grupul IV (9) s-a constatat o percepție scăzută a tuturor tonurilor 38DB, pe cînd în grupurile I (12) și II (13) — intensificarea percepției tonurilor joase și înalte este corespunzătoare. Pierderea totală a auzului verbal atingea $18,5 \pm 0,71\%$, iar a auzului de tonalitate — $22,7 \pm 0,9\%$. La pacienții grupurilor I și II frecvența apariției dereglărilor postreabilitatorii cît și timpul expoziției stabile a fost mai joasă decît în grupurile III și IV cu 38—42%. La expirarea primei zile a perioadei de stabilizare aceste modificări s-au nivelat. Numai la pacienții vîrstnici (4) din grupul IV cîțiva din parametrii enumerați s-au menținut timp de 2—3 zile.

Activitatea psiho-individuală structurală și tipul reacției la stres

În limitele MMPI au fost fixate următoarele modificări: în 65,4% de cazuri au fost înregistrate manifestări inițiale adecvate reactive ("profil liniar"), în 17% — reacții nevrotice depresiv-anxioase, în 9%

— caracterului depresivopohondric, cu ascensiunea profilului specific după scările 1, 2 și 7 în diapazonul 24 și 26 (fig.8).

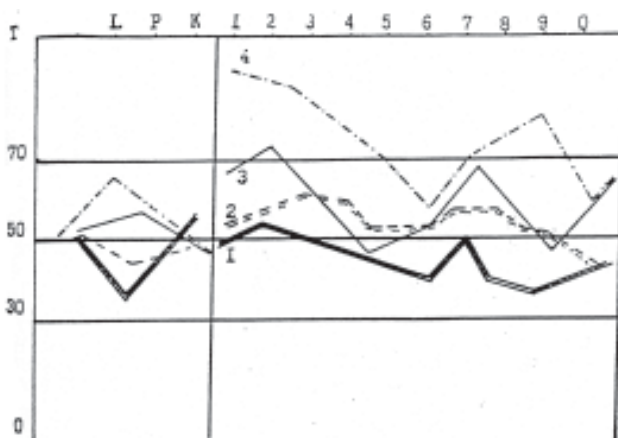


Figura 8. Profilurile MMPI în primele zile ale perioadei de readaptare după tratamentul postreabilitațional la vîrstnici

După finisarea tratamentului la bolnavii din grupul I (19) apăreau dereglări paroxismale, după tipul sindromului disforic (agresivitatea, iritabilitatea excesivă). Profilul MMPI se caracterizează prin indicii înalți (mai mult de 80T) ce constituie după scări 4, 6, 8 (cod. 68).

În cazuri de analiză mai intens s-au manifestat prin reacții fobice-obsesive sau reacții ipohondrice, dar la 3—4 zile normalizarea statutului psihoindividual s-a produs doar la pacienții din grupul I. La bolnavii grupurilor I și II dereglările disforice s-au manifestat mai rar decât bătrînii din grupurile III și IV.

În rezultat, printre pacienții consultați readaptarea de postreabilitare la ziua 2 după terminarea tratamentului s-a produs la 50 de bolnavi (68%). Procesul de readaptare satisfăcător după perioada de postreabilitare cu capacitatea de a efectua lucrul casnic s-a observat la 3 zi a perioadei de readaptare la 17 bolnavi (28,8%).

La 4 bătrîni (6,7%) s-a constatat o ușoară suprimare a adaptării postreabilitaționale cu depresie conformală ce intimida capacitatea activității uzuale pînă la a 2 zi a perioadei de readaptare. Pronosticul

social de reabilitare la 3 pacienți (5,4%) rămînea dubios pe parcursul a 3 zile după tratament.

b. Terapia cu laser

Neurodinamica corticală a encefalului

Datele EEG erau neomogene după componenții speciali. În primele ore după finisarea cursului de tratament se determine 2 ritmuri ($9,4 \pm 0,15$ Hz) pronunțat stabil după caracteristicile de frecvență și amplitudă. La pacienții grupului IV pe parcursul a primei zile a perioadei de postreabilitare s-a menținut ritmul 2 nestabil (58%) în combinație cu activitatea α — de frecvență joasă subdominantă la acești bătrîni, precum și la ceilalți reactivitatea EEG la iritanții zilnici de lumină și zgomot s-a restabilit la 2 zi a perioadei de postreabilitare.

Cinetica proceselor nervoase de bază și a recepției periferice

Criteriile după Burdon și Garat s-au apreciat pozitiv în 89,5% de cazuri pe parcursul primelor 4 ore a perioadei de stabilizare. Restabilirea nivelului de fon a atenției, vitezei de gîndire pe parcursul a 2—4 ore a fost caracteristice pentru pacienții grupului II, cu durata de o zi pentru bolnavii din grupul III, pentru care structurile de integrare a parametrilor studiați au fost destul de înalte (numărul rezultatelor greșite — 25%).

Fixarea parametrilor inițiali după criteriile lui Schultz nu s-au deosebit prin anumite devieri. Indicele era univoc după majoritatea observărilor și erau incorecți pentru statistică. Parametrii nivelului de cercetare se determinau după 3—4 ore a perioadei de stabilizare era mai mult de 81,2% de cazuri.

La pacienții grupului IV (10) devierea reacției oculo-motorii era mai vizibilă. Capacitatea formării reacției sistemii funcționale s-a restabilit la sfîrșitul primei zile după tratament la 54,7% pacienți (grupurile II și III) și la sfîrșitul zilei a doua la 36,2% (grupul IV).

Reacția la iritantul de lumină CFCS la 3—4 oră după cursul de tratament era monotipă cu cea inițială la toți pacienții grupurilor I, II, III. La bolnavii grupului IV restabilirea indicilor inițiali s-a petrecut timp de o zi a perioadei de postreabilitare și numai la 3 pacienți — la 1-3 zile a perioadei de stabilizare.

În rezultatul cursului de tratament cu laseroterapie parametrii pierderii vibrosensibilității la bolnavii grupurilor II și III, pe parcursul a 3 ore a perioadei de stabilizare, se caracterizează prin scăderi nepronunțate a pragului absolut (10—15%). Nivelul recepției

periferice la pacienții grupurilor III și IV avea proces mai pronunțat. Pe parcursul a 3—4 ore după finisarea cursului de tratament, pierderea sensibilității constituia de la +15 pînă la +20dB. Aceste modificări s-au alternat cu normalizarea mărimilor de prag după 10—12 ore. La 5 bolnavi restabilirea pragului de vibrosensibilitate a durat de la 1 la 3 zile a perioadei de postreabilitare.

Mobilitatea funcțională a analizatorului vizual și auditiv

Printre parametrii dați, în rezultatul cercetării, a fost depistată o dependență corelațională strînsă. La pacienții grupurilor III și IV pe parcursul primelor ore s-a determinat o pierdere neînsemnată a funcției vizuale și auditive. Acuitatea vizuală s-a stabilizat în limitele 0,8—0,9. Schimbarea curbei de adaptare a sensibilității la lumină pînă la $3,4 \pm 0,6$ a fost însoțită de micșorarea diferențierii culorilor. Vederea binoculară se deosebea prin micșorarea efectului stereoscopic pînă la suprimarea completă, dar pierderea generală a auzului verbal a corespuns cu $9,8 \pm 1,1$. În grupurile I și II a bolnavilor devierile de postreabilitare a senzațiilor auditive și vizuale se deosebeau prin modificări monotipice. La începutul perioadei de stabilizare acuitatea vizuală corespundea cu 0,9, nivelul sensibilității la lumină — $3,5 \pm 0,8$ dar îngustarea cîmpului vizual acromatic și cromatic — corespunzător cu $7,8 \pm 0,7$ și $11,2 \pm 0,2$. Pragurile cromatice au depășit nivelurile inițiale nu mai mult decît de 1,5—2 ori. Citirea tabelului lui K. B. Rabkin se caracterizează prin percepția tipică indirectă și nestabilă pentru culoare, celelalte modificări a vederii binoculare, capacitatea de activitate a analizatorului vizual nu erau veridice ($P > 0,05$). Nivelul de micșorare a auzului la unele niveluri (C642—C4096) a corespuns nu mai mult de $14,2 \pm 0,8$ dB. Ascensiunea pragului diferențiat cu modularea în C516 și C2048 nu depășea corespunzător $2,4 \pm 0,4$ și $2,6 \pm 0,3$ dB. Din rezultatul studiului reiese că în majoritatea cazurilor devierilor postreabilitaționale a aparatului auditiv și vizual se observau la bătrînii grupurilor III și IV, în măsură mai mică în grupurile I și II.

Activitatea structurală psiho-individuală și tipul reacției la stres

Faza de postreabilitare după ziua a 4 se caracteriza prin restabilirea deplină a funcțiilor structurale ce corespund cu profilul "linear" a MMPI (de la 40 pînă la 60T) la bătrînii din toate cele 3 grupuri. La 13,3% de bătrîni schimbările statutului (grupul I) la

Începutul studiului la fel ca și adaparea postreabilitațională au indici înalți după scările “triadei neurotice”, la nivelul 8 și 4 — s-a păstrat pe parcursul a 4—5 zile a perioadei de stabilizare, reabilitarea sectorală a profilului de fon MMPI s-a produs în 7,8% de cazuri.

În fine, la bolnavii studiați, readaptarea de postreabilitare după terminarea cursului de tratament s-a instalat în 83,4% de cazuri (grupurile I, II și mai mult de jumătate din grupul III).

Perioada de postreabilitare satisfăcătoare pînă la o zi a perioadei de readaptare s-a constatat în 12% de cazuri. La 5,6% din numărul total de bătrîni gradul de readaptare satisfăcător s-a produs doar la ziua a 2 a perioadei date.

c. Terapia magneto-aeroionică

Neurodinamica corticală a encefalului

În mediu, pe parcursul primei zile după finisarea tratamentului în 86% din cazuri la bolnavii grupurilor studiate s-au înregistrat devieri statistice veridice. Devierile în timp în cazul neînregistrării adaptării funcționale și a activității electrice de fon în toate cazurile nu au trecut de prima zi a perioadei de stabilizare.

Stabilitatea proceselor nervoase de bază și a recepției periferice

Parametrii dați au fost studiați după teste și criterii după Burdon, Garat, Schultz, VR, CFCS și s-au recuperat în mediu la a 4 oră după terminarea cursului de tratament. Restabilirea nivelurilor inițiale s-a produs în 80,3% de cazuri, dar în cazuri aparte termenii ajungeau pînă la ziua 2 a perioadei de postreabilitare. Modificări analogice au suportat și nivelul receptiv generale și periferice.

Modificarea funcțională inițială a analizatorilor auditiv și vizual

Normalizarea pe parcursul a 1 zile a perioadei de postreabilitare s-a produs la 87% bătrîni. În restul cazurilor — recuperarea parametrilor de fon s-a produs pe parcursul a 2—3 zile a perioadei de stabilizare.

Activitatea structural individual-psihologică

S-a restabilit în volum în 1 zi după finisarea tratamentului, în mediu după 4—6 ore la 89% bătrîni. În 3 cazuri din 75,4% nivelul insuficient a reactivității postreabilitaționale s-a păstrat pînă la a 3 zi a perioadei de readaptare.

d. Reabilitarea și readaptarea în complex

Dinamica corticală a encefalului

La folosirea metodelor complexe de reabilitare pe parcursul

primelor zile după cursul de tratament în 96,3% de cazuri au fost înregistrate deosebiri statistice veridice între pacienții cu diversă patologie. Deosebirile în timp prin aceste metode complexe curative nu depășea o zi a perioadei de stabilizare.

Mobilitatea funcțională inițială a analizatorilor vizual și auditiv

S-a înregistrat pe parcursul 1 zile a perioadei de postreabilitare la 90,3% de pacienți din toate grupele studiate. La restul bolnavilor restabilirea parametrilor inițiali de fon s-a produs în timp de 2—3 zile a perioadei de stabilizare.

Activitatea structural individual-psihologică

S-a restabilit în volum total în 1 zi după terminarea curei de tratament în mediu după 4—6 ore la 96,8% de pacienți. La 3 bătrâni s-a înregistrat un nivel insuficient a reactivării postreabilitaționare, care s-a menținut pînă la a 3 zi a perioadei de readaptare.

*Evoluția perioadei de postreabilitare pentru grupul de control
Neurodinamica corticală a encefalului*

â-ritmul cu frecvența medie 15Hz s-a înregistrat pe parcursul a 14—18 zile cu mărirea amplitudei la 7—8 zi. Potențialele evocate la iritanții vizuali și auditivi se manifestau pînă la 3—4 zi a perioadei de stabilizare sub formă de oscilații slabe. La etapa inițială a mobilizației de prag (după 15—17 zile după cura de tratament) indicii activității bioelectrice corticale s-a restabilit pînă la parametrii inițiali la 17 pacienți (42,5%). Prevalarea proceselor de inhibiție a fost observată la 19 bătrâni (47,5%) după 18—19 zile după tratament.

Cinetica proceselor nervoase de fază și a recepției periferice

Restabilirea funcțiilor, după testele Burdon, Garat în toate cazurile ocupă nu mai mult de 2—3 zile de la începutul perioadei de stabilizare.

După 2—3 zile a curei curative parametrii timpului necesar pentru căutarea cifrelor negre în momentul acțiunii iritanților sonori, s-a micșorat la 5 bolnavi din 40 (12,5%), nu s-a restituit timp de 2—9 zile la 7 pacienți. La restul (57,5%), durata medie de recuperare a indicilor inițiali a corespuns cu $5,2 \pm 2,3$ zile. Conform rezultatelor studiului s-a constatat că o scădere considerabilă a activității funcționale corticale se petrece după 2—8 zile după tratament. Brusc se ridicau necorespunderea nivelurilor excitabilității, lăbilității și reactivității. Cu cît mai mult se scurta timpul procesului de diferențiere, cu atît mai considerabil se mărea dominarea proceselor de inhibiție, după care se instala mobilizarea latentă de prag.

Caracterul reacției după CFCS și probele lucidității stabile, clare după 6—8 zile după cursul de tratament nu se deosebea de cel inițial la 26 și 32 bolnavi (81,2%), dar după 11—12 zile indicii studiați practic corespundeau cu cei inițiali la majoritatea pacienților (89,7%).

Modificarea recepției periferice după datele sensibilității vibraționale pe parcursul a 10—15 zile a perioadei de stabilizare practic la toți pacienții se caracteriza prin pierderi în limitele +20 +25dB. Numai după 16—18 zile după folosirea schemelor ordinare a tratamentului medicamentos s-a constatat instalarea nivelului normal a recepției periferice.

Mobilitatea funcțională a analizatorilor vizual și auditiv

Cercetarea indicilor activității funcționale a analizatorului vizual a prezentat, că schimbările mai caracteristice se petrec în primele 2—3 zile după tratamentul recuperator. Acuitatea vizuală a scăzut pînă la 0,6—0,8 (60—65%) de la indicii inițiali, iar îngustarea cîmpului vizual atingea $25,2 \pm 1,7$, între timp scăderea sensibilității la lumină corespundea în mediu cu $14,6 \pm 1,1$. Conform tuturor cercetărilor capacitatea de activitate a analizatorului vizual suferea, coborînd pînă la $0,85 \pm 0,2$ bit/sec către cei inițiali $1,25 \pm 0,3$ bit/sec (mai mult cu 35%). Restabilirea funcției analizatorului vizual după 3—4 zile au fost înregistrate numai la 5 pacienți (12,5%), după 5—6 zile — în 17 cazuri (42,5%).

În rezultatul tratamentului au fost fixate dereglări și ale analizatorului auditiv. După primele 2 zile pierderea auzului atingea mai mult de 60dB. Tabloul audiografic se caracteriza prin căderi la anumite frecvențe și devieri considerabile în partea sunetelor înalte, iar dereglările funcției auditive implica atât conductibilitatea aeriană cît și cea tisulară, lungitudinea sunetului se micșora de la $58,1 \pm 0,3$ pînă la $18,8 \pm 0,2$ dB. Starea funcțională a analizatorului auditiv s-a restabilit la 8 bolnavi (25%) la 7—8 zi, la 13 (10,6%) — la a 12—14 zi și în 4 cazuri (12,5%) la a 18 zi a perioadei de adaptare.

Activitatea structural individual-psihologică și tipul reacției la stres

Pe parcursul primelor 3—4 zile de tratament la majoritatea bolnavilor s-a determinat o stare de dezorientare (mărirea MMPI după scara 8), ce reflectă acuitatea reacției psihologice în condițiile situației de stres. În caz de fixare la bolnavi a stării euforice scurte, indicii MMPI

au prezentat o îmbunătățire a dispoziției (scăderea profilului după a 2 scară și ascensiunea mărimilor după a 9 scară). La a 7—8 zi după tratament majoritatea pacienților atrăgeau atenția la caracterul și acuitatea patologiei sale, retrăia mai mult pentru sănătatea sa și avea o speranță într-un final benefic al tratamentului. La bolnavii cu schimbări psiho-patologice pînă în acest moment, se producea viceversa, intensificarea slăbiciunii generale, încordării lăuntrice, dispozițiilor. La 2 pacienți în a treia zi a perioadei de readaptare s-a constatat sindromul ipohondric stabil (cod 12) cu o fixare pronunțată asupra patologiei. La restul pacienților la acest moment profilul mediu a MMPI a fost aproximativ identic cu cel inițial (fig.9).

Reieșind din datele obținute, este necesar de a menționa, că pe parcursul perioadei de recuperare s-au reîntors la activitatea sa precedentă 8 pacienți (20%), la 7 pacienți (17,5%) s-a constatat restabilirea satisfăcătoare a activității social-habituale. Un caracter nesatisfăcător a adaptării, inclusiv și neurozele, stările depresive, dezvoltarea patologiei tranzitorie a personalității s-a constatat la 25 (62,5%).

Folosind numeroase teste și parametri ai stării funcționale a sistemelor organismului bătrîn, s-au evidențiat gradele de adaptare, care sunt în corelație strict dependentă de tratamentul de reabilitare. Cu cît este mai înalt caracterul proceselor de readaptare, cu atît mai puțin suferă calitatea vieții bătrînilor (fig.9).

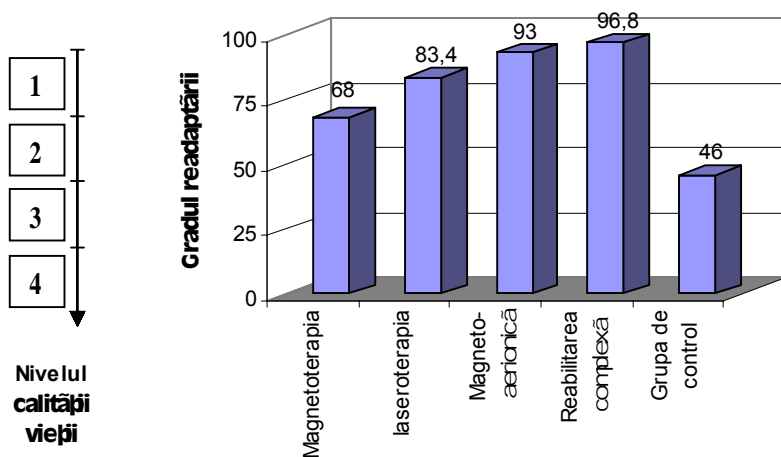


Figura 9. Gradul de readaptare postreabilitațională și corelarea ei cu nivelul calității vieții la bătrâni

În urma analizei aprecierii veridicității modificărilor indicilor sanguini, indicilor biochimici ai sîngelui, indicilor imuni pînă și după perioada de reabilitare prin diverse metode la persoanele vîrstnice incluse în studiu am remarcat că nu au fost suportate schimbări semnificative.

2.3. Necesitățile și problemele de sănătate ale vîrstnicilor

Pe parcursul studiului aceste probleme au fost cercetate sub mai multe aspecte — social, economic, în corelație cu mediul înconjurător, de evaluare mintală, de sănătate fizică, al activităților zilnice elementare și indispensabile.

Conform rezultatelor studiului efectuat au fost determinate grupurile de necesități esențiale ale vîrstnicilor intervievați și examinați, reieșind din aspectele morfofuncționale, psihoemotive și sociale. În paralel au fost studiate și problemele de sănătate ale vîrstnicilor.

Studiul necesităților

În urma procesului de interviuare și examinare a vîrstnicilor am 5 categorii esențiale ale necesităților bătrînilor plasate în niveluri conform importanței fiziologice și adaptibilității bătrînului în socium (în conformitate cu recomandările savantului Abraham Maslov) (fig.10).

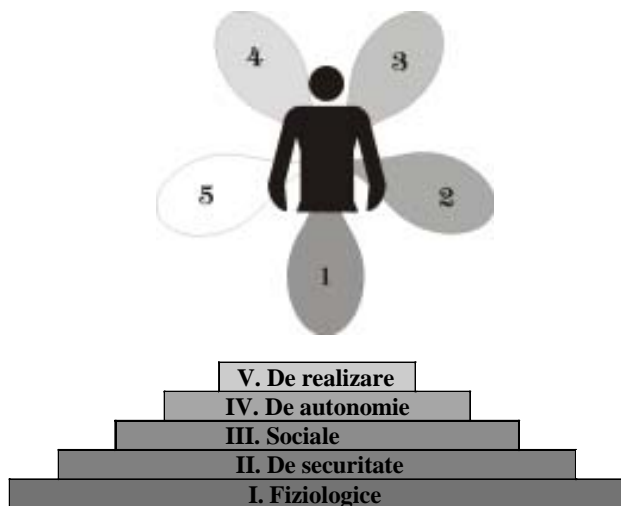


Figura 10. Intercorelația necesităților vîrstnicilor

În urma analizei datelor studiului am concluzionat că toți bătrânii examinați au manifestat într-o măsură egală toate tipurile de necesități.

Pe parcursul studiului a fost specificată importanța satisfacerii tuturor categoriilor de necesități, care de altfel, se află în corelație reciprocă, pentru asigurarea procesului sănătos de îmbătrânire (fig. 12).

Studiul aspectelor sociale

Din numărul total de vîrstnici chestionați au perceput statutul fizico-psihic și social adecvat 75,8±1,5 vîrstnici, parțial adecvat — 22,58±2,6 vîrstnici și neadecvat — 1,7±3,02.

Familia a perceput statutul fizico-psihic și social al vîrstnicului adecvat în 92,7±1,05 cazuri, neadecvat 7,28±3,83. În cazul cînd vîrstnicul se confruntă cu vre-o problemă persoana la care el mizează cel mai mult este soțul/soția — 13,80±2,8 cazuri, copiii — 49,8±2,10 cazuri, nepoții — 11,4±2,80 cazuri, sora/fratele — 14,7±2,8 cazuri, alte rude — 1,9±3,05 cazuri, prietenii 64,1±1,8 cazuri, lucrătorul social 31,45±1,51 cazuri.

Vîrstnicii au nevoie de îngrijitor în 75,6±2,25 cazuri. Nu au nevoie în 24,4±2,66 cazuri. Bătrînii comunică cu soțul/soția (32,60±2,72), cu copiii (52,06±2,12), sora/fratele (18,09±2,71), alte rude (29,36±2,57), prietenii (94,92±0,69), foști sau actuali colegi (21,58±2,71), vecini (93,17±0,80), personalul social (67±1,76), biserica (92,5±0,89), ONG (38,47±2,40).

Sursele de nervozitate ale vîrstnicului provin din relațiile agravate cu soțul/soția (10,6±2,8), cu copiii (57,6±1,98), cu îngrijitorul (8,4±2,9), insatisfacția morală/spirituală (inactivitate profesională, izolarea de către membrii familiei, sindromul de singurătate și inutilitate) a fost constatată în 90,1±0,98 cazuri.

Problemele financiare au fost menționate în 99,36±0,24 cazuri, iar 6,03±2,97 din bătrîni au prezentat inaccesibilitatea în comunicare.

Studiul schimbărilor semnificative în statutul social al vîrstnicului a demonstrat următoarele: izolarea de familie a fost benevolă în 26,19±2,63 cazuri, din motive de boală (25,07±2,65), din cauza problemelor emotive (35,55±2,45), din cauza problemelor financiare (20,6±2,73); instituționalizarea vîrstnicului în aziluri, secții gerontogeriatrice s-a făcut din propria inițiativă în 13,8±8,12 cazuri, din motive de boală — 100%, din cauza problemelor emotive (69,2±4,1), din cauza problemelor financiare — 100%.

Părăsirea serviciului a fost benevolă în $2,5 \pm 3,06$ cazuri, din motive de boală ($97,9 \pm 0,45$), din cauza problemelor emotive ($93,1 \pm 0,80$), din cauza problemelor financiare ($1,5 \pm 3,13$), alte probleme ($0,79 \pm 3,13$).

Studiul mediului înconjurător

Percepția vîrstnicului a mediului de locuință, vecinătate a fost adecvată în $70 \pm 1,67$ cazuri, parțial-adecvată $28,3 \pm 2,59$ cazuri, inadecvată $1,7 \pm 3,04$ cazuri. Au fost evidențiate următoarele tipuri de reședință: casă $77 \pm 1,46$ cazuri, apartament $10,8 \pm 2,89$ cazuri, azil $12,2 \pm 2,5$ cazuri.

Viza de reședință a vîrstnicului: oraș 34% bătrîni, sat 66% bătrîni. Vîrstnicii intervievați la domiciliu locuiau singuri $67 \pm 1,58$ bătrîni, cu soțul/soția $13,17 \pm 2,13$ bătrîni, cu copiii $11,58 \pm 2,66$ bătrîni, cu alte rude $1,42 \pm 3,08$ bătrîni.

În cazul cînd vîrstnicul nu locuiește singur capul familiei a fost evidențiat vîrstnicul în $24,8 \pm 2,68$ cazuri, soțul/soția în $13,6 \pm 2,11$ cazuri, alți membri ai familiei în $61,6 \pm 1,61$ cazuri. Bătrîni chestionați au manifestat posibilitatea de acces liber prin casă în $92 \pm 0,86$ cazuri, acces liber în exterior în $90,6 \pm 0,94$ cazuri, încălzire/ventilație în 100% cazuri, electricitate în 100% cazuri, apă/canalizare în $45,2 \pm 2,26$ cazuri, transport personal în $0,82 \pm 2,96$ cazuri, acces în transportul public în 100% cazuri, la dispozitivele pentru gunoi în 100% cazuri, frigider în $86,9 \pm 1,10$ cazuri, dispozitive pentru spălat în $1,9 \pm 3,05$ cazuri, securitate personală în $59,3 \pm 1,95$ cazuri.

Particularitățile psiho-emotive și evaluarea mintală la vîrstnici

Studiul psiho-emotiv

Aspectele psiho-sociale ale dezadaptării vîrstnicilor incluși în studiu au fost apreciate cu ajutorul chestionarelor standardizate MMPI și a chestionarelor de anchetare.

Realizarea reacțiilor de adaptare se petrece în concordanță cu excitanți externi și interni. Dar un rol primordial este atribuit stării dispoziționale ale organismului, pregătirea lui de mobilitate, capacitatea de a reacționa la excitanți, determinată de nivelul indicilor psiho-emotivi reprezentați în tab. 3.

Starea de încordare neuropsihică (ÎNP) prezintă un fenomen clinico-psihologic dificil și prezintă veriga principală în procesul de adaptare a bătrînilor.

Sub ÎNP-I se subînțelege încordarea, cînd intervievații nu prezintă acuze în situația de activitate în condiții extremale. Nu se petrec schimbări psiho-somatice evidente.

ÎNP-II este stadiul II de încordare neuro-psihică sau încordarea moderată (sunt schimbări subiective și obiective) — este caracteristică activizarea activității psihice, interes înalt pentru atingerea scopului, devieri emotive pozitive și activizarea proceselor somatice.

ÎNP-III încordare neuro-psihică excesivă. Se manifestă prin discomfort psihic și fizic (pentru bărbați e caracteristic discomfortul fizic, pentru femei este caracteristic discomfortul psihologic) ÎNP-III decurge la toți intervievații cu devieri emotive pronunțate (scăderea tonului emotiv, indispoziție, anxietate, gîndire despre un final negativ (suicid)).

Conform studiului la femei predispoziția la încordare neuro-psihică în cazuri de situații extremale e mai mare decît la bărbați (tab. 3).

Nivelul ÎNP, granițele diapazonului său se determină prin corelarea mărimii absolute cerințelor cu posibilitățile sistemului de adaptare și cu posibilitățile componentelor psihici. După cum vedem, atenuarea ÎNP este un criteriu primordial în crearea confortului psiho-emotiv al persoanele vîrstnice.

Din manifestările sindromului astenic mai pronunțate sunt simptomele de slăbiciune generală, fatigabilitate, surmenaj pronunțat, atenuarea capacității de muncă în dependență de procesul de adaptare. La bărbați sindromul astenic este întîlnit puțin mai rar decît la femei (tab. 3).

Stările depresive reprezintă cea mai frecventă reacție la distres a vîrstnicilor. Rolul primordial le revine dereglărilor de socio-adaptabilitate, denaturării stereotipurilor de viață, discomfortului emotiv, slăbirii autocontrolului asupra comportamentului, schimbărilor contactelor cu sfera socială. În final se instalează depresia. În multe cazuri depresiile servesc drept stadiu precedent patologiilor somatice.

Studiul efectuat a arătat că starea de dezadaptare, subdepresie și depresiile se întîlnesc în aproximativ același procent la femei și bărbați în această categorie de vîrstă. Totodată, am constatat un

grad pronunțat al senzației de singurătate, mai înalt la bărbați decât la femei (tab.3).

Tabelul 3

Analiza comparativă a indicilor psiho-emotivi la persoanele vîrstnice ($M \pm m$; p)

Indicii	Bărbați	Femei	P
Încordarea neuro-psihică	54,60±0,10	58,18±0,60	0,90
Stare astenică	53,80±0,74	64,55±0,02	0,95
Stare de indispoziție (subdepresie)	64,50±1,51	63,98±1,57	0
Starea de singurătate	47,60±0,64	41,41±0,10	0,95

Potrivit datelor studiului se evidențiază creșterea odată cu înaintarea în vîrstă a numărului vîrstnicilor cu un nivel înalt de încordare psiho-neurologică și a sindromului astenic, cu stări subdepressive și cu un înalt grad al senzației de singurătate (tab. 4).

Tabelul 4

Analiza comparativă a indicilor psiho-emotivi la persoanele vîrstnice după grupele de vîrstă ($M \pm m$; p)

Indicii	Grupele de vîrstă			
	60-69	70-79	80-	p
Încordarea neuro-psihică	48,80±2,90	60,89±3,69	60,89±4,82	I, II - 0,92 II, III - 0
Stare astenică	49,20±2,54	66,26±3,64	72,00±6,27	I, II - 0,99 II, III - 0,18
Stare de indispoziție (subdepresie)	62,12±1,89	63,76±2,14	66,81±2,99	I, II - 0 II, III - 0,16
Starea de singurătate	40,80±4,92	43,78±2,51	40,78±3,36	I, II - 0 II, III - 0,02

Dintre indicii psiho-emotivi studiați, cel mai înalt grad de manifestare l-au prezentat fobiile (87,14±1,09), stările depresive (80,95±1,39), anxietatea (77,30±1,46), anorexiile (67,95±1,73), dereglările de somn (62,69±1,68). Gîndurile suicidale, fiind un criteriu al persistării formelor grave de depresii se înfîlnesc la un număr impunător de vîrstnici intervievați, cifrînd la 24,5±2,65 cazuri. Acest fapt ne atenționează, deoarece stările depresive, în special cele cu

evoluție gravă influențează dezastruos asupra statutului fizic al vîrstnicilor.

Cu o frecvență medie s-au înregistrat următorii indici psiho-emotivi: abuzul de alcool ($33,17 \pm 2,50$), disforiile ($20,47 \pm 2,73$), agresivitatea ($18,4 \pm 2,76$).

Ceilalți indici studiați (halucinațiile, afectele emotive, crizele epileptice) nu au fost semnificativi.

Luînd în considerație cele 4 tipuri de fobii, tractate în psihologie (A. Kempinski) — biologică, socială, morală și dezintegrațională am observat că fobiile de tip biologic (teama de moarte, boală, neputință) predomină atît la bărbați ($79,1 \pm 2,23$), cît și la femei — ($88,7 \pm 1,32$) explicată prin conștientizarea, iar uneori chiar hiperconștientizarea îmbătrînirii, creșterea stării de neajutoare, lipsa compasiunii și a susținerii din partea familiei și a societății (tab.5).

Fobiile de tip social sunt mai exprimate la bărbați ($78,5 \pm 2,25$) decît la femei ($56,1 \pm 2,6$) (tab.5). Explicăm acest fapt prin tendința bărbaților de a retrăi mai profund izolarea profesională, de la activitatea obștească și manifestă o teamă mai accentuată pentru viitorul familiei, copiilor, nepoților. La femei, teama de singurătate cedează locul fricii de tip biologic, fapt explicat prin capacitatea de adaptare neurotică de durată a organismului feminin la starea de singurătate, și este mai evidentă decît la bărbați (tab.5). În concluzie, importanța de a fi în familie este dominantă pentru echilibrul psihoemotiv al femeii, spre deosebire de bărbați, pentru care contactele sociale contează înainte de toate.

Tipul moral de fobii este în aceeași măsură exprimată atît la bărbați ($62,1 \pm 3,0$) și la femei ($63,7 \pm 2,36$) (tab.5). La bărbații longevivi scăderea manifestării fobiilor o putem explica prin faptul că la această vîrstă ajung numai bărbații cu o emotivitate stabilă bine determinată.

Depresiile și anxietatea se găsesc într-o măsură egală atît la femeile, cît și la bărbații chestionați (tab.5).

Deregările de somn, disforiile alternante, agresivitatea, abuzul de alcool sunt mai exprimate la bărbați decît la femei, iar anorexia se întîlnește mai des la femei (tab.5).

Tabelul 5

Analiza indicilor psiho-emoțivi în dependență de sex

Indicii psiho-emoțivi	Bărbați $P_1 \pm m_1$	Femei $P_2 \pm m_2$	t	p
Fobie de tip:				
biologic	79,1±2,23	88,7±1,32	3,7	<0,01
social	78,5±2,25	56,1±2,6	6,5	<0,001
moral	62,1±3,04	63,7±2,36	0,4	>0,05
Anxietate	78,1±2,29	76,7±1,89	0,5	>0,05
Agresivitate	36,2±3,91	6,9±3,74	5,4	<0,001
Depresii	78,1±2,29	82,6±1,63	1,6	>0,05
Abuzul de alcool	58,2±3,16	23±3,44	7,49	<0,001
Disforii	27,6±4,1	15,8±3,61	2,5	<0,05
Deregări de somn	7,91±2,09	63,5±2,37	4,8	<0,01
Anorexia	56,3±3,24	75,4±1,94	2,3	<0,05

Efectuînd analiza comparativă a particularităților psiho-emoțive a intervievaților ce locuiesc singuri, cu familia și instituționalizați am observat că statutul social al vîrstnicilor determină frecvența și gravitatea indicilor psiho-emoțivi studiați. Această corelație este reprezentată în tab. 6 și 7.

Ca urmare a analizei comparative a psihoemoțivității vîrstnicilor solitari și a celor din familie am obținut următoarea ierarhizare după ranguri a indicilor: 1. – depresii, 2 – anxietate, 3 – fobii, 4 – abuz de alcool, 5 – anorexie, 6 – somn neliniștit.

Tabelul 6

Particularitățile statutului psiho-emoțiv și mental a vîrstnicilor ce locuiesc singuri și în familie

Nr. d/o	Indicii	Solitari $P_1 \pm m_1$	În familie $P_2 \pm m_2$	t	p	Locul de rang
1.	Fobii	99,1±0,51	78,8±1,96	10,04	<0,001	3
2.	Anxietate	94,3±1,3	66,5±2,36	10,33	<0,001	2
3.	Anorexie	81,5±2,35	59±2,61	7,26	<0,001	5
4.	Tristețe/Depresii	99,1±0,51	66,8±2,35	13,45	<0,001	1
5.	Somn neliniștit	81,8±2,33	57,6±2,65	6,87	<0,001	6
6.	Abuzuri de substanțe	62±3,36	17,5±3,70	8,91	<0,001	4

Ca urmare a analizei comparative a psihoemoțivității vîrstnicilor instituționalizați și a celor ce locuiesc în familie am obținut

următoarea ierarhizare după ranguri a indicilor: 1. – fobii, 2 – anxietate, 3 – depresii, 4 – somn neliniștit, 5 – anorexie, 6 – agresivitate, 7 – abuzuri de substanțe (tab.7).

Tabelul 7

Particularitățile statutului psiho-emotiv și mintal a vîrstnicilor ce locuiesc în familii și instituționalizați

Nr. d/o	Indicii	Instituțio- nalizați $P_1 \pm m_1$	În familii $P_2 \pm m_2$	t	p	Locul de rang
1.	Fobii	94,6±2,03	78,8±1,96	5,64	<0,001	1
2.	Anxietate	83±3,61	66,5±2,36	5,46	<0,001	2
3.	Anorexie	73,84±4,48	59±2,61	2,85	<0,05	5
4.	Tristețe/Depresii	98,4±1,07	66,8±2,35	4,74	<0,01	3
5.	Somn neliniștit	93,4±2,25	57,6±2,65	2,96	<0,05	4
6.	Abuzuri de substanțe	30±7,33	17,5±3,70	0,18	>0,05	7
7.	Agresivitate	50,9±6,2	19,3±3,66	0,61	>0,05	6

Studiul evaluării mintale

Studiul a arătat că statutul cognitiv a fost neafectat în 14,9±8,2 cazuri, afectat minimal în 57,5±1,99 cazuri, afecțiuni de gravitate medie s-au înregistrat în 18,09±2,77 cazuri, deficiențe grave de cogniție în 9,2±8,61 cazuri.

Din indicii studiați ce reflectă statutul mintal al vîrstnicilor, dereglările de cogniție au fost înregistrate în 30,5±2,55 cazuri, colapsurile de judecată în 19,84±2,75, lapsusurile cognitive în 21,42±2,70, demențele senile în 12,6±2,76. Indici ca retardul mintal și pierderea orientăției au fost ne semnificative.

În caz de dizabilități mintale vîrstnicii au urmat automedicație în 4,2±2,99 cazuri, tratament la domiciliu sub controlul medicului curant în 72,9±1,59 cazuri, tratament ambulatoriu în 56,8±2,01 cazuri, tratament staționar în 39,7±2,37 cazuri.

Studiul sănătății fizice

Vîrstnicul își percepe propria sănătate în mod adecvat în 67,0±1,76 cazuri, parțial-adecvat în 29,4±2,57 cazuri, inadecvat în 3,6±2,98 cazuri. Familia percepe starea sănătății vîrstnicului adecvat în 89,6±1,31 cazuri, parțial-adecvat în 6,03±9,31 cazuri, inadecvat în 4,24±3,95 cazuri. Vîrstnicul a avut probleme senzoriale sau de sănătate care nu-i permit să ia sau să comunice decizii responsabile

în $10 \pm 2,9$ cazuri. Tratatamentul patologiilor a fost efectuat ca automedicație în $24,7 \pm 2,45$ cazuri, tratament la domiciliu sub egida medicului în $60,9 \pm 1,98$ cazuri, tratament ambulatoriu în $44,1 \pm 2,29$ cazuri, tratament staționar în $20,6 \pm 3,54$ cazuri. În $40,6 \pm 2,26$ cazuri bătrînii nu au urmat tratament.

Studierea necesității în acordarea ajutorului medical a stabilit că de asistență medicală au nevoie $97,14 \pm 0,67$ vîrstnici: $63,7 \pm 1,84$ la domiciliu, $20,9 \pm 2,72$ în staționare specializate, $12,8 \pm 2,86$ vîrstnici necesită ameliorarea asistenței medicale în azil și $2,6 \pm 3,06$ vîrstnici au nevoie de tratament paliativ (fig. 11).

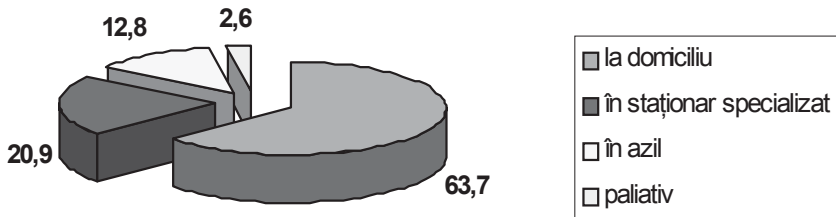


Figura 11. Evaluarea necesității bătrînilor pentru asistență medicală

Studiul activității zilnice elementare

Abilitatea de a îndeplini activitățile zilnice elementare și indispensabile a fost percepută de către vîrstnici adecvat în $90,0 \pm 0,96$ cazuri, neadecvat — $10 \pm 2,9$. Familia a răspuns adecvat în $98,7 \pm 0,35$, neadecvat în $1,3 \pm 3,14$.

Rezultatele analizei necesităților în îndeplinirea activităților zilnice (AZ) sunt reprezentate în figurile 14 și 15.

Analiza ajutorului solicitat în îndeplinirea AZE a relevat că cel mai mult este solicitată: îngrijirea (totală $53,1 \pm 2,09$ și parțială $36,4 \pm 2,55$); toaleta ($60,6 \pm 1,92$ — ajutor total și $27,7 \pm 2,60$ — ajutor parțial), pentru realizarea mișcărilor (ajutor total — $61,5 \pm 1,9$ și parțial — $29,3 \pm 2,57$), mișcare de pe pat (ajutor total — $61,7 \pm 1,89$, parțial — $27,6 \pm 2,60$), mișcare de pe scaun (ajutor total — $64,7 \pm 1,82$ și parțial — $20,1 \pm 2,73$) (fig. 12).

Necesitățile solicitate sunt satisfăcute în felul următor: îngrijire — total $25,9 \pm 2,6$, parțial $51,3 \pm 2,1$, nu sunt $22,8 \pm 2,7$; efectuarea toaletei — total $48,3 \pm 1,2$, parțial $21,2 \pm 2,7$, nu sunt $30,5 \pm 2,5$ cazuri;

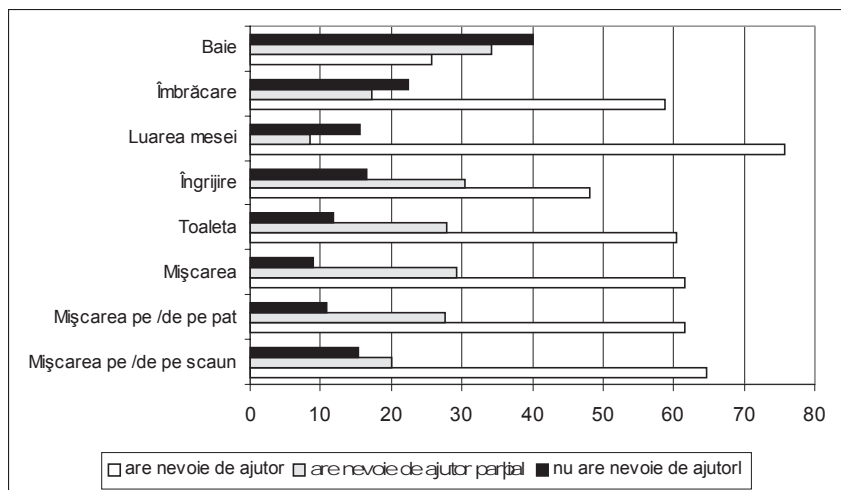


Figura 12. Analiza necesității bătrânilor pentru ajutor în îndeplinirea activităților zilnice elementare (AZE)

efectuarea mișcărilor — total $31 \pm 2,5$, parțial în $28,1 \pm 2,32$, nu sunt $30,9 \pm 2,5$ cazuri, mișcarea de pe pat — total $36,7 \pm 2,4$, parțial $35,1 \pm 2,4$, nu sunt $28,2 \pm 2,5$; mișcarea de pe scaun — total $34,6 \pm 2,4$, parțial $50,2 \pm 2,1$, nu sunt satisfăcute $15,2 \pm 2,8$ (fig. 13).

În îndeplinirea AZI se solicită ajutor pentru: întreținerea casei — total $13,4 \pm 2,84$, parțial $43,4 \pm 2,3$, nu au nevoie $43,2 \pm 2,3$; lucrul pe lângă casă — total $22,6 \pm 2,69$, parțial $46,8 \pm 2,23$, nu au nevoie $30,6 \pm 2,54$; spălatul rufelor — total $24,4 \pm 2,66$, parțial $31,1 \pm 2,54$, nu au nevoie $44,5 \pm 2,28$; pregătirea mâncării — total $13,8 \pm 2,84$, parțial $29,3 \pm 2,57$, nu au nevoie $56,9 \pm 2,01$; administrarea banilor — total $13,8 \pm 2,84$, parțial $10,3 \pm 2,89$, nu au nevoie $75,9 \pm 1,5$; cumpărături — total $37,3 \pm 2,42$, parțial $26,6 \pm 2,62$, nu au nevoie de ajutor $36,1 \pm 2,44$ (fig. 14).

Necesitățile solicitate de bătrâni pentru ajutor în îndeplinirea AZI sunt satisfăcute pentru: întreținerea casei — total $60,8 \pm 1,91$, parțial $30,1 \pm 2,56$, nu sunt satisfăcute $9,1 \pm 3,93$; lucrul pe lângă casă — total $60,6 \pm 1,94$, parțial $24,2 \pm 2,67$, nu sunt satisfăcute $14,8 \pm 3,29$; pregătirea mâncării — total $26,5 \pm 2,6$, parțial $33,45 \pm 2,35$, nu sunt satisfăcute $40,1 \pm 2,64$; administrarea banilor — total în majoritatea

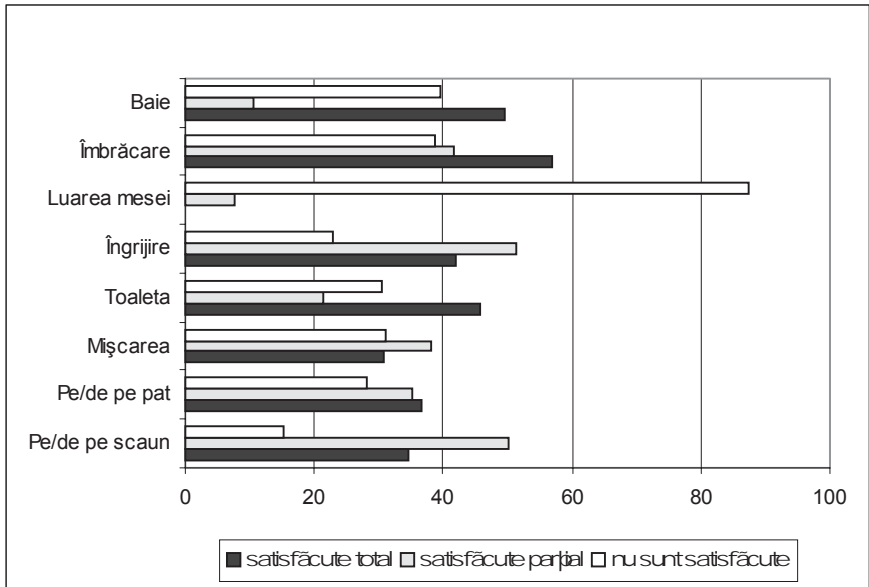


Figura 13. Cota necesităților satisfăcute în cadrul analizei activității zilnice elementare (AZE)

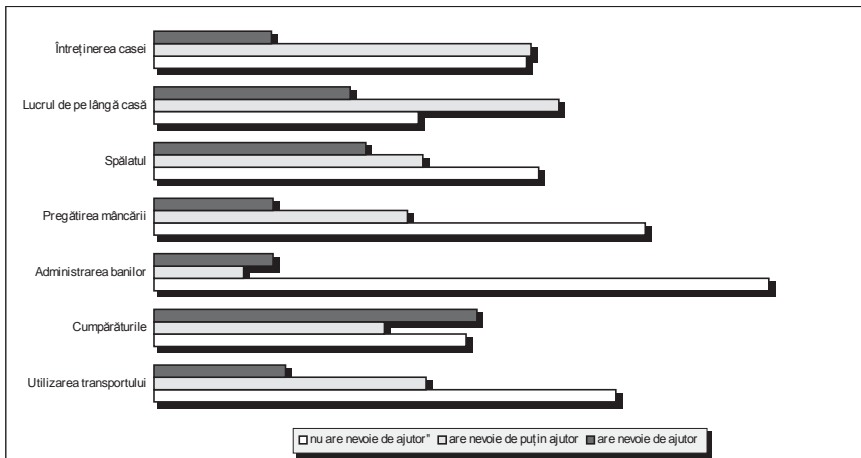


Figura 14. Analiza necesităților bătrânilor pentru ajutor în îndeplinirea activităților zilnice indispensabile (AZI)

cazurilor $91,4 \pm 0,89$; efectuarea cumpărăturilor – total $56,1 \pm 2,02$, parțial în $27,1 \pm 2,61$, nu sunt satisfăcute în $16,8 \pm 2,79$ cazuri (fig. 15).

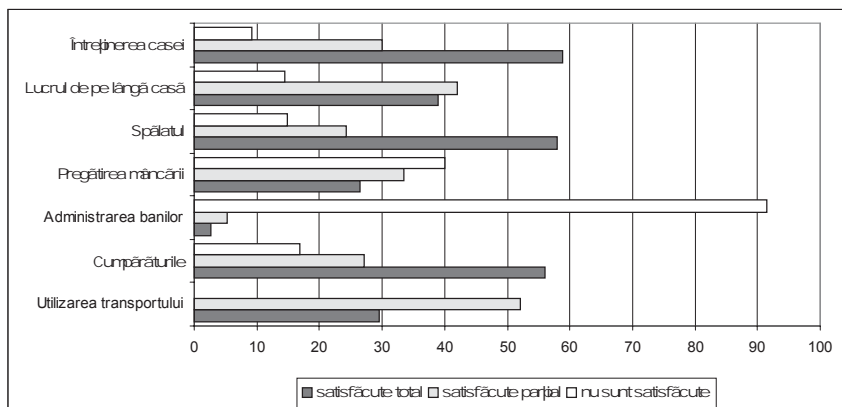


Figura 15. Cota necesităților satisfăcute în cadrul analizei activității zilnice indispensabile (AZI)

În rezultatul analizei efectuate am concluzionat că numărul cazurilor în care necesitățile sunt satisfăcute parțial și nesatisfăcute în general prevalează cu mult asupra numărului de cazuri de satisfacere suficientă a necesităților. $79,6 \pm 1,38$ din intervievați necesită ajutor pentru îndeplinirea AZI și AZE.

La întrebarea: de cine este ajutat vîrstnicul în îndeplinirea activităților zilnice, respondenții au specificat: de soț/soție în $13,17 \pm 2,88$ cazuri, de membrii familiei în $13,01 \pm 2,90$ cazuri, de îngrijitor în $2,85 \pm 3,01$ cazuri, de către vecini în $38,88 \pm 2,99$ cazuri, de prieteni în $21,58 \pm 0,7$ cazuri, de către voluntari în $45,2 \pm 2,26$ cazuri, de către membrii ONG în $49,20 \pm 2,1$ cazuri, nu au fost ajutați pentru că nu au avut nevoie în $23,01 \pm 2,68$ cazuri, nu au fost ajutați, dar au avut nevoie de ajutor în $34,28 \pm 2,48$ cazuri.

Dintre vîrstnicii supuși studiului pot citi $86,19 \pm 1,14$, scrie $85,39 \pm 1,18$.

Bătrînii purtau ochelari în $56,82 \pm 2,0$ cazuri (aveau nevoie în $96,5 \pm 0,57$), foloseau baston $27,93 \pm 2,6$ vîrstnici, $3,8 \pm 3,02$ din vîrstnici aveau nevoie de aparate auditive. La $0,65 \pm 3,03$ vîrstnici a fost aplicat cateterul urinar, iar proteze dentare la $14,76 \pm 2,83$ (au nevoie $92,33 \pm 0,85$ vîrstnici). Bătrînii dispun de dispozitive de avertizare —

sonerie, telefon în $17,61 \pm 2,78$ cazuri; protezarea membrelor superioare sau inferioare a fost efectuată în $5,39 \pm 2,99$ de cazuri. În $4,6 \pm 3,02$ cazuri bătrînii dispuneau de pat funcțional, de scaun cu rotile în $0,92 \pm 3,01$ cazuri, de instalații pentru oxigenoterapie în $20,6 \pm 2,73$ cazuri.

Își continuă activitatea profesională $3,9 \pm 3,01$, se ocupă de menaj $63,1 \pm 1,86$.

Studiul aspectelor economice

Vîrstnicii și familiile lor percep capacitatea bătrînului de a administra banii adecvat în $89,36 \pm 1,0$ cazuri, neadecvat în $10,6 \pm 2,9$ cazuri. Bătrînii își administrează banii singuri în $62,85 \pm 1,87$ cazuri. Venitul lunar la toți intervievații este constituit din toate sursele de asistență socială, de ajutorul copiilor — $49,84 \pm 2,17$ bătrîni, al organizațiilor de caritate — $65,07 \pm 1,81$ bătrîni.

Cu toate acestea, venitul lunar al vîrstnicilor nu acoperă coșul minim de consum stabilit. Cheltuielile lunare sunt acoperite parțial în $10,15 \pm 2,91$ de cazuri, nu sunt acoperite în $89,8 \pm 0,97$ cazuri.

În rezultatul studiului s-a constatat că toți vîrstnicii necesită ameliorarea asistenței medico-sociale: $77,5 \pm 1,45$ o solicită la domiciliu, $19,9 \pm 2,74$ necesită ameliorarea asistenței medico-sociale în azil și $2,6 \pm 3,06$ necesită ameliorarea asistenței paliative (fig.16).

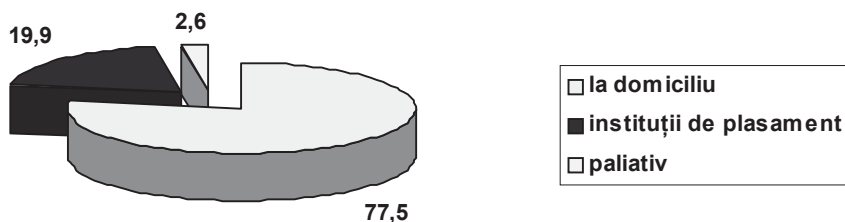


Figura 16. *Evaluarea asistenței medico-sociale solicitate de bătrîni*

Ca urmare a studiului efectuat am menționat un grad înalt de dezintegrare socială a vîrstnicilor (distabilitate pronunțată a statutului psiho-emotiv), predominarea polipatologiilor și a evoluției decompensate în statutul fizic, necesitatea impunătoare în ameliorarea asistenței medico-sociale.

Capitolul III.

Analiza și pronosticul internațional al asistenței medico-sociale a bătrânilor și argumentarea Conceptului de protecție și susținere a vîrstnicilor în R.Moldova

3.1. Analiza asistenței medico-sociale în țările europene

În baza documentelor ONU, OMS, a datelor oferite de departamentele de statistică din diferite țări și de instituțiile de gerontologie și geriatrie, a anualelor statistice, am efectuat analiza asistenței medico-sociale a bătrânilor în diferite țări și pronosticurile de finanțare a programelor sociale a acestor grupuri de populație.

În țările industriale dezvoltate, unde procesul de îmbătrânire demografică a populației s-a produs mai lent, numărul bătrânilor în societate este destul de impunător și speranța de viață este mai înaltă (fig.17) (71, 86, 89).

În aceste țări statul deține rolul principal în dirijarea activității verigilor infrastructurii de protecție și asistență a bătrânilor. Sectorul asistenței sociale și al ocrotirii sănătății constituie o unitate integrantă bine definită și organizată, caracterizată prin intercorelarea, interdirijarea și cooperarea funcțiilor.

Sunt adoptate și implementate zeci de documente statutare de bază ale politicii vizînd persoanele de vîrsta a III-a, obiectivul primordial al căreia constă în asigurarea integrării depline a vîrstnicilor în toate contextele și sferile vieții conform posibilităților, particularităților de vîrstă, poziției sociale și culturale.

Sunt create fonduri speciale de rang național ce depun eforturi considerabile în soluționarea problemelor persoanelor vîrstnice (74, 76, 108).

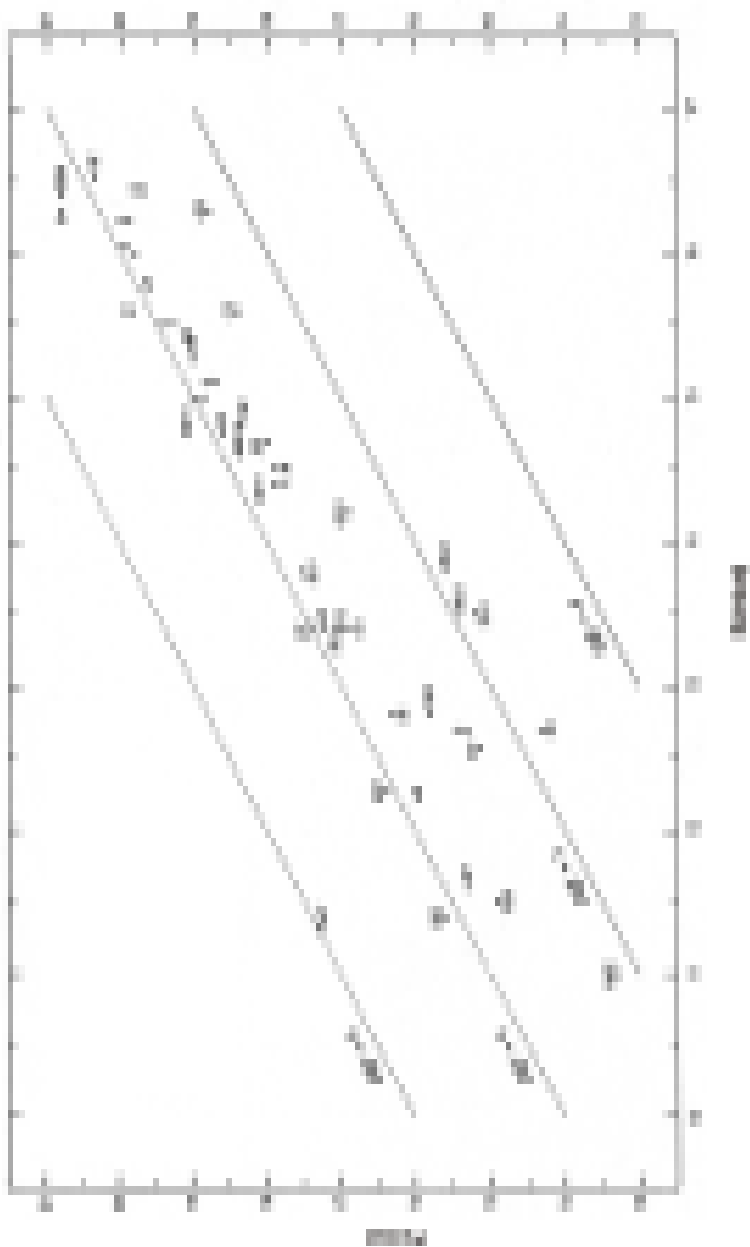


Figura 17. Speranța de viață la naștere

Managementul serviciilor de asistență medico-socială pentru persoanele vîrstnice, la nivel național, în majoritatea țărilor este administrat de structuri cu destinație specială și responsabilitate în acest domeniu, create prin decrete legislative: în Spania de către Institutul Național al Serviciilor Sociale (creat în 1978), condus de consiliul general (39 de consilieri) în frunte cu Secretarul general pentru Securitate Socială; în Portugalia de către Secretariatul Național de Reabilitare; în Cipru de către Consiliul de Reabilitare și acordare a serviciilor pentru îngrijire și reabilitare (73).

În Olanda activitatea ministerelor responsabile de elaborarea și promovarea politicii privind persoanele vîrstnice este coordonată de Comitetul de Dirijare Interdepartamentală (65); Germania, conform constituției, este un stat social bazat pe principii democratice și politicile de susținere medico-socială a bătrînilor sunt construite ținînd cont de drepturile vîrstnicilor, stipulate în codul social; în Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord administrarea și dirijarea politicii de asistență medico-socială a vîrstnicilor este realizată la nivel guvernamental — modelul britanic de susținere a vîrstnicilor (în aspect financiar, social, medical etc.) a obținut o apreciere internațională (83, 86); în Italia a fost realizată descentralizarea administrării serviciilor de asistență socială, susținută prin decret prezidențial, care prevăd responsabilitatea republicii de a asigura egalitatea, autonomia, integrarea socială (politică, economică) și protecția vîrstnicilor (11); în Franța, Olanda și Belgia politicile de asistență medico-socială a vîrstnicilor sunt trecute în subordonarea Comunităților (76, 104, 128).

În concluzie, principiile de bază ale politicii de asistență medico-socială și protecție a persoanelor vîrstnice în țările economic dezvoltate ale Europei includ:

- Integrarea vîrstnicilor în societate (promovarea participării la viața socială, politică, obștească, culturală, economică, științifică etc.) și lichidarea barierelor fizice și sociale în realizarea acestui scop.

- Promovarea măsurilor și resurselor pentru asigurarea unei senescente decente.

- Promovarea și implementarea serviciilor pentru profilaxia îmbătrînirii precoce, asigurarea asistenței și reabilitării medicale;

pentru studii și cercetări în domeniul geriatriei și gerontologiei, pentru optimizarea programelor educaționale și de instruire.

- Dezinstituționalizarea persoanelor vîrstnice și integrarea lor în familii.

- Susținerea și amplificarea cooperării internaționale.

Rolul primordial în asigurarea medico-socială a bătrînilor revine statului: instituțiilor curativ-profilactice și științifice, spitalelor sociale, azilelor, hospisurilor. Instituțiile de plasament private activează eficace în acest domeniu și sunt accesibile și apreciate de către vîrstnici (67, 86).

În ultimele decenii, politica națională pentru asistența medico-socială a vîrstnicilor în aceste țări are tendința de dezinstituționalizare a vîrstnicilor și integrarea lor în familii. Serviciile de asistență medico-socială la domiciliu sunt bine definite, structurate și abilitate să împiedice izolarea vîrstnicilor în instituții de plasament de către familii și societate, îngrijirea vîrstnicilor solitari și a integrați în familii în condiții de domiciliu.

Un rol principal în promovarea serviciilor pentru persoanele vîrstnice îi revine parteneratul Guvernului acestor țări cu diferite agenții, asociații ale vîrstnicilor, organizații obștești și de caritate, organizații de voluntariat, rude.

Sistemul de pregătire a cadrelor include programe ample de studii pentru personalul medical cu studii medii și superioare și asistenții sociali, și programe de instruire a voluntarilor, rudelor și vîrstnicilor în domeniul geriatriei și al gerontologiei (37, 42).

În urma analizei efectuate remarcăm că în țările prezentate anterior predomină procesul de îmbătrînire demografică a populației, iar societatea este conștientă de valoarea și importanța persoanelor vîrstnice; statul avînd un rol primordial, promovează o politică națională complexă de asistență medico-socială, de integrare în societate, reabilitare și exercitare efectivă a drepturilor vîrstnicilor; comunitățile s-au restructurat, recunoscînd valoarea persoanelor vîrstnice pentru continuitatea dezvoltării umane durabile și asigură măsurile de ameliorare continuă a asistenței, îngrijirii și integrării armonioase a vîrstnicilor în viața socială.

Pe parcursul studiului am mai constatat că în unele țări ale Europei sistemul de asistență medico-socială a persoanelor vîrstnice

și cel educațional în domeniul geriatriei și gerontologiei se află la o etapă de reformare.

În țările Europei de Est ponderea vîrstnicilor în societate este destul de înaltă, dar speranța de viață (fig.17) este reprezentată prin valori mai scăzute decît în țările europene dezvoltate economic (94, 173, 209).

Procesul de majorare a numărului vîrstnicilor a impus necesitatea promovării și restructurării politicii vizînd asistența și protecția bătrînilor.

Tendențele administrative, politice și economice survenite în ultimele decenii au permis reformarea asistenței medico-sociale a bătrînilor la nivel național și implementarea proiectelor de legi vizînd protecția și susținerea bătrînilor.

Serviciile de asistență medico-socială a bătrînilor sunt finanțate din bugetul statului, bugetul municipal, din fondurile particulare și internaționale.

Obiectivele politicii statale pentru asistența medico-socială a vîrstnicilor includ următoarele principii de bază:

- Promovarea reformării politicii naționale de asistență medico-socială a persoanelor vîrstnice.
- Sensibilizarea societății vizînd actualitatea reformelor de asistență medico-socială a vîrstnicilor.
- Completarea codului legislativ pentru implementarea politicii de asistență și protecție a vîrstnicilor.
- Planificarea, promovarea și coordonarea activităților instituțiilor și a serviciilor de domeniu la nivel național.
- Studiarea persoanelor vîrstnice ca grup social vulnerabil la nivel național și realizarea procesului integrării în societate și în familie a vîrstnicilor.
- Optimizarea politicii de asistență medico-socială a bătrînilor prin acoperire internațională productivă (76, 97).

Așadar, în aceste țări statul ocupă rolul principal în administrarea și dirijarea serviciilor de asistență și protecție a vîrstnicilor.

Efectuînd analiza asistenței medico-sociale a vîrstnicilor în țările instabile economic, am constatat că situația în acest domeniu este defavorabilă și că problemele economice, politice, administrative din societate se repercutează asupra situației persoanelor vîrstnice.

În aceste țări se fac tentative de reformare atât la nivel național (Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Ministerul Ocrotirii Sănătății), cât și teritorial, a activității serviciilor de asistență medico-socială a bătrânilor (65, 76, 79).

Ponderea destul de înaltă a persoanelor vârstnice și speranța de viață redusă (fig. 17) în aceste țări impune necesitatea perfecționării sistemelor de asistență medico-socială a vârstnicilor.

Din cauza instabilității economice persistente, societatea nu este interesată de bătrâni.

Infrastructura instituțiilor de asistență medico-socială și de protecție a bătrânilor nu satisface pe deplin necesitățile acestora. Bătrânii nu au alte alternative decât spitalul, azilul sau secția gerontopsihiatrică. Rețeaua de deservire socială este insuficientă. Nu există rețele publice de îngrijire a persoanelor vârstnice. Persistă, într-un mod agravant, izolarea profesională, socială, politică, economică, culturală, de familie a vârstnicilor. Mai mult de jumătate din persoanele vârstnice nu-și satisfac necesitățile de bază pentru existență. Bătrânii nu sunt antrenați în nici un fel în procesul de abordare și rezolvare a problemelor și necesităților sale.

Pe parcursul mai multor ani sectorul nonguvernamental (ONG, organizații de caritate) participă la acordarea îngrijirii la domiciliu a persoanelor vârstnice solitare sau incapabile de autodeservire.

Programul de instruire a cadrelor în acest grup de țări este incomplet și nedefinit. Nu există specializare în geriatrie și gerontologie a personalului medical și asistenților sociali, precum și programe de organizare a treningurilor pentru activități interdisciplinare de echipă.(88, 102, 108, 183).

Făcînd o analiză internațională comparată a asistenței medico-sociale a vârstnicilor, am constatat că în majoritatea țărilor incluse în studiu problema vârstnicilor este actuală. Am efectuat următoarele specificări. Asistența medico-socială a vârstnicilor în țările industrial dezvoltate (fig. 18) este ajustată necesităților vârstnicilor vizînd principiul de integrare socială a acestora; este bazată pe acte legislative și normative fixe și optime; este dirijată de stat și realizată în instituții de plasament și prin programe la domiciliu bine organizate.

În unele țări europene (fig. 18) asistența medico-socială a vârstnicilor se află la etapa de reformare. Sunt bine definite și parțial



Figura 18. Analiza comparativă a asistenței medico-sociale a vîrstnicilor în Europa

implementate obiectivele politicii naționale și programele teritoriale vizînd susținerea și protecția bătrînilor.

Țările Europei de Est (fig. 18), din cauza situației economice instabile, a reformelor administrative, politice și financiare, nu posedă o bază legislativă și o infrastructură bine definită în domeniul protecției vîrstnicilor, aflîndu-se la o etapă inițială de optimizare a politicii asistenței medico-sociale a vîrstnicilor.

3.2. Pronosticurile științifice ale dinamicii populației vîrstnice și ale finanțării programelor durabile de asistență medico-socială

Problema pronosticului științific a fost folosită în medicina publică de către savanți cu renume ca: Misiuk N. S., Mastîkin A. S., Grișkov S. G. (1972), Sokolov D. C. (1974), Stupelis I. G. (1971), Testemițanu N. A. (1974), Șigan E. N. (1974), (1977), Prisăcaru I. F. (1981), (1991), Mereuță I. E. (2000).

Ca rezultat al pronosticului efectuat am obținut orizontul prognozei în dinamică a ponderii și distribuția procentuală a sporului de creștere a vîrstnicilor în Europa și alte continente (1994-2020) (fig. 19).

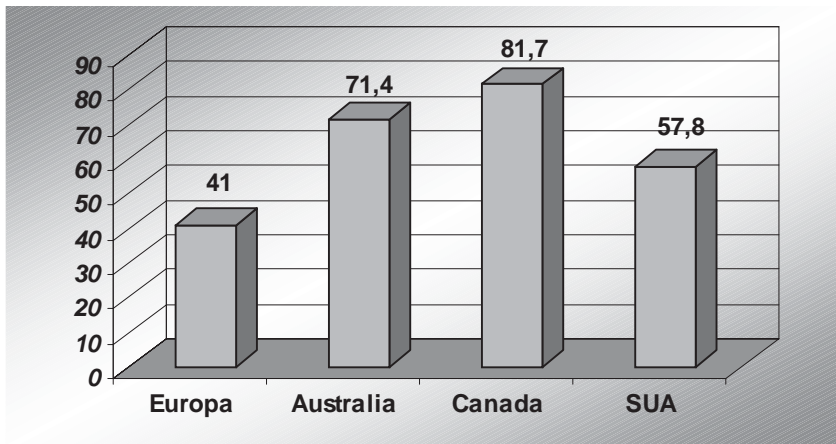


Figura 19. Sporul nivelului de creștere (%) a orizontului de prognoză a populației vîrstnice în perioada 1994 -2020

Cei mai înalți indici ai sporului de creștere s-au înregistrat în Canada, cei mai scăzuți în Europa (fig. 19). În Europa, cei mai înalți indici s-au înregistrat în Franța, cu un spor de creștere de 44,8%, iar cel mai scăzut – în Suedia, cu 29,5%.

Cei mai mari indici ai sporului de creștere a numărului total de bătrâni instituționalizați au fost obținuți în Europa (64,5%): mai mari în Franța – 75,8% și indicatorii mai scăzuți în Suedia – 15,6%; În Australia – 58,3%; În Canada – 34,9%. Cel mai mic spor de creștere s-a înregistrat în SUA (2,7%).

În concluzie se poate afirma că majorarea numărului populației vîrstnice va conduce la o scădere a prevalenței generale și la o creștere a numărului total de bătrâni instituționalizați, ceea ce necesită elaborarea unui nou statut de protecție a vîrstnicilor în localitățile rurale în perioada 1994-2020 în Europa și alte țări.

Rezultatele prognozei numărului total de vîrstnici cu incapacitate din mediul rural prezintă cel mai mic spor în Europa (0,8%): Franța și Suedia cu un spor de creștere negativ (-14,2% și, respectiv, -11,2%), Marea Britanie cu un spor de creștere moderat de (10,7%) și Germania cu un spor de creștere mai scăzut (0,7%). Spor de creștere moderat se va înregistra în Australia (61,1%), Japonia (25,7%) și SUA (25,2%). Cel mai înalt spor va fi în Canada (99,3%).

Pronosticul numărului total de bătrâni cu incapacitate a oferit următorii indici ai sporului de creștere: cel mai mic în Europa (13%), cu spor de creștere ridicat în Franța (26,1%), moderat în Germania (11,8%) și Marea Britanie (10,7%) și mai scăzut în Suedia (1,8%). În Australia – 59,8%, în Canada – 61%, în Japonia – 58,2%. Cel mai ridicat spor de creștere va fi în Canada.

Ponderea îmbătrînirii în structura populației este resimțită și necesită o nouă planificare (optimizată) a serviciilor de îngrijire a sănătății, cu prioritate pentru serviciile de sănătate primare, servicii mai adaptate și mai apropiate de problematica sănătății și de specificul vîrstei a III-a.

Potrivit rezultatelor orizontului prognozei de creștere a finanțării programelor durabile în asistența medicală a vîrstnicilor în instituțiile curative în perioada 1994-2020, s-au înregistrat următorii indici ai sporului de creștere pentru Europa: în Franța (91,8%) și Germania (41,0%), în Marea Britanie (24,6%) și indici mai scăzuți în Suedia

(13,2%). Cel mai ridicat spor se preconizează în Japonia, iar indici de spor negativ se vor înregistra în SUA (fig. 20).

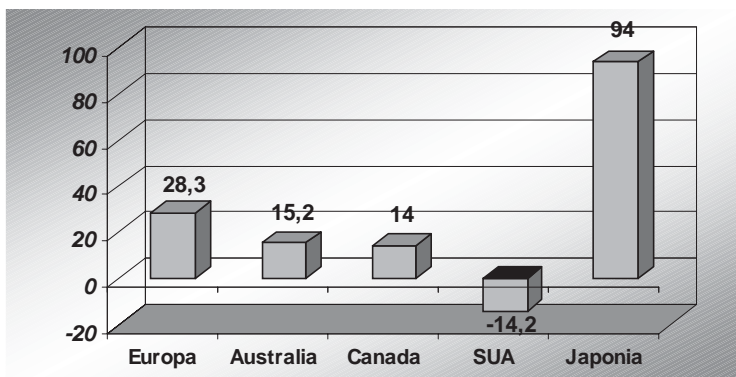


Figura 20. Sporul de creștere (%) a orizontului de prognozare a finanțării programelor durabile în asistența medicală a instituțiilor curative în perioada 1994-2020

Pe parcursul studiului am efectuat și pronosticul finanțării programelor durabile în asistența medicală a bătrânilor la domiciliu în perioada 1994-2020, reprezentat în fig. 21.

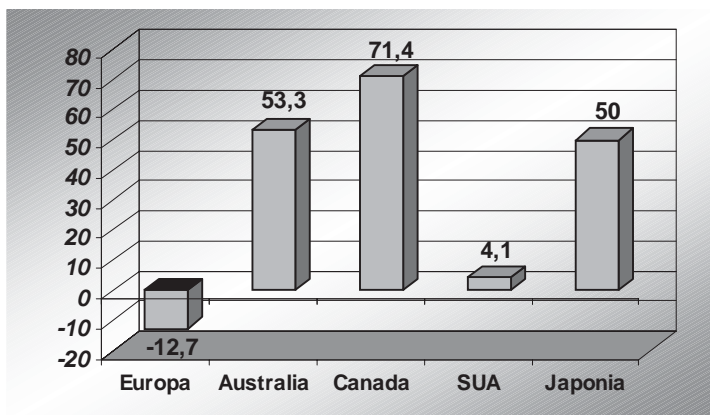


Figura 21. Sporul de creștere (%) a orizontului de prognozare a finanțării programelor durabile în asistența medicală a vîrstnicilor la domiciliu 1994-2020

Conform analizei, s-au înregistrat următorii indici ai sporului de creștere pentru Europa: spor negativ în Franța (-17,4%), Suedia (-13,3%) și o creștere neesențială de finanțare a programelor durabile în Germania (9,3%) și Marea Britanie (2,7%); cel mai mare spor de creștere s-a înregistrat în Canada, iar un spor mai scăzut de finanțare se va înregistra în SUA (fig. 23).

În concluzie, creșterea populației vîrstnice determină presiuni asupra sistemului economic și social:

- presiunea exercitată asupra populației active (creșterea raportului de dependență în societate);
- reconsiderarea politicilor economice și sanitare în sensul asigurării resurselor financiare acestui grup de populație;
- reconsiderarea politicii de asigurare de sănătate, necesitînd transferuri și realizări de resurse;
- o politică de echilibru a furnizărilor de resurse, care determină (printre alte cauze) și creșterea vîrstei de pensionare legală;
- transferul de fonduri de la grupul de populație ce scade numeric spre grupul care crește;
- creșterea cheltuielilor pentru sănătate, determinate de îmbătrînirea populației: anii (1990-2025) în unele țări.

Strategia politicii de protecție a populației vîrstnice necesită soluționarea problemelor politice, socio-economice, culturale, sanitare etc., profilaxia riscurilor modului de viață, reorganizarea sistemului de servicii de sănătate, participarea comunitară, inclusiv realizarea unui model sanogenezic de viață individual.

3.3. Argumentarea Conceptului și a Proiectului „Programului Național de asistență medico-socială a bătrînilor în Republica Moldova”

Situația de criză în domeniul asistenței și protecției bătrînilor în Republica Moldova argumentează necesitatea elaborării unor programe naționale privind asistența medico-socială a persoanelor de vîrsta a III-a. În Republica Moldova scopul acestor programe trebuie să fie optimizarea asistenței medico-socială a vîrstnicilor, bătrînilor și a longevivilor.

Strategiile sunt argumentate prin protecția îmbătrînirii, creșterea longevității vieții în RM, îmbunătățirea calității vieții persoanelor de vîrsta a III-ia, asigurarea dezvoltării umane durabile și a bătrîneții sănătoase, active și utile.

Argumentele științifice se bazează pe studierea problemei senescentei pe plan internațional și național.

Aspectul mondial și european al problemei

A. Aspecte demografice

Doar în ultimele decenii sunt abordate aspectele sociale, economice, politice și științifice intervenite în legătură cu îmbătrînirea populației la scară largă. Cîțva timp în urmă, persoane unitare atingeau vîrsta înaintată și constituiau un procent mic în raport cu numărul total al populației. Însă în sec. XX în marea parte a lumii sunt obținute succese vizînd diminuarea indicilor de mortalitate și morbiditate generală prin micșorarea procentului de decesuri în timpul nașterii, scăderea mortalității infantile, îmbunătățirea alimentării, ameliorarea formelor de bază a asistenței medicale, scăderea incidenței patologiilor infecțioase. Acești factori, în corelare cu factorii socio-economici, au contribuit la majorarea numărului persoanelor vîrstnice.

Conform datelor ONU, în 1950, în lume erau 200 mln persoane în vîrstă de 60 de ani și mai mult. Către 1975 numărul lor a crescut pînă la 350 mln, iar către 2000 – pînă la 590 mln. Către anul 2025 numărul vîrstnicilor va trece de 1100 mln de oameni. Deci, comparativ cu 1975 va crește cu 224%.

Se preconizează ca în această perioadă numărul populației pe glob va crește de la 4,1 pînă la 8,2 mlrd. În acest coraport, peste 45 de ani persoanele de vîrsta a III-ia vor constitui 13,7% din numărul total al populației pe glob.

Potrivit aceluiași date, în anul 1975, 52% din populația în vîrstă (60 ani și mai mult) locuia în țările dezvoltate, pe cînd în 2000 mai mult de 60% din persoanele de vîrsta a III-ia locuiau în țările în curs de dezvoltare; către 2025 această cifră va fi de 72%.

Creșterea numărului bătrînilor provoacă modificări în structura populației: micșorarea părții ce corespunde copiilor mărește partea corespunzătoare bătrînilor. După pronosticul ONU, în regiunile în curs de dezvoltare se așteaptă o scădere a numărului populației în

vîrstă de pînă la 5 ani de la 41% (1975) și 33% (2000) la 26% în 2025. Totodată, se prognozează o ascendență a numărului populației în vîrstă de 60 de ani și mai mult de la 6% (1975) și 7% (2000) pînă la 12% (2025). Astfel situația va corespunde nivelului anilor 50 din țările dezvoltate. În regiunile dezvoltate se preconizează o scădere a numărului populației în vîrstă de pînă al 15 ani de la 25% (1975) pînă la 21% (2000) și 20 % (2025). În același context, numărul populației în vîrstă de 60 de ani și mai mult va crește de la 15% (1975) pînă la 18% (2000) și 23% (2025).

În corelație cu indicii mortalității, majorarea longevității vieții la naștere în regiunile mai dezvoltate ar induce o mărire a duratei medii de viață la vîrsta de 60 de ani aproximativ cu un an în perioada 1975—2025. În regiunile în curs de dezvoltare această majorare ar corespunde la 2,5 ani. Astfel, către anul 2025 în regiunile dezvoltate bărbații în vîrstă de 60 ani vor trăi în medie încă nu mai puțin de 17 ani, iar în regiunile în curs de dezvoltare – nu mai puțin de 16 ani. Pentru femei aceste cifre vor constitui respectiv 21 și 18 ani.

Menționăm că, la menținerea acestor tendințe, corelația numărului bărbaților la 100 de femei va fi la fel de nebalansată în regiunile dezvoltate ale lumii, cu o ușoară ameliorare. În 1975, acest raport corespundea cifrei 74 pentru grupa de vîrstă de 60—69 ani, iar în 2025 va crește pînă la 78; pentru grupa de vîrstă de peste 80 ani indicele crește de la 48 la 53. În țările în curs de dezvoltare această corelație se va micșora neînsemnat către 2025: de la 96 pînă la 94 pentru grupa de vîrstă 60—69 ani și de la 78 la 73 pentru grupa de vîrstă de peste 80 de ani. Astfel, majoritatea populației în vîrstă va fi constituită de femei. Diferența populației după criteriile de gen în structura longevității pot influența condițiile de viață, venitul, sistemul de sănătate și alte structuri de susținere.

Un alt aspect important îl constituie tendința de repartizare a populației rurale și urbane. În 1975 în regiunile dezvoltate 2/3 de persoane de vîrsta a III-a locuia în orașe și se presupune că către anul 2000 vor constitui 3/4. În regiunile în curs de dezvoltare 3/4 din populația vîrstnică locuia în sate către anul 2000 vor constitui mai mult de 40%.

B. Aspecte umanistice și aspecte de dezvoltare

Tendințele demografice, caracterizate mai sus, vor influența considerabil societatea. Pentru a asigura o continuitate în dezvoltare

e necesar de a păstra echilibrul între factorii sociali, economici, ecologici și schimbările în domeniul creșterii, repartizării și structurii populației. Pentru a asigura o ascendență optimală în dezvoltare, țările trebuie să conștientizeze și să ia în considerare tendințele demografice și modificările în structura populației.

Aceste modificări vor necesita suportul financiar al instituțiilor naționale și internaționale corespunzătoare, dar situația economică din majoritatea țărilor în curs de dezvoltare nu permite alocarea tuturor resurselor necesare în acest scop.

Pentru soluționarea problemelor și a necesităților bătrânilor este necesară adoptarea unei legislații economice corespunzătoare bazată pe o cooperare internațională.

Problemele cu caracter umanist vizează concret necesitățile populației în procesul de senescentă. Există o multitudine de probleme comune atât pentru bătrâni, cât și pentru restul populației, dar unele dintre ele reflectă mai exact necesitățile respectivului grup de vîrstă. Aceste subdiviziuni includ: structurile sănătății, alimentația, condițiile de trai, mediul înconjurător, familia, starea socială, venitul garantat și încadrarea într-o anumită activitate.

Problemele de dezvoltare reflectă și consecințele îmbătrînirii societății — fenomen apreciat ca majorare a numărului de persoane de vîrsta III-a. Acest compartiment include date despre influența îmbătrînirii populației asupra sferei de producție, consum și venit, asupra investițiilor capitale și a sferei socio-economice etc.

De aceea, problemele de dezvoltare și cele umaniste sunt cercetate în scopul formulării programelor naționale, regionale și internaționale de acțiune.

Persoanele de vîrsta a III-a se impun nu numai prin număr și tendința accelerată de creștere, ci și prin particularitățile biologice ale organismului senescent, creînd astfel probleme de sănătate, de morbiditate generală, sociale, economice și chiar juridice la această categorie de vîrstă:

1. Vîrsta.
2. Scăderea ponderii persoanelor practic sănătoase
3. Prevalența bolnavilor polisomatici, cu patologii cronice, coexistente și decompensate
4. Creșterea numărului de persoane cu diverse tipuri de infirmități

5. Creșterea cheltuielilor financiare pentru tratament și îngrijire a bolnavilor și a persoanelor cu handicap

6. Creșterea riscului de deces

7. Probleme epidemiologice: 1) evidențierea factorilor ce influențează și determină îmbătrânirea – genetici, individuali, psihologici, familiali, sociali, economici; 2) evidențierea și atenuarea factorilor îmbătrânirii precoce și a factorilor ce condiționează agravări, infirmități și decese; 3) elucidarea aspectelor epidemiologiei analitice, descriptive, etc. a vîrstnicilor

8. Problemele sociale: independența personală; reintegrarea socială, denuclearizarea familiei; realizarea potențialului personal; demnitatea personale; solidaritatea între generații

9. Problema asistenței medico-sociale a vîrstnicilor

10. Problemele juridice: drepturile omului; principiile ONU vizavi de vîrstnici; rezoluția ONU pe problemele senescentei internaționale; Planul Internațional de la Viena în problemele senescentei; aspectele umanitare ale senescentei; aspectele psihopedagogice (folosirea rațională a cunoștințelor oamenilor vîrstnici pentru dezvoltarea umanității); demnitatea vîrstnicilor; securitatea personală; nivelului optimal al calității vieții acestora etc.

Reieșind din cele expuse, este oportună elaborarea și adoptarea Programului Național de asistență medico-socială a vîrstnicilor în Republica Moldova.

Studiile și cercetările noastre demografice au o importanță teoretică, dar în special practică. Ele ne oferă informația necesară inițierii unor măsuri și programe de acțiune destinate populației de vîrsta a III-a, proceselor de îmbătrânire demografică și implicațiilor generate de acestea.

În raport cu nivelul actual al procesului de îmbătrânire demografică din țara noastră, în cadrul diferitelor profiluri – pe sexe, medii și teritorial-administrativ – considerăm că se impune o intervenție mai susținută din partea societății în sprijinul persoanelor vîrstnice, prin *măsuri și Programe Naționale* imediate și de perspectivă.

Utilizînd datele rezultate din analizele pe care le-am efectuat, vom formula unele măsuri organizatorice practice în diferite domenii de activitate în favoarea persoanelor vîrstnice.

Programele și măsurile imediate trebuie să aibă în vedere grupurile de populație îmbătrânite existente și vor cuprinde măsuri diverse de ordin economico-social, medico-social, socio-cultural etc.

Considerăm că factorul de baza implicat într-o asemenea acțiune, la nivel *local*, trebuie să-l reprezinte centrul medical de familie rural, respectiv cel urban, încadrat pe cât posibil pe lângă personalul medical corespunzător cu un cadru mediu de asistență socială. Cu sprijinul celorlalți factori locali de la nivelul primăriilor, dispensarele trebuie să organizeze catalogări persoanele prevîrstnice, vîrstnice și bătrîne, să stabilească starea de sănătate a acestora pe vîrste și pe sexe, să determine factorii de risc care favorizează anumite boli, să organizeze acțiuni de dispensarizare cu efectuarea a cel puțin două controale medicale anual pentru stabilirea bilanțului de sănătate și a diagnosticului gerontologic.

La rîndul său, cadrul mediu de asistență socială ar trebui să urmărească cazurile speciale pentru care să întocmească anchetele sociale corespunzătoare și să solicite, apoi, diferite forme de sprijin, altele decît cele de asistență medicală, respectiv de ordin economic, social, juridic etc.

Medicul de familie, surorile de patronaj, nursingul trebuie să realizeze, concomitent cu supravegherea și dispensarizarea vîrstnicilor, acțiuni de educație geronto-geriatrică cu scop curativ, dar mai ales profilactic; vîrstnicilor li se va explica în ce mod să se îngrijească și să se ferească de îmbolnăviri: prin măsuri de gerogigenă, practicînd anumite activități, evitînd consumurile de tutun, cafea și alcool, practicînd o alimentație corespunzătoare vîrstei și stării de sănătate.

Asemenea acțiuni cu caracter sanogenetic trebuie întreprinse atît pentru persoanele vîrstnice și bătrîne cît și, în mod deosebit, pentru cele prevîrstnice: dacă primele au deja o anumită disbalanță patologică, în cazul celor secunde se pot evita situațiile de instalare precoce a unor boli cronice, degenerative și invalidante.

Cu sprijinul factorilor locali: primării, școli, instituții culturale, organizații obștești, agenți economici etc. trebuie întreprinse pe plan local o serie de acțiuni care să stimuleze activitatea în rîndul persoanelor vîrstnice, menținerea relațiilor sociale ale acestora și, de asemenea, trebuie luptat pentru o opinie favorabilă pentru vîrstnici

din partea grupurilor tinere și active de populație, în sensul cultivării respectului, bunăvoinței, afecțiunii și grijii față de aceste persoane.

La nivel *intermediar*, factorii responsabili sunt serviciile de asistență socială din cadrul direcțiilor de muncă și asistență socială, inspectoratele pentru handicapați, laboratoarele de evaluare și educație sanitară din cadrul centrelor medicinei publice, rețeaua unităților spitalicești și de asistență socială, inspectoratele de cultură, presa, filialele teritoriale ale partidelor politice etc.

La nivel *central* sarcini speciale revin Ministerului Muncii și Protecției Sociale, Ministerului Sănătății, Ministerului Educației, Ministerului Tineretului, partidelor politice, sindicatelor, organizațiilor de femei și tineret, presei centrale, televiziunii publice și radiodifuziunii naționale, posturilor tv și radio private, fundațiilor etc.

Programele și măsurile de perspectivă trebuie întocmite atât pe plan *local*, cât și la nivel republican.

Ele trebuie să vizeze persoanele care urmează să traverseze perioada bătrâneții și trebuie să fie făcute cunoscute publicului larg, activ, în momentul întocmirii lor, pentru a le sprijini ca viitori beneficiari ai acestor programe.

Asemenea programe trebuie să includă ca *obiective permanente o serie de măsuri* ce vizează problemele de dotări speciale, de instruire a personalului, de asigurare cu medicamente, aspecte de recuperare în cadrul unităților de profil din stațiunile balneo-climaterice, finanțarea pensiilor, a ajutoarelor permanente sau ocazionale, asigurarea cu unități de asistență socială și medico-socială pentru vîrstnicii cu probleme sociale: singuri, bolnavi cronici, nedepasabili, fără venituri etc. Acțiunile în cadrul unor asemenea programe trebuie să fie variate, dar bine eșalonate în timp, și conținutul acestora să fie profilactic.

În acest context a fost argumentat proiectul programului de pregătire și perfecționare a personalului medical și din sfera asistenței sociale în domeniul geriatriei și gerontologiei.

Programul complex de pregătire în specialitatea gerontologie și geriatrie propus de noi (L. Munteanu, A. Saulea, I. Mereuță, 2001) se bazează pe datele contemporane în metodologia pregătirii cadrelor și este format din cîteva niveluri, care includ toate aspectele geriatriei și gerontologiei:

I. nivelul preuniversitar (pentru surori medicale, felceri) realizat în colegiile de medicină;

II. nivelul universitar: curs (catedră) de gerontologie și geriatrie a USMF „N. Testemițanu” pentru studenți, rezidenți; pregătirea asistenților sociali efectuată în instituțiile de profil, dar cu o specializare mai profundă în geriatrie.

III. postuniversitar: pentru specializarea medicilor geriatri, a medicilor de familie, perfecționarea tematică pentru medicii de alte specialități.

IV. pregătirea cadrelor didactice.

V. instruirea membrilor familiilor, voluntarilor, îngrijitorilor (treninguri pe lângă centrele geriatrice, organizațiile obștești și de caritate, asociațiile geriatrice, ONG-uri, biserică).

Ar fi oportună implementarea programului de bază de studiu geriatric în instruirea medicilor la catedră (curs) de geriatrie și gerontologie a USMF „N. Testemițanu” și adoptarea de către MS al Republicii Moldova a documentelor normative: “Centrele calificative ale medicului geriatru”, “Regulament cu privire la medicul geriatru”, “Teste pentru medicii geriatri”, “Program unificat al studiului postuniversitar al medicilor în gerontologie și geriatrie” și altele.

Atitudinea societății și familiei față de oamenii de vîrsta a III-a prezintă o importanță deosebită pentru ei.

Mass media în ultimele decenii ocupă o poziție de forță în societate și ele pot fi folosite pentru susținerea și integrarea bătrînilor în societate. Informația despre bătrîni poate fi prezentată direct (despre starea sănătății, statutul psiho-fiziologic al bătrînului, principii generale de tratament și reabilitare) și tangențial (date despre relația vîrstnicului cu familia și societatea, drepturile persoanei vîrstnice, crearea unei tendințe de respect a tinerilor față de bătrîni).

Argumentele aduse confirmă necesitatea elaborării și adoptării Concepției medico-sociale de susținere a bătrînilor și a Programului Național de asistență medico-socială a bătrînilor, scopul cărora este optimizarea asistenței medico-sociale a vîrstnicilor, bătrînilor și longevivilor prin strategii și tactici argumentate științific și socio-economic.

3.4. Infrastructura medico-socială de susținere a bătrânilor

Persoanele vîrstnice fac parte din cele mai social vulnerabile pături ale țării noastre. Un punct primordial în politica națională de susținere și protecție a persoanelor vîrstnice e necesar să constituie infrastructura de asistență medico-socială a bătrînilor optimal ajustată spre satisfacerea necesităților acestui grup de vîrstă a populației.

Cercetările noastre au arătat că realizarea asistenței medico-sociale a bătrînilor trebuie implementată prin activitatea complexă a următoarelor verigi organizatorice reprezentate în fig.22.

Statul îndeplinește și trebuie să-și asume rolul major în implementarea politicii naționale vizînd persoanele vîrstnice și în administrarea activității instituțiilor de plasament de asistență medico-socială cît și a serviciilor de îngrijire la domiciliu. Este necesar efectuarea la nivelul statului a dirijării și coordonării activității instituțiilor de stat, a sectorului economic liber și al organizațiilor neguvernamentale.

Ca rezultat al studiului efectuat am dedus și am argumentat că asistența medico-socială a bătrînilor în R. Moldova ar fi necesar să fie asigurată prin modelarea și specificarea activității instituțiilor medicale curativ-profilactice, de reabilitare și a azilurilor create în fostul sistem național de sănătate (Semașco) (fig.24): policlinica, ambulatorul, unitatea medico-sanitară, dispensarul, stațiile de salvare, spitalele, instituțiile de cercetări științifice, sanatoriile, azilul de bătrîni, centrele medicale private.

Ar fi optimal să fie fondate instituții destinate celei mai vulnerabile categorii a vîrstnicilor.

Spitale sociale — instituții curativ-profilactice pentru acordarea asistenței medicale pentru grupele social-vulnerabile a societății (bătrîni, persoanele cu handicap, etc.).

Hospisul — unitate medico-socială, de susținere medico-socială a diferitor bolnavi inclusiv a bătrînilor, vîrstnicilor și longevivilor în ultima perioadă a vieții. Poate fi ca element în sistemul sănătății sau Ministerului Protecției Sociale (pentru viitor Ministerul Bunăstării Sociale).

Funcția de bază a hospisului este formarea unei noi forme a asistenței medico-sociale a medicinei filantropice bazate pe

umanismul societății față de bolnavii muribunzi. Hospisul poate avea policlinică, staționar, "hospisul la domiciliu". Finanțarea hospisului este mixtă, polivalentă, se înfăptuiește din bugetul de stat, bugetele locale, sursele extrabugetare, donațiile persoanelor fizice și juridice naționale și internaționale. Dirijarea hospisului e efectuată de Consiliul de Coordonare. Hospisul poate fi la nivel republican sau local. Organizarea și fondarea lor trebuie să coreleze cu legislația în vigoare și cu deciziile organelor de administrație locală.

Vizînd experiența internațională și argumentele aduse în urma studiului efectuat este oportun crearea în Republica Moldova a Institutului Național de Gerontologie și Geriatrie, Centrul Național de Gerontologie și Geriatrie și centrele geriatrice teritoriale.

Structurile medico-sociale de profil geriatric și gerontologic trebuie să corespundă anumitor principii de organizare și funcționare și să implementeze măsuri specifice de asistență și protecție a vîrstnicilor în corelare cu drepturile și necesitățile acestei categorii de vîrstă.

Cerințele pentru organizarea activității centrului geriatric

I. Poziții generale

1.1. Centrul geriatric reprezintă o instituție de organizare a sănătății, predestinat pentru acordarea asistenței medicale curatic-profilactice vîrstnicilor cu simptome de îmbătrînire precoce a organismului, precum și asigurarea coordonării organizațional-metodice a activității instituțiilor medicale, medico-sociale și a specialiștilor în domeniul geriatriei.

1.2. Funcțiile centrului pot fi repercusate pentru toate structurile de plasament de profil geriatric.

1.3. În procesul activității sale centrul geriatric se conduce după legislația RM, documentele normativ-metodice ale Ministerului Sănătății și organelor teritoriale de conducere în domeniul ocrotirii sănătății.

1.4. Volumul centrului și profilul secțiilor de staționar sunt determinate de organele teritoriale de conducere în domeniul ocrotirii sănătății, ținînd cont de structura demografică și mîndritatea populației în teritoriul administrativ respectiv.

1.5. Centrul poate servi ca bază clinică pentru instituțiile medicale de învățămînt și științifice.

1.6. Controlul pentru activitatea centrului este efectuat de către organele teritoriale corespunzătoare în domeniul ocrotirii sănătății

și alte organizații în domeniul ocrotirii sănătății și alte organizații în limitele competenței, stabilite de legislație.

2. Scopurile și funcțiile centrului:

2.1. Scopul de bază al activității centrului este organizarea și asigurarea asistenței geriatrice medicale specializate persoanelor vârstnice și persoanelor cu simptome de îmbătrânire precoce a organismului.

2.2. Funcțiile: monitoringul statutului sănătății a persoanelor vârstnice și necesitatea lor pentru asistență medicală și medico-socială; analiza activității instituțiilor curativ-profilactice a infrastructurii generale curative, a instituțiilor geriatrice și medico-sociale și a substructurilor curativ diagnostic și de reabilitare a populației vârstnice și a persoanelor cu simptome de senescență precoce; monitoringul îndeplinirii garanțiilor de stat, a persoanelor pentru asigurarea medicală și farmaceutică, cu anumite tipuri de protezare; participarea în elaborarea programelor regionale și teritoriale în domeniul perfectării asistenței medicale și a asigurării cu medicamente pentru persoanele sus-numite; asigurarea asistenței consultative, curativ-profilactice și de reabilitare persoanelor vârstnice și cu simptome ale senilității precoce; selectarea metodelor medicamentoase și nemedicamentoase de tratament pentru diferite grupe de vârstă; implementarea în practică a metodelor moderne de diagnostic, tratament și reabilitare, adaptate pentru persoanele vârstnice și pentru persoanele cu simptome ale senescenței precoce; organizarea activității de coparticipare în adaptarea socio-psihologică a vârstnicilor și învățarea manoperelor de îngrijire a lor; asigurarea asistenței organizațional-metodice și practice pentru instituțiile curativ-profilactice și pentru specialiștii rețelei curative generale în domeniul geriatriei; organizarea conferințelor, întrunirilor, seminarelor în domeniul problemelor actuale în gerontologie și geriatrie; asigurarea interactivității cu organele și instituțiile protecției sociale a populației în rezolvarea problemelor medico-sociale.

3. Structura, statele.

3.1. În structura centrului sunt incluse: secțiile de staționar geriatrice de profil; secție consultativă; secție de diagnostic; compartimentul organizațional-metodic; departamentele și serviciile auxiliare(fig.23).

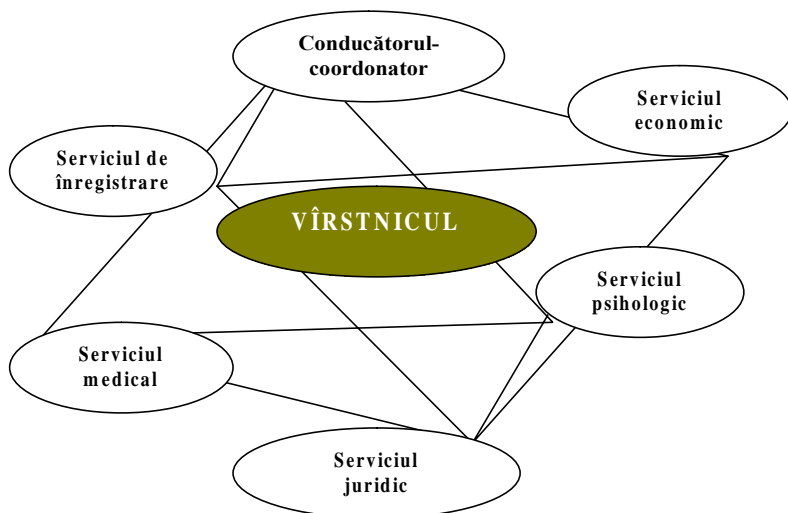


Figura 23. Interacțiunea verigilor structurale a centrului geriatric

Structura centrului geriatric e reprezentată de patru verigi principale (fig23):

- De înregistrare — ce asigură controlul asupra fluxului de cetățeni în condițiile unei instituții în parte sau urmărirea în dinamică a evoluției proceselor în condițiile unei regiuni economice.

- Medicală— ce asigură menținerea nivelului optimal de sănătate a vîrstnicilor, cu aportul major al medicilor-geriatri și gerontologi.

- Psihologică — ce coordonează procesele de adaptare la condițiile glisante ale existenței.

- Economică — ce răspunde de asigurarea financiară a activității vitale, în corelație cu sursele acumulate de vîrstnic pe parcursul vieții. Dacă membrii de familie sau vîrstnicul hotărăște să fie transferat în centrul geriatric, reiese că patrimoniul vîrstnicului respectiv este transferată pe perioada aflării lui în centrul geriatric sub jurisdicția serviciului economic al centrului geriatric cu păstrarea dreptului deplin a posesorului asupra averii. În acest caz va fi asigurată asistența continuă cu medicamente, alimente, inventar, instrumentar. Va fi posibil de diferențiat în corespundere cu resursele materiale a fiecărui om asigurarea cu măsurile medicale și sociale.

3.2. Numărul statelor este apreciat de către medicul șef al centrului în corespundere cu statele recomandate de către normativele stabilite.

3.3. Normativele recomandate pentru activitatea consultativă a centrului: a) două consultații pentru medicul-consultant pe oră; b) trei consultații pentru medicul-consultant pe oră.

3.4. Norma activității pe oră pentru personalul medical din structurile de diagnostic și curative sunt reglementate de medicul șef al centrului.

3.5. Personalul medical și surorile medicale ale centrului trebuie să posede pregătire respectivă în geriatrie.

4. Dirijarea și finanțarea

4.1. Conducerea centrului este realizată de medicul șef, numit de organele teritoriale de activitate în domeniul ocrotirii sănătății și eliberat din funcție conform legislației Republicii Moldova.

4.2. Finanțarea centrului poate fi efectuată din bugetul nivelului corespunzător, surselor din activitatea de asigurare medicală și din alte surse în conformitate cu legislația. Pentru rezolvarea problemelor activității centrului și realizarea scopurilor date, pot fi implicate și organele teritoriale și instituțiile asistenței sociale a populației, alte organizații religioase, sociale și publice.

Pentru asigurarea stabilității psiho-emotive a vîrstnicilor și înlăturarea sindromului de izolare și inutilitatea este foarte oportun și important promovarea și susținerea asistenței medico-sociale la domiciliu. Verigile structurale de bază ale „Programului la domiciliu” sînt reprezentate în fig. 22.

Infrastructura de menținere la domiciliu a vîrstnicilor e necesar să fie formată din diverse servicii de îngrijire la domiciliu, cu diversitatea organizatorică și finanțate din multiple surse.

Serviciile de asistență medico-socială la domiciliu includ:

- rețeaua medicală: medicul de familie, surori medicale de patronaj (ce aparțin spitalului, dispensarului, etc.);
- rețeaua de asistență socială: asistenți sociali, lucrători sociali tehnici, masa caldă pe roți, îngrijitori, etc.;
- grupul de susținere: familia, rude, vecini, prieteni, voluntari, slujitori ai bisericii.

Scopurile asistenței medico-sociale la domiciliu sunt maximalizarea autonomiei, atenuarea sindromului de izolare, de inutilitate și dependență a vîrstnicului.

Direcțiile asistenței medico-sociale la domiciliu trebuie să fie: serviciile nursing; asistență menajeră; asistență curativă și recuperatorie medicală (kinezioterapie, ergoterapie, reabilitarea psiho-emotivă, etc.).

Acest tip de servicii este optimal să fie asigurat prin cooperarea activității următoarelor verigi organizatorice: echipe interdisciplinare mixte formate din personalul medical (medicul de familie, sora de patronaj), asistentul social, grupul de îngrijire (nursing), voluntari, membrii familiei, vecini, prieteni, ONG, alte organizații de caritate, funcțiile căruia sunt prezentate în anexa 3; diverse servicii: centrele de zi, „masa caldă mobilă”, cantine, cluburi geriatrice, servicii de asistență gerontologică și familială.

La integrarea vîrstnicilor în societate va contribui crearea centrelor integraționale de zi, cluburilor pentru bătrîni, diverse asociații și mișcări ale bătrînilor, școli pentru vîrstnici, ateliere profesionale, editarea surselor informaționale speciale pentru vîrstnici și crearea emisiunilor speciale la radio, televiziune, antrenarea pe larg a mass-mediei în furnizarea informației despre și pentru bătrîni și în sensibilizarea opiniei societății pentru problemele senescentei.

Organizațiile neguvernamentale (O.N.G.-urile) formează Sectorul Trei în societate, după sectorul de stat și cel economic liber, care este în stare să contribuie esențial la asistența medico-socială a bătrînilor.

În Republica Moldova O.N.G.-urile au început să se dezvolte începînd cu primii muguri ai democrației. Tabelul 6 prezintă ONG-urile fondate în perioada anilor de studiu.

Tabelul 6

O.N.G.-urile de profil care au fost înregistrate în anii 1998-2002

1998	1999	2000	2001	2002
14	5	9	11	19

Pentru a îmbunătăți asistența medicală a persoanelor vârstnice e necesară interacțiunea medicilor practici și a oamenilor de știință sub deviza “știința pentru sănătatea bătrâneții”. Un rol important este elaborarea principiilor, obligațiunilor, funcțiilor medicilor de familie, a terapeutului de sector, medicilor de staționar și farmacologilor.

Geriatra se implementează pe larg în practica asistenței medicale. Medicina geriatrică devine o parte componentă a asistenței medico-sociale. Este inevitabil ca la baza asistenței medicale a vârstnicilor să fie următoarele principii:

- Asistența geriatrică trebuie să devină o parte componentă a sistemului general medico-profilactic, trebuie să fie complexă și accesibilă.

- Asistența medicală trebuie să fie maximal în corelație cu oamenii vârstnici, aceasta fiind obținută prin dezvoltarea și optimizarea activității Medicul de familie trebuie să constituie figura principală în procesul asistenței medicale a bătrânilor.

- Instituțiilor de laborator, cabinetelor geriatrice pe lângă policlinicile teritoriale și orașenești.

- Complexul de măsuri nu trebuie orientat numai spre asistența medicală dar și spre o reabilitare geriatrică asigurată prin interdependența directă cu nivelul asigurării complexe la nivel fizic, psihic, profesional și social.

Direcțiile activității serviciilor de asistență socială a vârstnicilor trebuie să fie bazate pe principiul de îmbunătățire a calității vieții bătrânilor și susținerii aptitudinilor sale, dezvoltarea resurselor pentru satisfacerea necesităților vârstnicilor, integrarea în viața socială, economică, politică, administrativă, culturală, profesională, obștească și spirituală a bătrânilor.

Principiul primordial în organizarea asistenței medico-sociale a persoanelor în etate reprezintă integrarea măsurilor sferelor asistenței medicale și sociale.

Capitolul IV.

Metodologia de organizare a cercetării particularităților asistenței medico-sociale a vîrstnicilor

4.1. Caracteristica generală a cercetării și proiectarea eșantionului

În realizarea actualei cercetări medico-sociale complexe au fost aplicate următoarele metode de studiu: cercetarea integrală și selectivă, anchetarea, metoda de expertiză, preluarea datelor din documentele medicale, alte metode de preluare a informației, precum și analiza de corelație și cea multifactorială; metoda empirică, istorico-descriptivă, analitică, economică, juridică.

În studiul particularităților asistenței medico-sociale a vîrstnicilor se pot distinge trei direcții: statistică, medico-socială și medico-organizatorică.

Aspectul statistic reflectă determinarea și analiza ponderii vîrstnicilor, a nivelului, cauzelor morbidității și mortalității bătrînilor.

Direcția medico-socială include studierea necesităților și problemelor de sănătate ale vîrstnicilor.

Orientarea organizatorică presupune stabilirea infrastructurii și a aspectelor de asistență medico-socială a vîrstnicilor și elaborarea concepției și programului de susținere a persoanelor vîrstnice.

Procesul de cercetare s-a desfășurat conform programului de studiu elaborat inițial (fig. 24). Unitatea de observație a fost reprezentată de populația în vîrstă de 60 de ani și mai mult.

La etapa inițială a fost efectuată cercetarea ponderii populației vîrstnice, a nivelului și structurii mortalității populației vîrstnice în

orașe, în cele trei zone economico-geografice și în republică în general.

Proiectarea eșantionului reprezentativ a fost efectuată în baza următoarelor principii:

- unitățile care se extrag din totalitatea generală nu se mai repun;
- selecția aleatoare a unităților statistice (în baza tabelului cu numere aleatoare);
- rezultatele obținute vor fi veridice pentru întreaga colectivitate de origine.

Toate aceste condiții sunt satisfăcute în cazul sondajului aleator fără repetiție:

$$n = \frac{Nt^2Pq}{N\Delta^2 + t^2Pq} \quad (1)$$

unde

n – volumul eșantionului;

N – volumul colectivității generale;

t – factorul de probabilitate egal cu 1,96 și care corespunde unei probabilități de 95%;

P – probabilitatea de apariție a fenomenului;

q – contraprobabilitatea. Ținînd seama de faptul că $0 < P$ și $q = 1 - p$, produsul Pq este maxim atunci cînd $P = q = 0,5$;

D - eroarea limită admisă egală cu 0,03 (3%).

Introducînd datele prezentate în formula (1), am obținut:

$$n = \frac{495375 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{495375 \times 0,03^2 + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5} = 1065$$

Astfel, volumul necesar al eșantionului a constituit 1065 vîrstnici din Republica Moldova (fig. 2).

Ținînd cont de faptul că ponderea bărbaților vîrstnici în Republica Moldova constituie 39,2%, iar a femeilor 60,8%, și ponderea vîrstnicilor din mediul urban cifrează la 34%, iar din cel rural 66%, a fost determinat numărul necesar al bărbaților (417), femeilor (648), vîrstnicilor din mediul urban (362) și rural (703) în eșantionul proiectat (1065).

În studiu au fost incluși 130 bătrâni instituționalizați (tab. 7).

Tabelul 7

Caracteristica bătrînilor instituționalizați (abs, %)

Categoria vîrstnicilor	Bărbați		Femei		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Mobili	12	41.37	17	58.62	29	22.3
La p a t	44	43,56	57	56,43	101	77,69
TOTAL	56	56,92	74	43,07	130	100

Din eșanționul proiectat, 935 vîrstnici au fost studiați la domiciliu, dintre care 335 – solitari și 600 – în familii (tab. 8).

Tabelul 8

Caracteristica bătrînilor studiați la domiciliu

Mediul	To-tal	B	F	Solitari			În familii		
				Total	B	F	To-tal	B	F
Urban	318	125	193	114	45	69	204	80	124
Rural	617	242	375	221	86	135	396	155	241
Total	935	367	568	333	131	204	600	235	365

Stratificarea ulterioară a eșanționului proiectat a fost efectuată la nivelul mediului rural pe zonele economico-geografice pentru anul 1999 (tab. 9).

Tabelul 9

Ponderea vîrstnicilor din localitățile rurale pe zonele economico-geografice

nr d/o	Denumirea zonei	Numărul absolut de vîrstnici	Ponderea vîrstnicilor, %	F (%)	B (%)
1	Zona de Nord	177625	42,7	109922 (43,3)	70 (42,7)
2	Zona Centrală	166880	40,1	100558 (39,6)	66322 (40,1)
3	Zona de Sud	71302	17,2	43060 (17,1)	28242 (17,2)
Total		415807	100	253540 (100)	165267 (100)

Ținând cont de volumul eșanționului din localitatea rurală (617) și ponderea vîrstnicilor în fiecare zonă, a fost determinat numărul necesar de bătrîni pentru teritoriul respectiv (tab. 10).

Tabelul 10

Volumul necesar și structura eșanționului după zonele economico-geografice ale Moldovei

nr d/o	Denumirea zonei	Numărul eșanționului	Ponderea vîrstnicilor, %	F (%)	B (%)
1	Zona de Nord	263	42,7	162 (43,3)	101 (42,7)
2	Zona Centrală	247	40,1	148 (39,6)	99 (40,1)
3	Zona de Sud	107	17,2	65 (17,1)	42 (17,2)
Total		617	100	375 (100)	242 (100)

La etapa finală a fost realizată alegerea bazelor reprezentative de sondaj în conformitate cu principiile ce caracterizează sănătatea bătrînilor: incidența și prevalența la vîrstnici, mortalitatea vîrstnicilor, ponderea vîrstnicilor.

Au fost selectate județele reprezentative pentru zonele economico-geografice ale republicii (tab. 11).

Tabelul 11

Județele reprezentative pentru cele trei zone economico-geografice ale Republicii Moldova

nr. d/o	Zonele	Județul reprezentativ	Volumul eșanționului
1.	N	Bălți	263
2.	C	Orhei	247
3.	S	Cahul	107

În baza analizei efectuate analogic, cea mai reprezentativă dintre localitățile urbane ale republicii s-a dovedit a fi or. Chișinău, volumul eșanționului constituind 318 persoane.

Pentru studierea ponderii vîrstnicilor în cadrul diferitelor zone

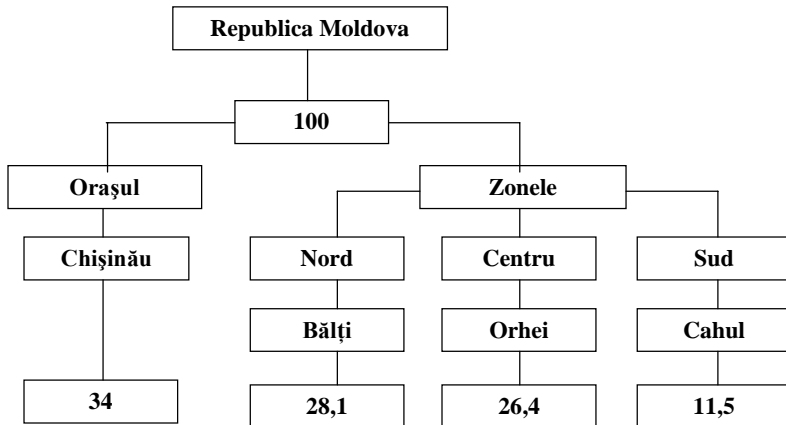


Figura 25. Schema cercetării selective a necesităților și problemelor de sănătate la vîrstnici

economico-geografice, toate județele republicii au fost clasate în funcție de volumul coeficientului de îmbătrînire a vîrstnicilor.

Clasarea județelor a fost realizată după următoarea metodă. A fost determinat coeficientul de îmbătrînire a vîrstnicilor în fiecare județ. Ulterior, utilizînd metodele statisticii variaționale, a fost calculat numărul necesar de grupuri și intervalul dintre grupuri, după care au fost stabilite hotarele fiecărui grup și s-a efectuat repartizarea județelor.

Algoritmul de calcul:

1. Determinarea coeficientului de îmbătrînire pentru județele republicii (pentru anii 1999, 2000, 2001) (tab.12):
2. Determinarea numărului de grupuri. În cazul în care $n = 12$, numărul de grupuri este egal cu 5.
3. Stabilirea intervalului dintre grupuri:

$$i = \frac{V_{\max} - V_{\min}}{r}$$

pentru anul 1999:

$$i = \frac{19,9 - 10,2}{5} = 1,94$$

Tabelul 12

Coeficientul de îmbătrânire pe județe (1999)

Nr. d/o	Județul	Coeficient de îmbătrânire
1.	Mun. Chișinău	10,2
2.	Jud. Chișinău	11,7
3.	Orhei	14,3
4.	Lăpușna	13,4
5.	Bălți	15,2
6.	Cahul	11,9
7.	Edineț	19,9
8.	Soroca	16,4
9.	Taraclia	13,1
10.	Tighina	12,9
11.	Ungheni	15,4
12.	UTA Găgăuzia	12,7

4. Repartizarea județelor în funcție de coeficientul de îmbătrânire (tab 13).

Tabelul 13

Clasarea județelor republicii în funcție de nivelul coeficientului de îmbătrânire

nr. d/o	Nivelul	Nivelul de îmb.	Județele
1.	Foarte scăzut	10,2—12,14	m. Chișinău, j. Chișinău, Cahul, Tighina, UTA Găgăuzia
2.	Scăzut	12,15—14,08	Orhei, Lăpușna, Taraclia
3.	Mediu	14,09—16,02	Bălți, Ungheni
4.	Înalt	16,03—17,96	Soroca
5.	Foarte înalt	17,97—19,9	Edineț

Pentru efectuarea pronosticului ponderii populației vîrstnice pînă în 2010 am folosit metoda regresiei liniare.

4.2. Caracteristica aspectelor cercetării medico-sociale

În scopul unei cercetări detaliate a necesităților și problemelor de sănătate ale vîrstnicilor a fost elaborat un chestionar de studiu. Informația inclusă în chestionar a fost structurată în cîteva compartimente:

- I. „Studiul aspectelor sociale”
- II. „Particularitățile statutului psiho-emotiv al vîrstnicilor”
- III. „Studiul sănătății fizice”
- IV. „Studiul activităților zilnice ale vîrstnicilor”
- V. „Studiul aspectelor economice și necesităților în asistența medico-socială”.

În continuare a fost determinată prioritatea indicilor obținuți. Valorile care au prezentat diferențe importante ($P < 0,05$) au fost atribuite ca semnificative.

Ierarhizarea factorilor semnificativi s-a efectuat în funcție de criteriul Student „t”, care demonstrează nu numai semnificația, ci și gradul diferențelor dintre grupuri.

Cu cît mai mare e valoarea criteriului Student, cu atît mai mari sunt diferențele dintre grupuri și gradul de influență a factorului respectiv (S. Pliudov, M. Moroșanu, Proiectarea tehnologiilor computerizate în domeniul sănătății publice. – Chișinău, 1993. – p. 89-92).

4.3. Analiza cercetării medico-organizatorice

La etapa inițială de cercetare a fost studiată analiza comparativă a asistenței medico-sociale geriatrice în diferite țări.

La etapa ulterioară au fost studiate rezultatele tratamentului recuperator la unele grupuri de bătrîni tratați prin metode nonmedicamentoase (tab.14).

Tabelul 14

Caracteristica bătrînilor reabilitați

Grupele de vîrstă	Nr. bătrînilor		Sex			
			Bărbăți		Femei	
	Nr.	%	Abs.	%	Abs.	%
60—65	60	17,4	37	61,66	23	38,33
66—70	68	19,71	42	61,76	26	38,24
71—80	60	17,4	23	38,33	37	61,66
80—85	47	13,63	13	27,65	34	72,34
60—85	110	31,88	49	44,54	61	55,45
TOTAL	345	100	164	47,54	181	52,46

În total au fost readaptați 345 bătrâni, 164 (47,54%) bărbați și 181 (52,46%) femei. Am aplicat câteva metode de rehabilitare și readaptare caracterizate în tab.15.

Tabelul 15

Caracteristica bătrânilor în funcție de grupul de studiu, metodele de rehabilitare, vîrstă și sex

Metoda de reabilitare	Caracteristici				
	Nr. grupeii	Nr. bătrînilor	Vîrsta	Sexul	
				Masculin	Feminin
Terapia magnet	1	18	60 - 65	10	8
	2	20	66 - 70	14	6
	3	18	71 - 80	7	11
	4	10	- 85	3	7
	5	40	60 - 85	15	25
Terapia laser	1	12	60 - 65	7	5
	2	14	66 - 70	8	6
	3	12	71 - 80	4	8
	4	11	- 85	4	7
	5	24	60 - 85	10	14
Terapia magneto- aeroionică	1	16	60 - 65	11	5
	2	14	66 - 70	10	4
	3	12	71 - 80	5	7
	4	10	- 85	2	8
	5	26	60 - 85	11	15
Reabilitarea în complex	1	14	60 - 65	9	5
	2	20	66 - 70	10	10
	3	18	71 - 80	7	11
	4	16	- 85	4	12
	5	20	60 - 85	13	7

Pe parcursul studiului au fost utilizate următoarele metode de rehabilitare și readaptare a bătrînilor:

1. Magnetoterapie

Terapia magnetică a fost realizată la aparatele AMT-01 „Магнитер” și „МАГ-30” în conformitate cu recomandările (I. Camîșov, I. Mereuță, 1999).

2. Magneto-aeroionoterapie

Această metodă de tratament s-a înfăptuit cu aparatul Mercur-1. Într-un moment se acționează cu cîmpul magnetic de 5mTl și flux

de aeroioni negativi cu o concentrație de $5\text{—}15^{10}\text{ion/cm}^3$ cu o intensitate a curentului de $25\text{—}75\text{ mA}$.

3. Laseroterapia

Tratamentul s-a efectuat cu aparatele УЛФ („Ягода”, АП1-1, АЛТ („УЗОР”)) ca acțiune pe câmp larg în zonele patologice și în proiecția nocicepției patologice (capacitatea totală $0,2\text{—}1\text{mV/cm}^2$), și punctual după criteriul câmpurilor biologice (Ėrăńńńń, 1986). Acțiunea s-a efectuat la un Lo-punct. Acțiunea la 1 punct s-a menținut $30\text{—}60\text{ sec}$. sumar la un bolnav bătrîn $5\text{—}10\text{min}$. Cura de tratament — 10 zile.

4. Terapia magneto-laser

Tratamentul s-a efectuat cu aparatul AMAT-01 și УЗОР-2K. Timpul procedurii — $12\text{—}16\text{ minute}$.

Metoda psihoterapeutică de readaptare a fost aplicată individual și în grup.

Criteriile de eficacitate a tratamentului recuperator, tratamentul recuperator, tratamentul paliativ și al calității vieții bătrînilor au constat din:

- ◆ Aprecierea nivelului de activitate a bătrînului după scara Cornovschi;

- ◆ Indicii sîngelui periferic;

- ◆ Indicii biochimici;

- ◆ Aprecierea statutului imun;

- ◆ Testarea psihofiziologică computerizată (profilurile MMPI).

La etapa următoare a fost studiată politica în domeniul resurselor umane ale sistemului medico-social de susținere a bătrînilor.

Etapa ulterioară a constituit studierea infrastructurii medico-sociale și elaborarea Programului „Domiciliul”.

La etapa finală a fost elaborat proiectul Programului Național de asistență medico-socială a bătrînilor în Republica Moldova.

Metodologia aplicată a permis studierea nivelului și structurii mortalității și ponderii vîrstnicilor în funcție de sex și de mediul de reședință, a necesităților și problemelor de sănătate ale vîrstnicilor; estimarea necesității de asistență medico-socială a vîrstnicilor; studierea resurselor umane și a infrastructurii de susținere medico-socială a vîrstnicilor și elaborarea proiectului Conceptului și Programului național de asistență medico-socială a vîrstnicilor în Republica Moldova.

Încheiere

Geriatra, pe lângă dimensiunea medicală individuală, are și una socială, care devine din ce în ce mai importantă. Studiile noastre concluzionează următoarele:

I. Pondrea populației vârstnice capătă o proporție crescândă. Are loc procesul îmbătrânirii populației.

Sursele ONU arată că astăzi numărul celor de peste 60 ani de pe glob a ajuns la 500 milioane, ceea ce reprezintă o creștere semnificativă. Înainte de 1940 populația vârstnică era de peste 100 milioane, iar în 1950 era de 200 de milioane. Pronosticul arată că în anul 2025 populația vârstnică să ajungă la peste un miliard, ceea ce reprezintă 14% din totalul populației.

Procesul de îmbătrânire demografică se constată atât la nivelul populației totale, cât și la cel al forței de muncă. Aceasta din urmă s-a accentuat dramatic în mediul rural de la noi, datorită migrației interne și externe în diferite țări.

Unii autori vorbesc și de o **îmbătrânire demografică a bătrânilor**, ce se manifestă printr-o creștere a ponderii populației de peste 75 ani. Ea ține de creșterea duratei medii de viață și a dus la conturarea conceptului de **vârsta a patra**, un segment de populație extrem de fragil, din care 20-30% sunt dependenți.

II. Existența acestui grup crescând de vârstnici creează și va crea probleme multiple de ordin social și juridic, administrativ, educațional și, mai ales, economic.

1. Protecția bătrânilor este și o obligație administrativă, care depinde însă de alocările de la bugetul republican sau de la bugetele locale. Această asistare, are nevoie să fie realizată și de diferite organizații non-guvernamentale (ONG), eventual cu caracter religios, ca și prin sponsorizări din partea agenților economici sau a persoanelor particulare cu posibilități financiare. Rolul medicului de familie geriatru este să încurajeze aceste implicări și să le asiste profesional printr-o activitate de consultări.

În cadrul acestei problematici administrative, pe un loc de frunte, alături de asistarea bătrânilor dependenți fără familie, se profilează ca o preocupare de bază grija de habitat. Aceasta implică realizarea unor programe de servicii și de amenajări de locuințe.

Problema este dificilă nu numai în plan economic, dar ridică și multe aspecte psiho-sociale, legate de mutarea unui bătrân din habitatul său în altul. Părăsirea locuinței sale, despărțirea de microsistemul său social: familie, vecini, magazinele obișnuite, etc., poate crea o adevărată dramă. De asemenea, apare și problema delicată, dacă bătrânii trebuie să locuiască în mijlocul unei populații mixte formată din bătrâni, adulți, tineri, copii sau în blocuri, cartiere, sau chiar localități destinate exclusiv celor vârstnici.

Legată de cele de mai sus este și problema caselor de bătrâni, a azilurilor.

Tot în cadrul programelor de asistare a bătrânilor se impune luarea în considerare a timpului liber, distracții, activități productive, activități de voluntariat, spectacole, etc. Apariția televiziunii reprezintă o primă rezolvare semnificativă, dar nu ideală.

Medicul are obligația să provoace și să sprijine orice inițiativă din domeniile de mai sus. De asemenea, trebuie să susțină integrarea bătrânilor într-o activitate motivată care să confere pensionarilor un anumit rol în societate.

2. În plan juridic, asistarea bătrânilor prin birourile de avocatură și cele notariale, ca și prin sfaturi de la persoane competente este absolut necesară, deoarece la vârstele înaintate pot apare alterări cognitive și comportamentale, care să atragă bătrânii în tot felul de necazuri și capcane, mai ales în gestionare. În acest sens, orice geriatru trebuie să fie foarte atent în formularea diagnosticului, mai ales a celui psihiatric, deoarece el poate genera o serie de probleme uneori grave ca: valabilitatea donațiilor sau testamentelor, responsabilitatea penală sau punerea sub curatelă a bătrânului. În practică este bine ca aceste probleme să fie rezolvate de medici psihiatri sau legiști cu pregătirea necesară, care cunosc bine legislația și obligațiile deontologice. Oricum, medicul geriatru trebuie să fie atent și să apere bătrânul de eventualele exploatări la care poate fi supus de către unii membri ai familiei sau străinii "binevoitori".

Tot ca o problema juridică, se impune rezolvarea acelei marginalizări sociale a bătrânilor, creată de o discriminare, care face din pensionare “primul deces” — deces social, în nici un caz, bătrânii nu trebuie considerați prin faptul că au o anumită vârstă drept niște handicapați.

Atât în cadrul statului de drept, cât și al societății civile, locul bătrânului trebuie asigurat ținându-se cont de drepturile sale cetățenești, de demnitatea condiției umane și de obligațiile pe care orice generație le are atât în planul juridic, cât și în cel moral față de generația părinților și eventual a bunicilor.

De aceea, legislațiile țărilor moderne ca și codurile deontologice ale diferitelor profesii, în special cele medicale și sociale e necesar să cuprind stipulări legate de statutul bătrânilor și diferitelor lor probleme.

Este posibil ca un sprijin să fie realizat și prin instituția de “avocat al poporului recomandat” încă din 1975 de parlamentul Consiliului Europei și, recent, instituită și în Republica Moldova. De asemenea este necesară adoptarea legislației de asistență medico-socială a vârstnicilor.

3. Printre aspectele de ordin social, impuse de presiunea demografică a bătrânilor, se înscriu și cele educaționale. Este vorba în primul rând de programe, începând din tinerețe pentru pregătirea populației vizînd bătrînețea. Această pregătire gerontologică trebuie completată cu programe care să asigure pregătirea managerială necesară celor ce se vor ocupa la nivel instituțional, de O.N.G. sau individual, de bătrâni.

Tot un aspect educațional legat și de utilizarea timpului liber îl constituie organizarea unor activități culturale pentru populația vârstnică, precum și participarea bătrânilor la diferite conferințe sau cursuri organizate de USM “Nicolae Testemițanu”, de alte universități, de O.N.G. sau de instituții special create pentru vârsta a treia.

4. Cele mai dificile probleme ridicate de creșterea ponderii populației vârstnice sunt cele de ordin economic, ce survin chiar și în țările dezvoltate. Astfel, sistemul francez al pensiilor de stat se bazează pe principiul că trei cotizanți (din populația activă) contribuie la realizarea pensiei unui bătrân contemporan, în 1997, s-a ajuns

la raportul de 2,8 persoane active cotizante pentru un pensionar. Luând în considerare îmbătrânirea demografică se va ajunge în 2015 la raportul 1,7/1 iar în 2040 la 1,1/1 ceea ce înseamnă colapsul sistemului. Aceasta înseamnă, că de pe acum trebuie găsite noi resurse, deoarece nu mai este posibilă o mărire a cotizațiilor.

Astăzi, în țările avansate economic, pensia reprezintă 72% din ultimul salariu. Se prevede o scădere semnificativă a acestui procent care va ajunge probabil la 65% sau chiar la numai 55% din ultimul salariu, fenomen ce va avea efecte semnificative asupra calității vieții și problemelor de sănătate a populației vârstnice.

În aceste condiții, asigurarea existenței bătrânilor, trebuie realizată în mod dominant printr-o salarizare adecvată a persoanelor active, care prin economiile făcute, să confere fiecăruia posibilitatea constituirii unui fond de pensie propriu, care să servească la finanțarea personală când vor fi inactive, fie că este vorba de o finanțare totală, fie de un adaus la pensie.

Aceasta presupune dezvoltarea unei păтури avute și foarte avute, dar mai ales a unei păтури mijlocii. Statutul economic al populației vârstnice va suferi o radicală schimbare în țara noastră o dată cu instaurarea economiei de piață. Vor apare inegalități: bătrâni foarte bogați, bătrâni înstăriți, bătrâni săraci și bătrâni foarte săraci.

Legat de statutul economic al bătrânilor există și dilema între pensionarea obligatorie, normată de legislația în vigoare și pensionarea flexibilă, la cerere potrivit dreptului la pensionare, care evită “expulzarea oamenilor valizi” sau “decesul obligatoriu de două ori”. Cea de a doua variantă însă necesită o evaluare medicală geriatrică a celui implicat. Apare astfel problema integrării bătrânilor ca forță de muncă și necesitatea discriminării bătrânilor, care dacă pierd din forța fizică și spiritul de inovare, câștigă prin acumularea de experiență. Aceasta a dus deja la o creștere a ponderii celor vârstnici pe piața muncii. Evident că menținerea bătrânilor în viața activă, implică adesea o reconversie profesională, la selectarea căreia medicul geriatrul are un cuvânt de spus.

Nu trebuie uitat însă că aspectele legate de menținerea în activitate și de reconversie profesională a bătrânilor ridică probleme greu de rezolvat în contextul existenței șomajului la nivelul populației tinere și adulte.

Presiunea demografică a bătrânilor, din păcate, creează astăzi și va crea încă în deceniile viitoare, o agravare a statutului economic al vârstnicilor. Chiar și în țări cu o dezvoltare economică avansată, în ciuda existenței unor surse de finanțare private, un număr mare de bătrâni trăiește și va trăi încă la un nivel de mizerie sub pragul supraviețuirii sau al demnității umane. Fenomenul este mai accentuat în cazul bătrânilor dependenți. După Y. Delomiers costul dependenței va depăși solvabilitatea bătrânilor. Acesta este aspectul cel mai dramatic de care se izbesc geriatrii, aspect cu efecte tragice, în ce privește morbiditatea și mortalitatea și care impune cele mai urgente măsuri.

5. Din cele de mai sus reiese că problemele populației vârstnice, prin complexitatea și amploarea lor, vor intra și în sfera politicului. Se vorbește din ce în ce mai mult de o politică gerontologică. Este vorba de crearea cadrului juridic și a structurilor menite să asigure bătrânilor o calitate optimă de existență. Ponderea acestei politici se va impune, în primul rând, prin importanța crescândă a bătrânilor în masa electorală. Prin voturile lor și prin influența lor asupra votanților adulți, prin relațiile directe din familie, bătrânii sunt și vor fi un factor direct semnificativ procentual în lupta pentru putere politică.

În afară de aceasta, nu trebuie uitată prezența persoanelor de peste 65 ani în structurile importante ale executivului și legislativului, la nivelul cărora nu există nici o limită de vârstă, de unde tendința uneori către constituirea unor adevărate gerontocrații.

III. O problemă esențială este cea a asistenței medicale a bătrânilor care va fi în continuare dificilă și scumpă. Se poate prognoza că sumele necesare pentru asistența medicală geriatrică ambulatorie și în staționare va fi considerabil mai mare.

1. Costul pe cap de vârstnic al îngrijirilor medicale, din cauza încărcăturii polipatologice, va continua să fie dublul costului pe cap de adult sau adolescent. De asemenea, în ansamblu, sumele de bani cheltuite pentru îngrijirea populației trebuie să fie indiscutabil mai mari decât astăzi.

În Franța, costul îngrijirilor medicale este de 8.720 franci pe cap de adult pe an și de 16.800 franci pe cap de bătrân pe an. În SUA, s-a cheltuit în 1982 pentru vârstnicii de 65 de ani și peste

(care reprezintă 11% din populație) 30% din totalul sumelor consumate pentru sănătatea populației și 50% din bugetul federal pentru sănătate. Nu trebuie să neglijăm faptul că prețul medicamentelor va crește considerabil, ceea ce va contribui mult la scumpirea asistenței medicale geriatrice. Aceasta va impune printre altele o deplasare a centrului de greutate al asistenței geriatrice în domeniul ambulator, care este mai economic. Ea va fi realizată de medicul de medicină generală sau medicul de familie și de specialistul în geriatrie, atât în cadrul medicinei de stat, cât și al celei private, precum și de un personal auxiliar mobil.

Cu tot costul ridicat, numărul zilelor de spitalizare pentru bătrânii bolnavi trebuie să crească semnificativ la nivel național, dar trebuie să scadă pe cap de bolnav.

Internările bătrânilor bolnavi trebuie să se facă dominant în spitalele de adulți, mai ales pentru afecțiunile acute sau acutizările afecțiunilor cronice.

Raportul dintre numărul paturilor din spitalele de adulți ocupate de bătrâni și de adulți trebuie să fie în jur de 3/2. Numărul paturilor efectiv ocupate de bătrâni în spitalele de adulți va crește, în ciuda faptului că numărul spitalelor de cronici și a azilurilor, căminelor-spital va spori și el.

În urma studiului efectuat am concis că în țările industrial dezvoltate cu o infrastructură medico-socială bine organizată, bătrânii se află sub tutela statului și le este asigurată o bătrînețe decentă. În țările ex-sovietice inclusiv în R. Moldova situația este critică: persistă politica și legislația neajustată, lipsa infrastructurii de susținere și instruire în domeniul asistenței medico sociale și de protecție a vîrstnicilor. Conform datelor statistice în Moldova se observă tendința de îmbătrînire demografică a populației, numărul vîrstnicilor constituind 503.306 persoane și indicele lui G. Bojio-Gomier — 13,8%.

Investigațiile științifice au fost efectuate la 1065 de vîrstnici dintre care 130 vîrstnici instituționalizați și 935 vîrstnici la domiciliu (335 singuri și 600 în familii). La toate categoriile incluse în studiu au fost specificate aceleași tipuri de necesități (clasate în 5 categorii: fiziologice, de securitate, sociale, de autonomie și de realizare) și probleme de sănătate, dar cu o frecvență și un grad mai agravant de manifestare pentru vîrstnicii ce locuiesc singuri și instituționalizați în azil.

La bătrâni intervievați sunt exprimate pronunțat procesele de dezadaptare psiho-emoțională cu o frecvență mai impunătoare și predominarea evoluției agravante la vîrstnicii singuri și instituționalizați: depresii — $80,95 \pm 1,33$ bătrîni, anxietatea — $77,30 \pm 1,46$ bătrîni, gînduri suicidale — $24,6 \pm 2,6$ bătrîni.

În analiza statutului fizic se observă predominarea polipatologiilor și o evoluție decompensată a maladiilor. În structura morbidității predomină atît la bătrîni instituționalizați cît și la bătrîni studiați la domiciliu afecțiunile cardiovasculare: cardiopatie ischemică $89,5 \pm 0,9$ cazuri, hipertensiune arterială $67,9 \pm 1,73$ cazuri; patologia neurologică vasculară și a organelor de simț: encefalopatiile senile $86,9 \pm 1,10$ cazuri, ateroscleroza cerebrală difuză $98,2 \pm 0,40$ cazuri, accidentele vasculare cerebrale $31,6 \pm 2,5$ cazuri, polineuropatiile $29,2 \pm 1,97$ cazuri, dereglările de vedere: presbiopiile $96,5 \pm 0,57$ cazuri, hipoacuziile $74,3 \pm 1,53$ cazuri, bronșitele cronice $62,7 \pm 1,87$ cazuri, diabet zaharat $30,9 \pm 2,5$ cazuri, cancerul $3,96 \pm 2,84$ cazuri.

Deoarece venitul nu acoperă cheltuielile, nu pot face economii, dar apelează la ajutorul copiilor și altor membri a familiei $60,63 \pm 1,92$ vîrstnici, beneficiază de ajutorul organizațiilor de caritate $65,07 \pm 1,81$ vîrstnici, dar cu toate acestea majoritatea bătrînilor nu fac față situației și apare subalimentația, nu se acordă asistență medicală suficientă.

În rezultatul studiului toți vîrstnicii necesită ameliorarea asistenței medico-sociale. Asistența medico-socială la domiciliu prezintă $77,5 \pm 1,45$ vîrstnici, $19,9 \pm 3,06$ vîrstnici necesită ameliorarea asistenței medico-sociale acordată în azil și $2,6 \pm 3,06$ necesită ameliorarea asistenței paliative, suportă condiții neadecvate de trai $86,9 \pm 1,1$ vîrstnici.

Toate acestea arată că baza logistică a asistenței medicale a bătrînilor trebuie să se extindă și să se perfecționeze, mai ales în raport cu situația mizerabilă de astăzi.

Spitalizarea bolnavilor trebuie diversificată în spitale sociale de zi, cu internare scurtă (8-15 zile), de acuti sau de cronici acutiizați, spitale cu internare medie (1-3 luni), de convalescență și de recuperare, mai ales prin kineziterapie și balneofizioterapie și spitale cu internare prelungită - pentru bolnavi cronici, cămine spital. Trebuie să existe unități de psihogeriatrică, în special pentru cazurile

cu sindroame psihoorganice și credem că este necesar să existe și unități speciale pentru asistarea și tratarea paleativă a bătrânilor aflați în faza finală a unor boli incurabile. Credem că vor apare și unități medicale private pentru bătrânii bogați.

2. Asistența medicală a bătrânilor are nevoie să se dezvolte în continuare în trei direcții: învățământ, cercetare științifică, asistență propriu-zisă și cuprinde profilaxie, diagnostic, tratament, recuperare și tratamente paleative, care vor continua să fie complexe din cauza polipatologiei bătrânilor, în medie, există și vor exista în 4,8%, cazuri afecțiuni concomitente pentru fiecare bătrân.

a. În învățământ, problemele de geriatrie trebuie predate prin cursuri speciale în cadrul unor catedre de geriatrie în facultățile de medicină.

Trebuie să existe, cursuri postuniversitare pentru competență sau specialitate de geriatrie, organizate de catedrele de geriatrie.

b. În ceea ce privește cercetarea științifică, trebuie să se axeze în special pe studiul mecanismelor îmbătrânirii și combaterea lor, studiul genetic al îmbătrânirii normale și accelerate, inclusiv rolul ingineriei genetice; cercetarea îmbătrânirii sistemului endocrin și nervos, în special rolul unor prehormoni, hormoni și unor neurotransmițători sau neuromodulatori; studii metabolice, în osteoporoză și de nutriție, cercetări privind așa zisele boli degenerative; studii privind farmacologia vârstei a treia; precizarea unor criterii cât mai fiabile pentru aprecierea vârstei biologice și psihologice; cercetări privind perfecționarea și diversificarea protezelor, ortezelor și grefelor de organe sau țesuturi.

c. Activitatea de asistență medicală propriu-zisă a bătrânilor trebuie să se amelioreze odată cu progresele generale ale asistenței medicale, atât prin progresul tehnico-științific, cât și prin acordarea de fonduri mai mari. Este necesar să se facă progrese în stabilirea criteriilor clinice, biologice și psihologice ale ritmului de îmbătrânire. Efortul major al medicinei geriatrice trebuie orientat pentru ameliorarea calității vieții vârstnicilor și prevenirea unei îmbătrâniri accelerate sau patologice. Pe primul plan trebuie să fie profilaxia bolilor vârstei a treia bazată în mod dominant pe identificarea și combaterea factorilor de risc.

Trebuie să se acorde o pondere mult mai mare protecției medicale a bătrânilor ceea ce impropriu se numea profilaxia

îmbătrânirii, pentru a prelungi viața cât mai aproape de durata stabilită genetic.

Această protecție medicală trebuie să înceapă din copilărie, din adolescență și perioada activă pentru sporirea sau menajarea rezervelor biologice și mecanismelor de protecție (antioxidante, imunologice, etc.) ale organismelor și pentru optimizarea metabolismului prin regimuri alimentare, evitarea toxicelor profesionale, accidentale, iatrogene și prin diferite toxicomanii.

Această protecție medicală a bătrânilor trebuie să se reflecte dominant în programele educaționale, care să învețe încă din perioada adultă populația cum să se apere de factorii de risc și cum să se îngrijească.

Este necesar de căutat o medicație a „îmbătrânirii”, o metodă de întinerire sau de încetinire a senescentei.

Vor apare unele produse științific fundamentate care aparțin unor clase diferite de substanțe printre care cele mai de seamă sunt: „captatorii” de radicali liberi imunomodulatorii, neurotransmițătorii, prehormonii (tip dehidroepiandrosteron) și hormonii (tip somatotrop) sau produse cu acțiune pe membranele celulare.

Oportună este necesitatea organizării *tratamentului geriatric la domiciliu*, care trebuie să fie preponderent, deoarece costă mai puțin și menajează psihofragilitatea bătrânilor (aspect major), care suportă greu scoaterea lor din mediul lor familial și familiar.

Echipele medicale mobile trebuie să completeze *echipele de asistență socială mobile* pentru bătrânii dependenți, care asigură printre altele distribuția alimentației — mese la domiciliu, igienizarea bătrânilor, întreținerea lor menajeră, etc.

Aceste echipe mobile sunt forma cea mai acceptabilă pentru *asigurarea serviciilor medico-sociale* pentru bătrânii fără autonomie sau cu autonomie redusă. Această problemă, în general este rezolvată de familie sau de o rețea mai puțin fiabilă de vecini sau prieteni pe o bază de voluntariat sau contra unui profit, precum și de grupări de ajutor reciproc chiar între bătrâni în majoritatea țărilor, aceste servicii trebuie organizate în mare măsură de instituții guvernamentale și în subsidiar de cele non-guvernamentale cu sau fără profit, atât pentru a spori eficacitatea serviciilor pe baza unei formațiuni profesionale ca asistente sociale, asistente medicale,

lucratori de întreținere, menajere, etc., cât și pentru a evita exploatarea fără scrupule, uneori inadmisibil de barbară a bătrânilor dependenți.

În afară de efortul de a forma în școli speciale personalul respectiv, trebuie făcut și efortul economic al finanțării serviciilor și ale integrării personalului respectiv într-una sau mai multe structuri în care vor opera și elemente de supraveghere etică și profesională.

Recalificarea șomerilor și, în special, a femeilor în meserii ca: infirmiere, îngrijitoare, muncitori sociali, nu este costisitoare și nu necesită timp îndelungat pentru pregătirea profesională.

Menținerea persoanelor vârstnice independente și dependente cât mai mult timp posibil în propria lor casă, prin evitarea internărilor sau instituționalizării se poate face dacă există un personal social mobil suficient, în felul acesta, pacientul vârstnic rămâne în mediul lui familial evitând traumele psihice și, deseori, biologice, implicite prin “instituția” spital, azil hospic, etc.

Posibil apariția de servicii particulare de acest profil ar ocupa forța de muncă eliberată prin procesele de restructurare economică și socială, concomitent cu apariția de noi surse de impozitare pentru stat, pe de altă parte, în concluzie, mai multe persoane angajate, bătrânii menținuți în condiții civilizate de igienă și sănătate în propriul lor domiciliu, bani mar puțini cheltuiți de la buget prin asistența medicală, iată trei din cele mai importante aspecte care trebuie luate în seamă de factorii de decizie, cu atât mai mult în condițiile în care economia țării trece prin momente dificile.

Un rol important îl pot avea organizațiile non-guvernamentale sau religioase, filantropice, etc.

În cadrul serviciilor medico-sociale atât de stat cât și în cadrul ONG-urilor ar putea avea organizarea unor cămine sau centre de zi, a unor cluburi sau centre cu personal calificat de asistență socială la domiciliu, a unor cantine, etc.

Rezolvarea problemelor medico-sociale se încadrează în contextul măsurilor social politice, economice, social-medice, care trebuie să asigure respectarea fără discriminări a drepturilor și demnității omului chiar în cazul când vârsta și boala

I-au marcat. În cadrul acestor măsuri, cele medicale sunt esențiale. De aceea, considerăm că asistența medico-socială are și va avea o moralitate deosebită.

Bibliografie

I. Studii metodologice

1. Alexander D.N. Geriatric neurorehabilitation. //Neurologic Clinics. 16(3):713-33, 1998 Aug.
2. Alessi C.A. Managing the behavioral problems of dementia in the home.//Clinics in Geriatric Medicine, 7(4)787-801, 2000.
3. Amyot J-J. Travailler oupres des personnes agees, Paris, 1998, 2-ed, 246p.
4. Aslan, A., Dumitru, U., Ghenciu, Gh., Balaci, M. Particularităţi ale structurii pe vârste a populaţiei. Implicaţii socio-medicale. //Muncitorul sanitar, anul XXXIV, nr. 22 (1864), 4 iunie 1988.
5. Axelsen U. Urinary incontinence among patients admitted to a geriatric department. Prevalence and therapeutic needs. //Ugeskrift for Laeger. 160(34):4890-3, 1998 Aug 17.
6. Balaci M. A model of multifactorial analysis of the Demographic Aging Process. XIVth Int. Congress of Gerontology, Acapulco (Mexic), June 18-23, 1989.
7. Balaci M. Gerontological implications concerning the increased number and prevalence of senescent and presenescent persons in România, Abstract, p. 348, World Congress of Gerontology, The XVth Congress of the Int. Assoc. of Gerontology, Budapest (Hungary), July 4-9, 1993.
8. Barer B.M., Johnson C.L. A critique of the caregiving literature.//The Gerontologist, 30(1), 26-29, 1990.
9. Belmin J. Medicaments et sujets ages. //La Presse Medicale, 1999 (Nr 32).
10. Bengtson, I.V. Ageing and the problem of generation: Prospects for a new generational contract, on: «Ageing and the Family». Proceedings of the United Nations, International Conference on Ageing Populations in the Context of the Family, Kitakyushu (Japan), 15-19 October 1999 (United Nations publication ST/ESA/SER.R/124/), Ed. Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, chapter XIX, p.178-185, United Nations, New-York, 1999.
11. Belletti Keen. Social Protection for Elderly in Italy, 1997.
12. Berg R.L., Cassels J.S. (Eds.) The second fifty years: Promoting health and preventing disability. Institute of Medicine, Division of Health Promotion and Disease Prevention, Washington DC: National Academy Press, 1992.
13. Birren J.E., Lubben J.E., Rowe S.C., Deutchman D.E. (Eds.). The concept and measurement of quality of life in frail elderly.//New York: Academic Press, 1999.
14. Blanchet, D. Un systeme de retraite mixte par capitalisation et par repartition permet-il de corriger les effets du vieillissement?, Population (INED), 1, p. 77-102, 1988.
15. Boer Vanden L. Les soins aux personnes agees dans des flandres: Aujourd'hui et demain, Bevoking en gezin, 2, p. 93-122, Bruxelles, 1998.
16. Bogdan Constantin. "Geriatric". //Bucureşti, 1997, 449p.
17. Bohr V.A., Hendriksen C., Jeune B., Kirk H., Pedersen K.D., Riis P., Schroll M., Hojgaard L. The International Year of the Elderly (editorial). Ugeskr Laeger. 1999 Jan 25. 161(4). P 405. DENMARK, 1999.

18. Bolocan D. Evoluția proceselor demografice în Republica Moldova. //Materialele Conferinței științifice "Particularitățile și tendințele proceselor demografice în Republica Moldova", Chișinău, decembrie, 2001, p.30-31.
19. Boucher F., Echenazi Jose. La solidarite entre les generations. // "Le Guide de l'Europe des 12", Paris, 2000.
20. Bouquet B., Garatte C. Assistante sociale aujourd'hui. Paris, 1999.
21. Boukson G., Moser J. Le delire du 4e age. La revue du generaliste et de la gerontologie 1996, 27.
22. Bourgeois-Pichat J. Du XXe au XXIe siecle: l'Europe et sa population apres l'an 2000, Population (INED), 1, p 9-44, 1988.
23. Bouruere F. Biologie de la senescence, on «Trois journées pour l'étude scientifique du vieillissement de la population». Fascicule III, p. 6-53, Pans, 1999.
24. Brooks T.R. Physicians and nursing home care. //Journal of the National Medical Association. 90(6):349-52, 1998 Jun.
25. Burke W.J., Dwan V., Wengel S.P., Roccaforte W.H., Nadolny C.C., Folks D.G. The use of selective serotonin reuptake inhibitors for depression and psychosis complicating dementia. //Int J Cenat Psychiatry 1997, 12:519-25.
26. Burt K. Nursess step to forefront of elder care. //American Journal of Nursing. 98(7):52-4, 1998 Jul.
27. Cabrero. Social Protection for Dependency in Old Age in Spain, 1997.
28. Carnevali D.L., Patrick M. (Eds.) Nursing management for the elderly (3rd ed.) / Philadelphia: Lippincott, 1997.
29. Cernat V. Reabilitarea medico-socială a bolnavilor oncologici și diminuarea invalidității oncologice în Republica Moldova.//Autoreferatul tezei de doctor habilitat, Chișinău, 1999.
30. Chartrand P. Description of long-term care services in provinces and territories of Canada, Federal/provincial/territorial subcommittee on continuing care, 1993.
31. Chesnais C-J. Vieillissement demographique et finances publiques, p. 92-94, on «La demographie», P.U.F, Paris, 1990.
32. Chesnais C-J. Le nombre et le bonheur des hommes. A. Sauvy et leș politiques de population, Populalion (INED), 6, p. 1575-1588, 1992.
33. Cohen E.M., Ronkes FR. Work capacity evaluation within Social Security. Ned Tijdschr Geneesk. 142(42). P 2315. NETHERLANDS, 1998 Oct 17.
34. Cole M.G. Impact of geriatric home screening services on mental state: a systematic review. //International Psychogeriatrics. 10(1):97-102, 1998 Mar.
35. Coudemand M., Thomas P. Anxiete, depression et demence Rev Prat (Pans) 1998, 44(11) 1448-52.
36. Couturier P., Tyrrell J., Tonetti J., Rhul C., Woodward C., Franco A. Feasibility of orthopaedic teleconsulting in a geriatric rehabilitation service. //Journal of Telemedicine & Telecare. 4 Suppl 1:85-7, 1998.
37. Daatland (1997). Social protection for the elderly in Norway, Norwegian Social Researchj, NOVA, Skriftserie 4/1997.
38. Dall J.C., Ermini M., Herrling P.L., Lehr U., Meier-Luge W., Stahelin H.B. (Eds.) (1992) Prospects in aging. The Sandoz lecture in gerontology.//New York, Academic Press, 1998.

39. Dansky K.H., Brannon D., Shea D.G., Vasey J., Dirani R. Profiles of hospital, physician, and home health service use by older persons in rural areas. //Gerontologist. 38(3):320-30, 1998 Jun.
40. Davies M.A. Vieillesse des populations et sante pour tous (Table ronde), Forum mondial de la Sante, p. 327-335, Geneve, 1989.
41. Delperee N. LA Protection des droits et des libertes de citoyens agees. Droit et gerontologie. These de Doctorat en Droit presentee et soutenue en Novembre 1990 a l'Universite des Sciences Sociales, Toulouse 1, 1990.
42. Department of Health, Denmark, 1998.
43. De Robertis C. Methodologie de l'intervention en travail social. Paris, 1995, 311p.
44. Diabetul zaharat. Îndrumar practic. București, 1999, 191pag.
45. Doucet J., Capet C., Jego A., Trivalle C., Noel D. Les effets indesirables des medicaments chez le sujet age: epidemiologie et prevention. //La Presse Medicale, 1999.
46. Duda R. Gerontologie medico-socială, Ed. Junimea, Iași, 1983.
47. Ebersole P. Home care and the elderly. //Home Care Provider. 3(1):7-8, 1998.
48. Enăchescu D., Marcu Gr. M. (coord.). Populația vârstnică, p. 118-123, în «Sănătate publică și management sanitar», colecția Medicinalis, Editura All, București, 1995.
49. Ettinger R. L. Oral care for the homebound and institutionalized. Clinics in Geriatric Medicine. 8(3), 659-672, 1992.
50. Ețco C. Economia ocrotirii sănătății.//Chișinău, 2001.
51. Flynn M. Le role economique et social des personnes agees. //”Politique sociale europeene”, Luxembourg, 1993.
52. Flynn M. L'integration des personnes agees. //”Politique sociale europeene”, Luxembourg, 1993.
53. Flynn M. La sante et la securite des personnes agees. //”Politique sociale europeene”, Luxembourg, 1993.
54. Flynn M. L'evolution demographique des personnes agees et ses consequences. / //”Politique sociale europeene”, Luxembourg, 1998.
55. Fong S.M. Women in an aging society, on «Economic and Social Implications of Population Aging», Part Two: Background papers, V, Women and youths, p. 331-343, 1999.
56. Freeman R. Competition in context: the politics of health care reform in Europe. Int J Qual Health Care. 10(5). P 395-401. ENGLAND, 1998 Oct.
57. Friptuleac Gr. Aspecte igienice ale morbidității prin litiază urinară. USMF “T. Testemițeanu”, Chișinău, 2001, 117pag.
58. Garnier J-F. Assistante sociale: pour la redefinition d'un metier. Paris, 1999.
59. Gaunt D. Old-age assistance is to be multicultural — a special care for only a minority. //Lakartidningen. 95(32-33):3409-12, 1998 Aug 5.
60. Ghețau V. De la prognoză la politica demografică, în «Studii de economie teoretică și aplicată», supliment nr. 6 al revistei «Economistul», nr. 523/2 noiembrie, 1994.
61. Ghidirim G.P. Calitatea mediului și sănătatea populației. Conferința „Impactul mediului – sănătate”, Chișinău, 1994, pag.2.
62. Gonthier B., Catebras P. Polypathologies du sujet age et reponses therapeutiques: les pieges a eviter. //La Presse Medicale, 1999 (Nr 32).

63. Grăjdianu T. Aspecte epidemiologice ale cancerului în Republica Moldova.// Chișinău, 2000.
64. Grymonpre R.E., Steele J.W. The medication information line for the elderly: an 8-year cumulative analysis. //Annals of Pharmacotherapy. 32(7-8): 1998 Jul-Aug.
65. Habib J. Aging population structure and support for the elderly, on: «Economic and Social implications of Population Aging», op. cit., Part Two, Background papers, III, Support for the elderly, p.194-226, 1999.
66. Hazif-Thomas C., Thomas Ph. Depression de la personne agee des tableaux souvent atypiques. //Rev Geriatr 1998, 25(4).
67. Heikkinen E., ș.a. La sante publique en europe, 21. Leș personnes Agees dans onze pays. Enquete medico-sociale, Copenhague, Bureau regional de l'OMS pour l'Europe, 1985.
68. Henpirin J. Quelques parades au cout de vieillissement, Population (INED), 6, p. 1621-1638, 6, Paris, 1998.
69. Hingley A.T. Alzheimer's: few clues on the mysteries of memory. (ENG) FDA Consum. 32(3), 1998 May-Jun, p.26-31.
70. HMSO «Long-term Care: Future Provision and Funding», House of Commons n° 119, London, 1996.
71. Introduction to social security. ILO. Geneva, 1985.
72. Jackson J., Carlson M., Mandel D., Zemke R., Clark F. Occupation in lifestyle redesign: the Well Elderly Study Occupational Therapy Program. //American Journal of Occupational Therapy. 52(5):326-36, 1998 May.
73. Jaeger M. Guide du secteur social et medico-social. Paris, 2001, 261p.
74. Jamieson A. (Ed.). Home care of older people in Europe: A comparison of policies and practices. New York: Oxford University Press, 1998.
75. Jenkins H., Allen C. The relationship between staff burnout/distress and interactions with residents in two residential homes for older people. //International Journal of Geriatric Psychiatry. 13(7):466-72, 1998 Jul.
76. Joel M.E. La dependance des personnes agees en France, mimeo, LEGOS, Universite de Paris Dauphine, 1997.
77. Kaplan M.S., Adamek M.E., Rhoades J.A. Prevention of elderly suicide. Physicians assessment of firearm availability. //American Journal of Preventive Medicine. 15(1):60-4, 1998 Jul.
78. Kart C. S., Metress E. K., Metress S. P. Human aging and chronic disease. Boston: Jones & Bartlett, 1998.
79. Kemper P. Case management agency systems of administering long-term care: Evidence from the Channeling demonstration.//The Gerontologist, 30(6), 1990, p.817-824.
80. Krop J.S., Powe N.R., Weller W.E., Shaffer T.J., Saudek C.D., Anderson G.F. Patterns of expenditures and use of services among older adults with diabetes. Implications for the transition to capitated managed care. //Diabetes Care. 21(5):747-52, 1998 May.
81. La dependance et les personnes agees, Bulletin du vieillissement nr. 3, p.7, Ed. Centre pour le developpement social et les affaires humanitaires, Office des Nations Unies a Vienne (Autriche), 1990.
82. L'action sur le vieillissement: Rapport d'activite, Le Nations Unies et le vieillissement, Ed. Departement de l'information des Nations Unies, DPI/1254, aout, 1992.

83. Layarini C. *Survivre dans le monde sous-proletaire*. Paris 1 ed, 2000, 280p.
84. Le Duc Y. *Deontologie de la relation a l'usager*. Dans les services et etablissement sociaux. Paris, 2000, 164p.
85. Leiberman L., Meana M., Stewart D. *Cardiac rehabilitation: gender differences in factors influencing participation*. //Journal of Womens Health. 7(6):717-23, 1998 Aug.
86. Leicensenring K. *Social Protection for Dependency in Old Age*, Vienna. European Centre for Social Welfare Policy and Research, 1998 February.
87. Lindsjo U., Ragnarsson B. *Elderly with fractures caused by osteoporosis should receive surgical treatment without delay*. //Lakartidningen. 95(41):4452, 1998 Oct 7.
88. Loriaux M. *Le vieillissement de la societe europeenne un enjeu pour l'eternite?* Int. Conference „Le capital humain europeen a l'aube du 21-e siecle», Luxembourg, 27-29 nov. 1991, p. 443-485, Ed. Office de publications officielles des Communautes europeennes, Luxembourg, 1992.
89. Majnoni d'Intignano B. *La protection sociale*, Editions de Fallois, Colection «Le livre de poche», Paris, 1993.
90. Maniere D., Pfitzenmeyer P. *La depression du sujet age est insuffisamment traitee*. //Rev Prot Medecine Generale 1998, 12(410) 13-18.
91. Mans E.J. *Partial inpatient treatment as a responsibility in psychosomatic rehabilitation*] (GER; includes abstract). *Gesundheitswesen*. 1998 Jul. 60(7), p.399-405.
92. McCormack B. *Community care for elderly people. Will improve only when there are national standards and explicit funding*. //BMJ. 317(7158):552-3, 1998 Aug 29.
93. Melnic B. *Omul. Geneza existenței umane*. //Chișinău, 1998.
94. Mereuță I. *Sistemele sănătății în Țările Uniunii Europene*. //Chișinău, 1996, 78p.
95. Mereuță I. și alții. *Spre mileniul III. Dezvoltarea umană durabilă și problemele medico-sociale în R. Moldova*, Chișinău, 1999.
96. Minuchin P. *Travaillier avec les familles denuries*. Paris, 2000, 140p.
97. Moulinot D., Rogeaux D., Ceccaldi D. *Organisation de la sante et de l'action sociale*. Paris, 2001, 127p.
98. Munteanu L. *Îngrijirea vîrșnicilor în condiții de domiciliu*. Chișinău, 2001, 21pag.
99. Myers C.G. *Marital-status dynamics at older ages, on: „Ageing and the Family»*, op. cit., chapter XI, p.112-120, 2000.
100. *National Human Development Report (Social Cohesion)*. Republic of Moldova. Ancara, 1997. 90p.
101. Nations Unies. *Propositions concernant les objectifs mondiaux relatifs au vieillissement a atteindre d'ici a l'an 2001*, Nations Unies et le vieillissement, Ed. Departement de l'Information des Nations Unies, DPI/1262, aout 1992.
102. Nations Unies. *cadre conceptuel d'un programme pour preparationet la celebration de l'annee internationale des personnes agees en 1999*. Rapport du Secretaire general, A/50/144, 22 mars, 1995.
103. Nations Unies. *Demographic causes and economic consequences of populatton aging. Europe and North America*, U.N., Nev-York, 1992.
104. Nijiberschi S. *Experiența franceză de protecție socială a persoanelor de vîrșta a III-a*. Materialele seminarului de evaluare a proiectului moldo-francez de asistență socială, Orhei, 2002.
105. O.M.S. - *Activite de l'O.M.S. 1992-1993*. Rapport biennal du Directeur General

a l'Assemblée Mondiale de la Sante et aux Nations Unies, chap. 10, Protection et promotion de la sante de groupe de populations particuliers. Sante des personnes agees, p. 71-72, O.M.S., Geneve, 1994.

106. O.M.S. - Rapport sur la sante dans le monde 1995. Reduire les Ecarts. Rapport du Directeur general, p. 37-39 și 57, Organisation Mondiale de la Sante, Geneve, 1995.

107. O.M.S. - Vieillessement et capacite de travail. Rapport d'un Groupe d'etude de l'O.M.S., O.M.S., Serie des Rapports techniques 835, p. 5-11, Organisation Mondiale de la Sante, Geneve, 1995.

108. Pacolet et al. Country report Belgium, The State of the Debate on Social protection for Dependency in Old age in the 15 EU Member states and Norway, Research project for the European Commission DGV and the Belgian Minister of Social Affairs, Katoliek Universiteit Leuven, 1998.

109. Paladi Gh. Femeile de vîrsta a III-a. Unele aspecte socio-demografice și medicale./ /Materialele Conferinței științifice "Particularitățile și tendințele proceselor demografice în Republica Moldova", Chișinău, decembrie, 2001.

110. Palmore E. Gerontologist, Nov., 4, 1997. International Congress at Gerontology, Budapest, Hungary, 5-10 May, 1998.

111. Parant A. Croissance demographique et vieillissement, Population (INED), 6, 1998, p.1657-1676.

112. Pautas E., Cherin P. Carence en vitamine B12 chez le sujet age. //La Press Medicale, 1999 (Nr.32).

113. Philips L.R. Elder-family caregiver relationships: Determining appropriate nursing interventions. Nursing Clinics of North America, 24(3), 1999, p.795-807.

114. Pichaud C., Thareau I. Vivre avec des personnes agees. A domicile, en etablissement. Paris, 1998, 3-ed, 221pag.

115. Popușoi E., Saca E. Aspecte generale ale sistemelor informatice în ocrotirea sănătății.//Chișinău, 1993, 62p.

116. Preti L. Imigrația în Europa (trad. din lb. italiană, de George Lăzărescu), Ed. tehnică, București, 1993.

117. Prisăcaru C., Prisăcaru Constanța. Îmbătrânirea demografică a populației româniei, Revista Română de Statistică, 5, p.39-51, Ed. C.N.S., București, 1993.

118. Puwak H. Încetinirea ireversibilității. Eseu cercetare despre vârsta a III-a, ed. Expert, București, 1995.

119. Raskind M.A. Management of late-life depression and the noncognitive behavioral disturbances of alzheimer's disease. //Psychopharmacology,16(4), 1993, p.815-827.

120. Robben P.B. Older chronic patients and their care provisions in the first half of the twentieth century. //Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie. 29(4):168-76, 1998 Aug.

121. Rodriguez-Ferrera S., Vassilas C.A. Older people with schizophrenia: providing services for a neglected group. It's the quality of their environment that matters, not where it is. //BMJ. 317(7154):293-4, 1998 Aug 1.

122. Ross M.E., Wright M.F. Long-term care for elderly individuals and methods of financing. //Journal of Community Health Nursing. 15(2):77-89, 1998.

123. Rosenczveig J-P., Verdier P. Le secret professionnel en traveil social. 2-eme ed, Paris, 1999, 151p.

124. Rugină V. Curs de medicină socială.//Iași, România, 1986.

125. Sato H., Nakajima K. Utilization of information concerning home welfare services for the elderly and degree of satisfaction. //Nippon Koshu Eisei Zasshi — Japanese Journal of Public Health. 45(3):240-50, 1998 Mar.
126. Saulea A. Lucrări practice la fiziologie.//Chișinău, Universitas, 1992, 168p.
127. Sănătate publică și reformele asistenței medicale în R. Moldova: Materialele Congresului II a specialiștilor în domeniul sănătății publice și managementului sanitar, Chișinău, 1999.
128. Schuijt-Lucaassen N. Social protection for dependent elderly in the Netherlands, Institute for Applied Gerontology, Vrije Universiteit, Amsterdam, 1997.
129. Siegel J.S. On the demography of aging, demography, 4(17), 2000.
130. Simenschy Theofil. Dicționarul înțelepciunii.//Editura Uniunii scriitorilor, 1995.
131. Spaid W.M. Giving and receiving social supports for elderly mentally ill people. //Journal of Case management. 7(1):24-30, 1998 Spring.
132. Spieler EA. West Virginia University. Legal solutions for the problems of special populations at risk. //Occup Med. 14(3), 1999 Jul-Sep., p.665-686.
133. Stahl S.M. The National Institute on Aging. //Medical Care. 36(8):1123-5, 1998 Aug.
134. Steel K., Leff B., Vaitovas B. A home care annotated bibliography. //Journal of the American Geriatrics Society. 46(7):898-909, 1998 Jul.
135. Șchiopu V., Verza E. Psihologia vârstelor. Ciclurile vieții (ediție revizuită), Ed. Didactică și Pedagogică, R.A., București, 1995.
136. Tabah L. L'évolution démographique mondiale et ses conséquences pour l'Europe, cap. «Structures par âge: vieillissement general en perspective», Etudes démographiques, 20, p.15-17, Ed. Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1999.
137. The Financial Aspects of Social Security. ILO. Geneva, 1989.
138. Trebici VI. Populația terrei, demografie mondială, Ed. științifică, București, 1991.
139. Vaarama M., Kautto M. Social Protection for the elderly in Finland ISBN 851 33 0495-7, Gummerus Oy. Jyvaskyla, 1997.
140. Veron J. Autopsie du vieillissement, on: «La Theori, generale de la population est-elle toujours une theorie generale de la populalion?», population (INED), 6, 1998, p.1417-1418.
141. Vltz R., Akabayashi A., Reese C., Ohi G., Sass H.M. End-of-life decisions and advance directives in palliative care: a cross-cultural survey of patients and health-care professionals. //Journal of Pain & Symptom Management. 16(3):153-62, 1998 Sep.
142. Wagner G. Political distribution problems of social security. Z Gerontol Geriatr. 31(6), GERMANY, 1998, p.377-381
143. Wiener L.M., Stevenson D.G. State policy on long-term care for elderly.//Health Affairs. 17(3):81-100, 1998 May-Jun.
144. Zanella F. Diagnosticul și tratamentul leziunilor cerebrovasculare. Simpozionul II moldo-german de neurochirurgie, Chișinău, 2002.

II. Surse statistice

145. Anuarul statistic al Republicii Moldova, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001. Departamentul Statistică al RM, Chișinău, 528p.
146. Anuarul statistic al României, 1996, 1997, 1998. Ed.C.N.S. București, 1996, 1997, 1998.

147. Demographic Yearbook, special issue: population ageing and the situation of elderly persons (ST/ESA) stat/ser/R/22 Ed. Department for Statistical Division, United Nations, New-York, 1993.

148. Anuarul statistic, 1998, 1999, 2001. Efectivul populației pe grupe de vîrstă în cadrul Departamentului de Statistică și Sociologie.

149. Populația și procesele demografice. Departamentul Statistică și Sociologie, Chișinău, 2001.

150. Recent demographic development in Europe. Conceil of Europe, 1998, 1999, 2000, 2001.

151. Агафонова Т. А. Роль и задачи сестринской службы в оказании медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста. //Мед. помощь, 1996, N3, стр.15-17.

152. Акифьев А. П. Проблема старения и смерти и теория естественного отбора Ч. Дарвина. //Цитология, 1994, N7, стр.726-727.

153. Анестиади З.Г., Зота Л.Г., Дмитриев К.П., Федаш В.В. Гормонально-метаболические аспекты старения. Тезисы докладов Всесоюзной Конференции, 15-17 октября, 1991, стр.16.

154. Анестиади В.Х. Об экологическом патоморфозе атерогенеза. Продолжительность жизни: механизмы, прогнозы, пути увеличения. Тезисы докладов Всесоюзной Конференции, 15-17 октября, 1991, стр.3.

155. Анестиади З.Г., Анестиади В.В., Федаш В.В. Гормональные и метаболические параметры, их коррекция и пролонгирование жизни. стр.4-5.

156. Бивол Г.К., Канцер Г.Г. Принципы этиопатической терапии длительного незаживающих гастродуоденальных язв в пожилом и старческом возрасте. Тезисы докладов Всесоюзной Конференции, 15-17 октября, 1991, стр.23.

157. Боев В. С., Пяревский Е. К., Селезнева В. Т., Березинская З. П., Говязина Т. Н. Медико-социальные проблемы инвалидов и лиц пенсионного возраста в Пермской области // Пробл. соц. гигиены и история медицины, 1995, N2, стр.15-19.

158. Брам Б. Реформа в медико-социальной помощи престарелым (программа Medicare) и обзор исследований в области оплаты труда врачей // Texas Med, 1988, N10, стр.73.

159. Буторов И.В., Матковский С.К. Медикаментозная профилактика застойной сердечной недостаточности при хроническом обструктивном бронхите у лиц пожилого возраста. Тезисы докладов Всесоюзной Конференции, 15-17 октября, 1991, стр.38.

160. Бушнер Д. М., Пирсон Д. К. Факторы, связанные с участием в Общинной Программе обеспечения медицинской помощью престарелых. Экспериментальное исследование // Amer. J. publ. Hlth, 1989, N6, стр.775-777.

161. Ватаман Е.Б. Физическая реабилитация сельских жителей перенесших инфаркт миокарда в пожилом возрасте. Тезисы докладов Всесоюзной Конференции, 15-17 октября, 1991, стр.87.

162. Ватаман В.М. Возрастные особенности стриптирно-функциональных изменений проводящей системы сердца при инфаркте. Тезисы докладов Всесоюзной Конференции, 15-17 октября, 1991, стр.90.

163. Введенская А. И др. Потребность больных сахарным диабетом в возрасте

60 лет и старше в медико-социальной помощи. Клиническая геронтология, №9-10, 2000, стр.56.

164. Воронин И.М., Белов А.М. Обструктивные нарушения дыхания во время сна в пожилом возрасте. Клиническая геронтология, №5-6, 2000, стр.33.

165. «Вопросы геронтологии», Киев, 1989, выпуск 11.

166. Всесоюзный съезд геронтологов. Киев, 1988. 399стр.

167. Герман В.М. Сдвиги в медико-демографических процессах в Молдавской ССР (тенденции и прогнозы), 1982.

168. Герман Д.Г., Гаврилюк М.И. Эффективность сермиона при двигательных нарушениях, вызванных дисциркуляторной энцефалопатией в пожилом и старческом возрасте. Тезисы докладов Всесоюзной Конференции, 15-17 октября, 1991, стр.150.

169. «Геронтология и гериатрия», Трудовая реабилитация пожилых, Киев, 1988..

170. «Гериатрия», Москва, 1990.

171. Гехт И. А. Некоторые проблемы организации стационарного лечения одиноких лиц старших возрастов в сельской местности // Казан. мед. журн, 1989, N5, стр.377-378.

172. Гехт И. А. Медико-социальные аспекты здоровья одиноко живущих с сельской местности лиц старших возрастов: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.33 //МЗ СССР. Науч.-произв. об-ние “Союзмединформ”, ВНИИ мед. и медико-техн. информ. - М., 1990, стр.17.

173. Гехт И. А. О совершенствовании медико-социальной помощи одиноким престарелым лицам в сельской местности //Здравоохр. Рос. Федерации, 1992, N5, стр.13-15.

174. Глыбочко П.В., Светулов А.А. Состояние эндокринной системы и ее связь с тканями-мишенями в пожилом возрасте. Клиническая геронтология, №5-6, 2000, стр.40.

175. Горохова С.Г. Дегенеративный кальциноз клапанов сердца. Клиническая геронтология, №3-4, 2000, стр.39.

176. Гроппа С.А. Прогрессирующее геродегенерации мозга. Автор. дис., Кишинев, 1992.

177. Гусейнов Х.Ю. Распространенность хронических броншитов. Проблемы туберкулеза, №5, 2000, стр.54-56.

178. Дворецкий М.И. Справочник по диагностике и лечению заболеваний у пожилых, Киев, 1989, 189стр.

179. Демесов И.Н., Резе А.Г. Гериатрия в общей врачебной практике. Клиническая гериатрия, №9-10, 2000, стр.3.

180. Дмитриева Н. В., Винникова В. Н. Некоторые аспекты заболеваемости и медицинской помощи лицам старших возрастных групп сельского населения.//1 съезд геронтологов и гериатров Украинской ССР, 4-6 окт. 1988 г., г. Днепропетровск: Тез. и реф. докл, 1988, стр.73.

181. Дроздов Ю. А., Сальников Н. К., Холодная А. И. Одинокие лица пожилого и старческого возраста состояние здоровья. //1 съезд геронтологов и гериатров Украинской ССР, 4-6 окт. 1988 г., г. Днепропетровск: Тез. и реф. докл, 1988, стр.111-113.

182. Егоров И.В., Шосток Н.А. Дегенеративный артериальный стеноз: современный взгляд на старую проблему. Клиническая геронтология, №11-12, 2000, стр.37.

183. Ермаков В. В., Симонова Н. Н., Нефедова И. Л. Помощь на дому - важнейшее звено внебольничной помощи.//От Алма-Аты к 2000 году - взгляд с половины пути: Сб. ст./МЗ КазССР и др.; Редкол.: Э. М. Курлеутов (отв. ред.) и др., 1988, стр.247-250.

184. Жалбэ У.П., Кирличь А.Е., Ожован М.В., Фрекэуцан В.Д., Караман П.Ф. Изучение некоторых сторон фактического питания лиц пожилого возраста в условиях пансионатов. Тезисы докладов Всесоюзной Конференции, 15-17 октября, 1991, стр.229.

185. Закон Республики Молдова о государственном пенсионном обеспечении № 437-ХП от 27 декабря 1990 г. с последующими изменениями и дополнениями от 2 апреля 1992 г. и 30 июня 1994 г.

186. Закон Республики Молдова об индексации денежных доходов населения №824-ХП от 04.12.1991 г.

187. Здоровье пожилых. Доклад Комитета экспертов ВОЗ, Женева, 1992.

188. Зелински В. Организация гериатрической помощи лицам 60 лет и старше, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями: (В условиях лечеб.-профилакт. Уч-щака Польши): Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.33/Киев. мед. ин-т им. А. А. Богомольца, 1991. - 21 с. илл.

189. Злобин А. Н. Социально-гигиеническое обоснование потребности населения пожилого и старческого возраста в медико-социальной помощи: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.33 //МЗ и мед. пром-сти Рос. Федерации. Науч.-произв. об-ние мед.-соц. исслед., экон. и информатики. - М., 1996, 25с.

190. Зозуля Т. В. Клинико-эпидемиологическая характеристика контингента больных позднего возраста, обслуживаемого психоневрологическим кабинетом территориальной поликлиники. //Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1995, N2, стр.65-68.

191. Зота Е.Г. Ультроструктурные особенности старения эластических волокон в пожилом возрасте и при атеросклерозе. Тезисы докладов Всесоюзной Конференции, 15-17 октября, 1991, стр.256.

192. Канцер Г.Г., Бивол Г.К., Шишков А.С., Соловьева О.Н., Стаматин Г.Г. Прогнозирование течения язвенной болезни у пожилых методом накожной пробы.

193. Лучихин Л.А., Деревянко С.Н., Ганичкина И.Я. Вестибулярные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста. Вестник отоларингологии, №6, 2000, стр.12-15.

194. Мазаева Р. В., Исмаилова З. Н. Об опыте лечебно-профилактической работы с людьми старших возрастов в условиях БЦ "Зоны здоровья".//1 съезд геронтологов и гериатров Украинской ССР, 4-6 окт. 1988 г., г. Днепропетровск: Тез. и реф. докл, 1988, стр.154.

195. Манвелов Л.С., Кодыков А.С. Дисциркуляторная энцефалопатия. Клиническая геронтология, №9-10, 2000, стр.21.

196. Мереуцэ И.Е. Социально-экономическое реформирование здравоохранения в Республике Молдова.//Кишинев, 1993.

197. Минитолива М.Р. Когнитивные особенности пожилых людей и их реабилитация.//Кл. гер., №3-4, 2000.

198. Михневич Н. Н. О потребности лиц пенсионного возраста в лечебно-профилактической помощи.//Здравоохр. Рос. Федерации, 1996, N2, стр.18-21.

199. Михневич Н. Н. Заболеваемость и удовлетворение потребности лиц пенсионного возраста в медико-социальной помощи: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.33//НИИ соц. гигиены, экономики и упр. здравоохранением им. Р. А. Семашко Рос. АМН. - М., 1995, 24с.
200. Мотынга И.А. Организация медицинской помощи населению пожилого возраста.//М., 1983, 24стр.
201. Пакин Ю. В. Информационно-аналитическое обеспечение мероприятий по совершенствованию медико-социальной помощи пожилым.//1 съезд геронтологов и гериатров Украинской ССР, 4-6 окт. 1988 г., г. Днепропетровск: Тез. и реф. докл, 1988, стр.192-193.
202. Парнес Е.Я. Артериальная гипертония и центральная гемодинамика у больных ревматоидным артритом пожилого возраста. Клиническая геронтология, №3-4, 2000, стр.24.
203. Пивоварова И. П., Джорбенадзе Д. А., Агаджанов А. С. Медико-социальная помощь как условие формирования рационального образа жизни пожилых и старых людей.//1 съезд геронтологов и гериатров Украинской ССР, 4-6 окт. 1988 г., г. Днепропетровск: Тез. и реф. Докл., 1988, стр.203.
204. Полунин В. С. Медико-социальная реабилитация больных, инвалидов и лиц пожилого возраста //Сов. здравоохранение, 1991, N9, стр.27-32.
205. Постановление Парламента Республики Молдова №1013-ХІІІ от 23 октября 1996 г.
206. Постановление Правительства Республики Молдова №52 от 01.02.1991 г. о создании Социального фонда Республики Молдова.
207. Постановление Парламента Республики Молдова №528-ХІІ от 12 июня 1995г.
208. Постановление Правительства Республики Молдова №152 от 03.03.1995 г.
209. Постановление Правительства Республики Молдова №319 от 10.06.1995 г.
210. Постановление Правительства Республики Молдова №122 от 01.03.1996 г.
211. Постановление Правительства Республики Молдова №677 от 06.10.1995 г.
212. Постановление Правительства Республики Молдова о дополнительных мерах по социальной защите семей с детьми №456 от 15 мая 1997 г.
213. Преображенская В. С., Михневич Н. Н. Нормативы потребности лиц пенсионного возраста в медико-социальной помощи.//Пробл. соц. гигиены и история медицины, 1995, N5, стр.12-15.
214. Проблемы старения и здоровье. Всемирная организация здравоохранения и Milbank Memorial Fund, 2000.
215. Продолжительность жизни: механизмы, прогнозы, пути увеличения. Тезисы докладов Всесоюзной конференции, Киев, 1991, 142стр.
216. Райт С. Г. Роль медицинских сестер в оказании медицинской помощи престарелым // J. roy. Soc. Hlth, 1989, N1, стр.21-22.
217. Рибера-Косаго Дж.М. Старение и сердечно-сосудистая система. Клиническая геронтология, №11-12, 2000, стр.28.
218. Рожко А.А. Основные направления реформирования системы пенсионного обеспечения в Республике Молдова.//Кишинэу, 1997. 61с.
219. Рожко А.А., Попович Ф.Г., Чернецкая Н.В. Основные принципы и модели

функционирования систем социального страхования.//Экономика и социология. 1998, №1, стр.88-102.

220. Сава В. Кризис здравоохранения в Молдове не может быть преодолен без внедрения страховой медицины.//Страховой рынок. Приложение к журналу "EVCOR", 1996, №2, стр.18-21.

221. Сайсенбеков Т.З., Рахимбекова Г.А., Менх В.И. Проблема железодефицитных анемий у лиц пожилого возраста. Клиническая геронтология, №11-12, 2000, стр.78.

222. Смагина О. В. Проблемы организации гериатрической помощи в Латвийской ССР.//Вторичная профилактика внутренних болезней: Тез. докл. IX науч. конф. терапевтов/Редкол.: Ковш О. Я. (отв. ред.) и др. - Рига, 1986, стр.183-185.

223. «Современные проблемы геронтологии и гериатрии», Москва, 1988.

224. Согласительное совещание по эпиднадзору за инфекционными заболеваниями. Отчет о сов. ВОЗ. Копенгаген, 2000, 45стр.

225. Тарантовская И.И. Сестринское дело и качество жизни пожилого человека. Клиническая геронтология, №3-4, 2000, стр.62.

226. Тестемицану Н.А. Пути сближения уровней медицинской помощи городскому и сельскому населению Молдавской ССР.//Кишинев, «Штиинца», 1974, 305с.

227. Тинтюк Д. В., Мокиенко С. В. О некоторых проблемах медицинского обслуживания лиц пожилого возраста в сельской местности.//Актуальные проблемы социальной медицины, организации здравоохранения и пути их дальнейшего развития в Украине: (История, опыт, перспективы): Сб. науч. ст. - Днепропетровск, 1994, стр.141-143.

228. Троицкая Н.Е. Особенности социально-психологической реабилитации пожилых инвалидов в условиях проживания в центре социального обслуживания пенсионеров.//Сборник материалов научно-практической конференции «Реабилитация инвалидов: опыт, проблемы, перспектива», Калуга, 1999.

229. Фомин Н.Б. Истинная распространенность артериальной гипертонии. Кардеология, №9, 2000, стр.33-37.

230. Харрис Т., Ковар М. Г., Сузман Р., Клейнман Дж. К., Фелдман Дж. Продольное изучение физической активности у престарелых 80 лет и старше//Амер. J. publ. Hlth, 1989, №6, стр.698-702.

Ion Mereuță, Victor Bujor, Liuba Munteanu, Aurel Saulea



Demnitatea oamenilor bătrâni și asistența lor medico-socială

Editor: Asociația “Pentru Demnitatea Umană”

Procesare computerizată: Leo Axinte

Tipar: “Elan Poligraf”

2004