



**UNIVERSITATEA „ȘTEFAN CEL MARE”, SUCEAVA
FACULTATEA DE ISTORIE ȘI GEOGRAFIE
DEPARTAMENTUL DE ȘTIINȚE UMANE ȘI SOCIAL-POLITICE**

Asistența persoanelor varstnice

- Suport de curs și seminar –

Lector univ. dr. Carmen Marcela Ciornei

Curs 1 – 2. Aspecte introductive privind imbatranirea; îmbătrânirea demografică

Senescența¹ (îmbătrânirea), este un proces dinamic și general, care indiferent de vârsta cronologică se manifestă la toate nivelele de integrare a organismului: la nivel molecular, celular și de țesut, la nivelul organelor și a funcțiilor lor, în tot organismul cât și la nivel de personalitate. Senescența corespunde ultimei perioade a vieții. Se consideră că începe la 65 de ani, dar de fapt momentul îmbătrânirii depinde mai puțin de vârstă, cât de condiția fizică, morală sau socială. În cadrul senescenței, unii autori delimitează senilitatea ca perioadă finală deteriorativă, cu toate că senescența nu este o boală (C. Bogdan, 1997) ci un declin al funcțiilor senzoriomotrice și intelectuale, declin care începe la 25 de ani. Îmbătrânirea este un proces normal, fiziologic, cu o predispoziție mai mare pentru îmbolnăviri, cu o patologie mai mult sau mai puțin specifică. Psihologic, senescența se poate prezenta foarte variabil, unii oameni putându-și păstra în bună stare funcțiile intelectuale până dincolo de 80 de ani.

Îmbătrânirea, din punct de vedere fizic, biologic și medical este obiectul de studiu al gerontologiei medico-biologice și al geriatriei și presupune studiul cauzelor ce conduc la îmbătrânire, care accelerează sau încetinesc declinul fiziologic al organismului uman, precum și efectele îmbătrânirii fizice, cu metodele de profilaxie, combatere, ameliorare a efectelor negative în plan fiziologic.

Termenul "gerontologia" (C. Bogdan, 1992) a fost introdus în 1903 de Mecinicov, și desemnează știința proceselor de îmbătrânire (geron - bătrân, logos - știință) și este considerată o ramură a științelor medicale care urmărește cunoașterea caracteristicilor organismului bătrân și a patologiei sale specifice.

Geriatria (C. Bogdan, 1992) este un termen introdus de Nascher în 1909 și reprezintă o ramură a medicinei care studiază aspectele patologice ale îmbătrânirii. Geriatria este o disciplină de graniță sau integrativă / sintetică: latura de intervenție a gerontologiei, vizând profilaxia modificărilor de involuție și recuperarea indivizilor afectați de fenomene majore de îmbătrânire a organismului (medicina bătrâneții), ce presupune cunoștințe variate din domeniul celorlalte discipline medicale ca și din domeniul paramedicale.

Studiul psihologic al îmbătrânirii este centrat pe procesele senzoriale, cognitive, de sănătate mintală, de dezvoltare umană, personalitate și caracteristicile lor specifice vârstei a treia. Studiul acestora este obiectul psihologiei și, mai recent al psihogeriatricii.

Sociopsihologia îmbătrânirii și a bătrâneții se ocupă cu studierea relației individ – mediu social, surprinzând adaptarea vârstnicului la mediu, influențele asupra valorilor, atitudinilor, credințelor, rolurilor sociale, imaginii de sine.

Din punct de vedere social, bătrânețea este abordată prin prisma societății în care individul trăiește, a impactului societății asupra vârstnicului și a îmbătrânirii asupra societății, cu mecanismele de adaptare sau neadaptare implicate.

Socio-economic, bătrânețea impune referiri la probleme de securitate financiară, de securitate a locuinței, probleme soluționate de programele sociale specifice vârstei a treia, de asistență socială, de instituționalizare.

Seminar 1 – 2. Aspecte introductive privind imbatranirea; îmbătrânirea demografică. Discuții.

¹ sursa

Curs 3-4. Teorii sociologice despre batranete. Teorii biologice despre imbatranire.

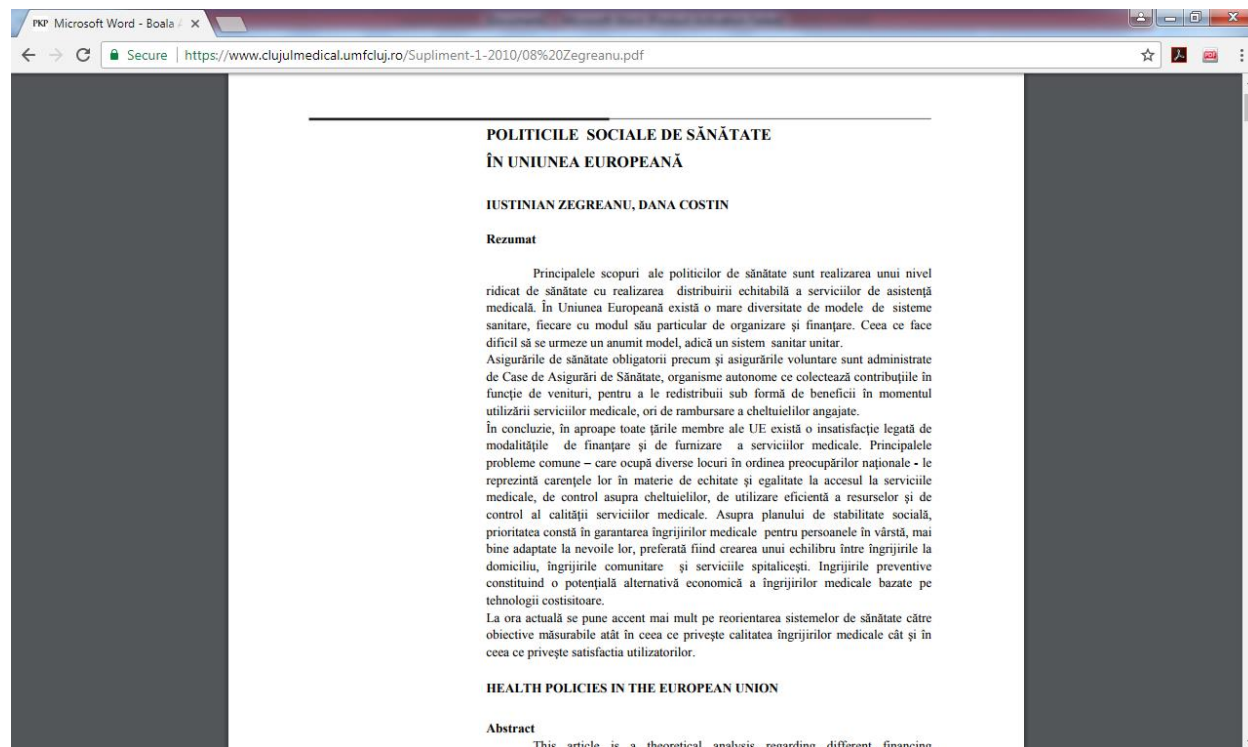
<https://ro.scribd.com/presentation/203374668/Teorii-Sociologice-Asupra-Imbatrinirii>

Seminar 3 – 4

Teorii sociologice despre batranete. Explicații

Teorii biologice despre imbatranire. Explicații

Curs 5-6. Politici sociale de sănătate. Starea de sanatate si bolile cronice la varstnici Aspecte de ordin legislativ privind protejarea persoanelor vârstnice. Sisteme de îngrijire a sănătății, bolii și dizabilității



Asigurarea sănătății² este considerată obiectivul principal al sistemului sanitar. Principalele scopuri fiind realizarea unui nivel ridicat de sănătate și distribuirea echitabilă a serviciilor de asistență medicală. Sistemul sanitar trebuie să corespundă așteptărilor populației, implicând astfel respectul față de cetățean (autonomie și confidențialitate) și orientarea beneficiarului (servicii prompte și calitate a dotărilor). Un alt obiectiv îl reprezintă finanțarea echitabilă, în care cheltuielile să reflecte capacitatea de plată, și nu neapărat riscul de îmbolnăvire.

Conform opiniei unor specialiști care a fost publicată într-o prestigioasă revistă engleză de specialitate, sistemele sanitare ale lumii se clasifică potrivit eficienței cu care transformă cheltuielile în sănătate. Se au în vedere aici, în corelație, cheltuielile pentru îngrijirea sănătății, ajustate conform prețurilor locale, cu asigurarea stării de sănătate. Ca factor esențial pentru sănătate, în calcul a fost cuprins și nivelul de educație a populației. Dar acești specialiști nu a reușit să ofere răspunsul la întrebarea în ce măsură un sistem sanitar este mai bun decât altul.

² Material preluat integral <https://www.clujulmedical.umfcluj.ro/Supliment-1-2010/08%20Zegreanu.pdf>

De altfel, în Uniunea Europeană există o mare diversitate de modele de sisteme sanitare, fiecare cu modul său particular de organizare și finanțare. Ceea ce face încă și mai dificil să se urmeze un anumit model, adică un sistem sanitar unitar.

Ca și structură general, la ora actuală există trei sisteme de finanțare performante predominante în Uniunea Europeană.

Primul (cunoscut sub numele de modelul Beveridge) se caracterizează prin finanțare publică pe baza impozitelor culese de la contribuabili.

Al doilea sistem (cunoscut sub numele de modelul Bismarck) în care finanțarea se realizează prin intermediul asigurării obligatorii ale populației .

Al treilea sistem constă în finanțarea privată prin asigurări voluntare.

În anul 1997, România a introdus un nou sistem de asigurări de sănătate prin Legea nr. 145/1997, bazat pe o versiune modificată a modelului Bismarck.

În mod practic în prezent, în afară de modelul Bismarck, mai coexistă și elemente din alte modele. Diferența dintre aceste modele constă în modalitatea prin care sistemul sanitar este finanțat):

- modelul Semashko – bugetul asigurărilor sociale de stat;
- modelul Beveridge – principiul rolului de „ filtru” (avut de medicii de familie – aleși, în mod liber, de către pacienți și finanțat prin impozite);
- modelul Bismarck – sistemul de asigurări sociale de sănătate (bazat pe prime obligatorii de asigurare, dependente de venituri).

În majoritatea acestor modele pacienții contribuie, într-o proporție variată la finanțarea îngrijirilor medicale în toate țările membre ale Uniunii Europene Majoritatea statelor membre aplică dispoziții de exonerare de la participare la toate costurile a categoriilor cu venituri mici cât și al persoanelor din alte grupuri defavorizate. Asigurările obligatorii precum și asigurările voluntare sunt administrate de Case de Asigurari de Sănătate, organisme autonome ce colectează contribuțiile în funcție de venituri, pentru a le redistribui sub formă de beneficii în momentul utilizării serviciilor medicale, ori de rambursare a cheltuielilor angajate. Modul de finanțare al spitalelor variază în general de la un stat la altul. Principalele forme fiind: tariful pe zi de spitalizare, și tariful pe grupe de diagnostic clinic.

Modele de finanțare ale sistemelor de sănătate ale statelor membre ale U.E:

1. AUSTRIA Legea generală a asigurărilor sociale conferă dreptul la protecție socială și la îngrijiri medicale din anul 1956. Legea a fost fondată pe principiul asigurărilor publice obligatorii. Astfel sistemul de protecție socială austriac acoperă 99% din populație. În această țară asigurările sociale se împart în patru mari categorii în funcție de riscurile acoperite : asigurarea de boală, asigurarea de accident, asigurarea de bătrânețe și asigurarea de somaj. Sistemul de sănătate austriac este foarte apropiat, în multe privințe de sistemul german, dar principalele diferențe sunt legate de plățile directe pentru serviciile din sistemul ambulatoriu și negocierea retribuțiilor prin camerele regionale ale medicilor. Sistemul austriac de sănătate este unul dintre cele mai bune din UE. Asigurarea de boală cuprinde o gama de servicii foarte variată și complexă, și majoritatea populației - 63.3% - se arată foarte satisfăcută.

Populația și starea de sănătate

Până în anul 1997 populația austriacă a fost de 8.1 milioane de locuitori. Procentul tinerilor până în 20 de ani este de 23.7%. Proporția persoanelor în vârstă este inferioară mediei europene: populația peste 65 ani reprezintă 14.6%, iar populația de peste 75 ani reprezintă 6%. Vârsta medie a populației conform datelor statistice, ar trebui să crească până în anul 2010 cu un procent semnificativ la persoanelor cu vârsta de peste 75 ani.

Rata somajului este de circa 1.7% calculată în 1997, fiind printre cele mai scăzute din Uniunea Europeană (4.7%).

- Speranța de viață este de circa 80.2 ani pentru femei și 73.9 ani pentru bărbați.
- Rata mortalității este de 7.8 la 1 000 locuitori, media UE fiind de 8.2 la 1.000 locuitori.
- Mortalitatea infantilă este de 5.1 pentru 1000 născuți vii, și este inferioară mediei UE (5.4).
- Mortalitatea prenatală este de 6,9 în 1997 și este inferioară mediei UE (7.5).
- Principalele cauze de deces sunt reprezentate de bolile cardio-vasculare (50%) și cancerul (23%) .
- Rata de sinucidere este destul de ridicată în Austria în special la bărbați; fiind de 651 la 100.000 pentru bărbați și la 196 la 100.000 pentru femei.

- Incidența SIDA este de 16 cazuri noi diagnosticate la un million de locuitori.

- Consumul de alcool este de 12.6 litri pe persoană în comparație cu media UE de 11.6 litri. Cu toate acestea s-a observat o scădere în 1997 la 11.9 litri pe persoană.

- Consumul de tutun a fost inferior mediei UE pentru ambele sexe: 35.5% la bărbați și 20.3% la femei fumători de mai mult de 15 ani, (media UE fiind de 37%- bărbați, 30%- femei).

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate.

Austria este un stat federal alcătuit din nouă landuri. Sistemul de sănătate se împarte în jurul diviziunii constituționale a responsabilităților între autoritățile federale și autoritățile locale provinciale. Ministerul Sănătății formulează doar cadrul politicii globale cu privire la oferta de îngrijiri medicale și eliberarea autorizațiilor de scoatere pe piață a noilor medicamente. Gestionarea și administrarea serviciilor de sănătate cade în responsabilitatea autorităților sanitare din provincii. Ministerul Muncii și Afacerilor sociale efectuează controlul asupra caselor de asigurări de sănătate. Există trei tipuri de asigurări sociale de sănătate : pentru serviciile medicale de urgență, asigurări de sănătate și asigurări sociale, acestea din urma fiind concretizate în principal prin beneficii în bani. Asigurările sunt obligatorii 99% din populație fiind afiliată la una din cele 24 de case de asigurari de sănătate. Acestea sunt organisme autonome. Finanțarea acestor case de asigurări se realizează în mod esențial prin contribuții financiare. În jur de 40% din austrieci dețin și o asigurare medicală privată suplimentară. Finanțarea sistemului de sănătate este bazată pe: contribuțiile la asigurările de sănătate obligatorii (59%) ; pe fiscalitate (24%) ; pe asigurări private (7.5%), coplata reprezintă în jur de 14% din resursele financiare. Cotizațiile care casele de asigurări de sănătate sunt plătite atât de salariați cât și de angajatorii lor, ele variând în funcție de salarii, suma fiind cuprinse între 6 și 8.5% din venitul brut. Coplata este utilizată pentru tratament, pentru serviciile stomatologice, cazare în spital. Medicii care lucrează în spitale sunt salariați. Pentru bolile acoperite de asigurări de sănătate private se aplică tarife distincte. Onorariile medicilor de familie sunt reglate de casele de asigurări de sănătate sau de casele private dupa caz. Plata se realizează pe baza convențiilor cadru negociate între Uniunea Caselor de Asigurari Sociale și Camerele Regionale ale Medicilor. Există în continuare probleme de coordonare între serviciile spitalicesti și serviciile de asistență medicală primară. Din acest motiv există în perspectiva statului austriac o reformă a modalității de finanțare în medicina ambulatorie.

Personalul medical în sistem.

Numărul medicilor titulari este de 26.6 pentru 10.000 de locuitori – inferior mediei europene (28.1), cu o proporție de 12.1 pentru medicii de familie (media UE- 8.2) și de 13.4 pentru medicii specialiti (media UE -11.3).

2. BELGIA

Sistemul de sănătate din Belgia se bazează pe asigurarea obligatorie, care acoperă populația în totalitate. Pacienții sunt liberi să își aleagă medicul, care poate fi un medic specialist sau medicul de familie. Accesul la spitalizare este direct. Libertatea de alegere și accesul la o largă gamă de servicii medicale se traduce printr-un înalt nivel de satisfacere a utilizatorilor în comparație cu alte țări europene. Administrarea sistemului de sănătate este împărțită între o casa de asigurari de sănătate publică și alte cinci organisme nonprofit. Sistemul belgian de sănătate favorizează o inflație sigură a ofertei de servicii medicale de sănătate. Pe de alta parte sistemul de sănătate belgian este unul dintre cele mai complicate din Europa și de aici dificultatea de a realiza o reglementare efectivă . Populația și starea de sănătate În anul 1997 populația Belgiei număra 10 milioane de locuitori, din care 24% sunt tineri sub 20 de ani (media UE-24.6%), și 16% persoane în vârstă de peste 65 ani, procent mai ridicat decât media UE- 15%. Proporția persoanelor de peste 75 de ani este estimată la 6.3% se situează puțin deasupra mediei UE-6.1%.

Vârsta medie a populației conform datelor statistice, ar trebui să crească în cursul viitoarelor decenii cu procent semnificativ la persoanelor cu vârsta de peste 75 ani.

- Speranța de viață este de 81 ani pentru femei (UE-80.2) și de 74.3 ani pentru bărbați (UE-73.9).
- Mortalitatea infantilă este de 6 decese la 1.000 de născuți vii, fiind superioară mediei UE (5.4).
- Rata deceselor cauzate de bolile cardiovasculare este relativ scăzută. Principala cauză fiind reprezentată de cancer
- Incidenta SIDA este de 18.8 cazuri noi diagnosticate la un million de locuitori.
- Consumul de alcool este de 11.2 litri pe persoană în comparație cu media UE de 11.6litri.
- Consumul de tutun este inferior mediei UE pentru ambele sexe : 31% la bărbați și de 21% la femei toți fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-bărbați, 35.8%-femei).

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate

Guvernul se limitează la reglementarea juridică și finanțarea parțială a sistemului sanitar. Prestatorii de servicii medicale beneficiază de o largă autonomie atât în planul gestiunii cât și în cel al activității. La nivel național șapte portofolii ministeriale sunt responsabile de problemele de politica de sănătate, de reglementare și control a sistemului. Guvernul fixează cotele de cotizație și definesc nivelul minim de acoperire cu prestații medicale.

Sistemul național de asigurare medicală obligatorie acoperă 88% din populație. Liber profesioniști reprezintă în jur de 12% din populație. Programul național de asigurări de sănătate este coordonat de către o casă publică de asigurări de sănătate și cinci Uniuni de Mutualitate. Administrarea este centralizată la nivel național de două organisme dominante și anume Alianța Națională de Mutualitate a Creștinilor, care acoperă 45% din populație și Alianța Națională de Mutualitate a Socialiștilor, care acoperă 27% din populație. Consumatorul este liber să aleagă la ce casă de asigurări să se afilieze. Deoarece fixarea nivelului de cotizație și definirea pachetului de servicii medicale sunt realizate prin decret ministerial, concurența se limitează la asigurării complementare. Finanțarea sistemului de sănătate se bazează pe cotizațiile la asigurările de sănătate (36%), fiscalitate (38%), plăți directe (17%). Procentul de 9% rămas este acoperit prin asigurările suplimentare de sănătate și de fiscalitatea indirectă. Sistemul de coplată este unul dintre cele mai ridicat din UE. Serviciile medicale ambulatorii sunt reglate direct de către pacienți, care sunt rambursate în termen scurt de către casele de asigurări în procent de 75% în medie. 25% din cheltuieli revine pacienților. Tarifele medicale sunt negociate între casele de asigurări de sănătate și asociațiile medicilor cu aprobarea ministerului. Contractele încheiate între medici și casele de asigurări sunt valabile doi ani. Medicamentele sunt rambursate pe baza unei liste. În funcție de categoria de produse medicamentoase compensația variază de la 0 la 100%. În medie 30% din preț reprezintă compensația.

Personalul medical în sistem.

Numărul medicilor titulari este de 37.4 pentru 10.000 de locuitori – fiind cel mai ridicat în raport cu media europeană (28.1), numărul medicilor de familie este egal cu cel al medicilor specialiști.

3. FRANȚA

Sistemul de sănătate francez rezultă dintr-o combinație complexă între sectorul privat și cel public și se bazează pe asigurările de sănătate obligatorii, completat de asigurării voluntare private.

Acoperirea este aproape completă, atingând 98% din populație. Atât sectorul spitalicesc cât și în medicina ambulatorie se oferă o gamă vastă de servicii medicale și un volum aproape nelimitat de servicii de sănătate iar pacienții se bucură de o libertate totală de consultare. În ceea ce privește speranța de viață și mortalitatea, Franța este pe primele locuri în cadrul UE. Sănătatea publică în schimb are puncte slabe, reprezentate de incidența mare a SIDA de consumul de alcool și de tutun. Sistemul medical francez este unul dintre cele mai răspândite în UE. Populația și starea de sănătate În anul 1997 populația Franței era de 58.5 milioane de locuitoridin care 26% tineri sub 20 de ani (media UE-24.6%), si 15.4% persoane în vârstă de peste 65 ani, procent comparativ apropiat cu media UE-15%. Proporția persoanelor de peste 75 de ani a fost estimată la 6.6% mai ridicată față de media UE de 6.1% și se așteaptă o rată de 8.2% în anul 2020. În jur de 75% din populația franceză se află concentrată întrun numar mic de zone urbane. Doar în capitală sunt circa 9 milioane de locuitori, iar alte orașe cum ar fi Lille, Lyon sau Marseille au peste un milion de locuitori. • Speranța de viață este de 82 ani pentru femei (UE-80.2) și de 74.1 ani pentru bărbați (UE- 73.9) fiind superioară mediei UE.

- Mortalitatea este cea mai scăzută din cadrul UE și anume 6.7 decese la 1.000 locuitori (UE-8.2).

- Mortalitatea infantilă este de 4.9 decese la 1.000 de născuți vii și este inferioară mediei UE (5.4).

- Principalele cauze de deces sunt bolile cardiovasculare și de cancerul. Rata mortalității cauzate de cancer este foarte ridicată pentru sexul masculin. Pentru femei principala cauză de deces o reprezintă bolile cardiovasculare.

- Incidenta SIDA este estimat la 72 cazuri noi diagnosticate la un million de locuitori.

- Consumul de alcool este ridicat în Franța fiind estimat la 16.7 litri pe persoană, mult ridicat în comparație cu media UE de 11.2 litri. În prezent 63% din bărbați și 30% din femei consumă cel puțin un pahar de alcool pe zi.

- Consumul de tutun a fost superior mediei UE pentru barbati și inferior pentru femei :38% la bărbați și 20% la femei toți fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-bărbați, 25.1%-femei). Riscul unei morti premature este mai ridicat pentru categoriile defavorizate și pentru muncitorii necalificați. Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate În Franța statul joacă un rol important în cadrul sistemului de sănătate.Acesta își asumă responsabilitatea pentru protecția tuturor cetatenilor.

Guvernul se ocupă de sănătatea populației și de sistemul de protecție socială, controlând relațiile între diferite organisme financiare, și sectorul spitalicesc public. Ministerul Muncii și Solidarității și Secretarul de Stat pentru sănătate, elaborează politica de sănătate la nivel național. Înaltul Comitet de Sănătate Publică prezidat de Ministrul Sănătății fixează obiectivele principale de sănătate publică iar Agenția Națională de Acreditare și Evaluare în Sănătate (ANAES) are rolul de evaluare a practicilor medicale, a calității și a performanțelor în sectorul de sănătate public și privat. La nivel regional, cele 22 de Directii Regionale ale Problemelor de Sănătate și Sociale (DRASS) implementează politicile de sănătate prin elaborarea de “carduri sanitare” care fixează numărul de paturi pe specialității și pe zone și stabilește reguli pentru cumpărarea și instalarea echipamentelor medicale costisitoare. Finanțarea sistemului de sănătate se realizează prin strângerea de cotizații din partea angajatorilor și din partea salariaților, ce reprezintă 12.8% din venitul brut (firme) și 6.8% din salariu (angajații). Pensionarii contribuie cu un procent inferior. Sistemul de asigurări de sănătate acoperă în proporție de 75% din cheltuielile totale din domeniul sanitar. O cotă de 6.8% din cheltuieli este acoperită de mutualitate și 5% de asigurările private. Fiscalitatea contribuie cu mai puțin de 3%, în timp ce participarea directă a pacienților prin coplată se ridică la mai mult de 13%. În cadrul sectorului ambulatoriu medicii sunt renumerați pe baza documentelor conform unor tarife convenționale stabilit de către stat. Personalul medical în sistem. Densitatea medicilor titulari este de 29 pentru 10.000 locuitori număr superior față de media UE de 28.1. Numărul specialiștilor este egal cu cel al medicilor generaliști.

4. GERMANIA

Între 1945 și 1990, Germania a fost divizată în două state, unul de vest și unul de est, în cadrul cărora sistemul de sănătate se baza pe concepții practic opuse. În Germania de Vest a existat un sistem democrat liberal, în timp ce în Germania de Est a existat un model de planificare controlat, centralizat. După reunificare, sistemul de sănătate a fost reformat în vederea adaptării la structura financiară și organizațională vest-germană. Modelul german este bazat pe asigurare socială obligatorie, care a rămas relativ neschimbat de la fondarea sa de către Bismark în anul 1883. Acesta garantează egalitate la acces și un volum important de servicii medicale avansate. În proporție de 89% din cetățenii germani se declară foarte satisfăcuți sau satisfăcuți de sistemul lor de sănătate. Cu toate acestea sistemul de sănătate se confruntă cu importante probleme, deoarece îmbătrânirea populației duce la descentralizarea principiului de distribuție pe care este bazată securitatea socială.

Populația și starea de sănătate

În anul 1997 populația Germaniei număra 82 milioane de locuitori. Procentul tinerilor este de 21.6% tineri sub 20 de ani (media UE-24.6%), în schimb proporția persoanelor în vârstă de peste 65 ani este de 15.3%, procent apropiat cu media UE-15%. Proporția persoanelor de peste 75 de ani a fost estimată la 6.2% și relativ ridicată față de media UE-6.1% , dar se așteaptă la o rată de 10.6% în anul 2020 care este superioară mediei europene prevăzute de 8.9%.

- Speranța de viață este de 73.4 ani în vest țării, si doar de 70.3 ani în est țării. Pentru femei ea este de 79.7 ani în vest și de 77.7 ani în est. Aceasta diferență se explică în general prin incidența bolilor cardiovasculare datorate modului diferit de alimentație, a culturii oarecum diferite și a condițiilor de viață dintre est și vest, precum și de nivelul diferit de difuzare a tehnologiilor medicale de vârf.

- Rata mortalității infantile este de 5%, relativ scăzută față de media UE de 5.4% la 1.000 de născuți.

- Rata deceselor datorate bolilor aparatului cardio - circulator si sinuciderilor este superioară mediei europene.

- Incidența SIDA este de 18.4 cazuri noi diagnosticate la un million de locuitori.

- Consumul de alcool a fost estimat de 14.2 litri pe persoană, mult mai mare în comparație cu media UE de 11.2 litri.

- Consumul de tutun a fost apropiat mediei UE pentru bărbați -36.8% și mult inferior pentru femei-21.5% toti fumatori de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-barbati, 25.1%-femei). Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate.

Organizarea și finanțarea serviciilor de sănătate se bazează pe descentralizare și autoreglare. Rolul guvernului se limitează doar la un cadrul legislativ al sistemului de sănătate, în timp ce responsabilitățile executive sunt în mare parte rezervate administrațiilor Landurilor.

Sistemul obligatoriu de sănătate acoperă aproape 88% din populație, existând 600 de case de asigurări de sănătate. Pentru un procent de 10% din populație asigurările sunt acoperite de către angajatori în timp ce populația cu venituri mai ridicate se asigură la una din cele 45 de companii private de asigurare. Mai puțin de 0.5% din populație nu beneficiază de nici un fel de protecție. Casele de asigurări de sănătate sunt organizate pe districte, pe profesioniști sau pe grupe de firme. Salariații își

pot alege casa de asigurări. În jur de 60% finanțarea este acoperită din asigurării obligatorii și voluntare de stat, 21% din fiscalitate, 7% din asigurările private și 11% prin participarea directă la costuri (coplată). Cotizațiile către casele de asigurări sunt plătite în părți egale atât de salariați cât și de angajatori. Valoarea medie a cotizației se ridică la 13.5%. Există o strictă separare între casele de asigurări de sănătate și furnizorii de îngrijiri de sănătate.

Onorariile medicilor de familie sunt fixate printr-un proces de negociere descentralizat între principalii intermediari din sectorul de sănătate. Principalul mod de renumerare a medicilor de familie, specialiștilor și a stomatologilor de către casele de asigurări de sănătate este pe baza documentelor. Există un barem general denumit “norma de evaluare uniformă”, în care valoarea monetară efectivă este negociată la nivel regional, după care este ajustată la venitul global al medicilor. Personalul medical în sistem. Numărul medicilor este de 32.8 la 10.000 locuitori, destul de ridicat față de media europeană.(28.1).

5. GRECIA

Sistemul de sănătate grec este fondat pe principiul asigurărilor sociale obligatorii. Este finanțat prin impozit și într-o mai mică măsură prin cotizații din venituri. Este un sistem nu se încadrează în nici o categorie omogenă, deoarece participarea sectorului privat, atât la finanțare cât și la oferta de îngrijiri medicale este foarte importantă. Sistemul național de sănătate grec (ESY) a fost creat în anul 1983, în același timp în care alte țări din sudul Europei își implementau propriile servicii naționale de sănătate. Totuși, sistemul de sănătate grec nu a fost decât parțial implementat iar vechile structuri există în continuare practic fără modificări. De aceea există o inegalitate a accesului la îngrijiri, o distribuție inegală a ofertei medicale (concentrată mai mult în mediul urban) și creșterea cheltuielilor. Nivelul de satisfacție al utilizatorilor este foarte scăzut : doar 18.4% din beneficiari se declară foarte mulțumiți sau mulțumiți de sistemul lor de sănătate.

Populația și starea de sănătate

Populația Greciei se ridică în anul 1997 la 10.5 milioane de locuitori. Proporția tinerilor sub 20 de ani reprezintă 24% și este inferioară mediei europene de 24.6%. Persoanele cu vârsta de peste 65 ani reprezintă 16.4%, cifra ridicată față de media UE de 15%. Proporția celor de peste 75 ani a fost estimată la 6.2% (media UE-6.1%). Se aștepta în anul 2020 o creștere de până la 9.2%.

- Speranța de viață este de 75.1 ani pentru bărbați (73.9ani- UE) și de 80.4 ani pentru femei (80.2 ani-UE) ceea ce plasează Grecia pe primul loc în cadrul UE.

- Rata mortalității este relativ mică: 7.2 la 1.000 locuitori (8.2-UE).
- Rata mortalității infantile are o valoare ridicată de 8.1 decese la 1 000 de născuți vii, față de media UE (5.7).
- Principalele cauze de deces sunt bolile cardiovasculare și cancerul în Grecia, dar incidența cancerului rămâne inferioară celei din UE.
- Incidența SIDA este de 24.8 cazuri noi diagnosticate la un milion de locuitori și este relativ mică față de media UE (42.7).
- Consumul de alcool este de 2.3 litri pe persoană și este net inferior în comparație cu media UE de 11.2 litri.
- Consumul de tutun a fost relativ ridicat față de media UE în special la bărbați -57% și la femei-24% toți fumătorii de mai mult de 15 ani, (media UE 37.4%-bărbați, 25.1%-femei).

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate Ministerul Sănătății și al Prevederii Grec definește politica de sănătate la nivel național, reglementând oferta și finanțarea serviciului național de sănătate. Consiliul Central de Sănătate (KESY), este alcătuit din reprezentanții profesioniștilor din sănătate (medici) și ai utilizatorilor care se află în slujba ministerului și oferă recomandări și opinii asupra politicii de sănătate și a cercetării medicale. Sistemul național de sănătate este împărțit în 13 regiuni și 52 districte, în care fiecare district cuprinde cel puțin un spital. Centrele medicale universitare sunt amplasate în șapte regiuni. O mare parte din populație este acoperită de către 300 case de asigurări de sănătate autonome administrate ca organisme publice. Institutul de Asigurări Sociale (IKA) acoperă peste 50% din populație, în principal orașeni, muncitori, funcționari și cadre. Organizația Asigurărilor din Agricultură (OGA) cuprinde 25% din populație (din mediu rural), și Casa Comercianților, a Industriașilor și a Micilor Intreprinzători (TEVE-TAE) acoperă 13% din populație. Statul acoperă 9% din populație în timp ce restul sunt asigurați de numeroase mici case de asigurări. Sistemul este alimentat parțial prin fiscalitate și parțial prin cotizații sociale. IKA, principala casă de asigurări de sănătate este finanțată prin cotizații asupra veniturilor, plătite în parte de salariați și în parte de către angajatori. Proporția este fixată de către guvern iar cotizațiile sunt completate din bugetul central. OGA este finanțată în totalitate de către stat. Nu există o graniță financiară netă între casele de securitate socială și de stat. Regimul național nu prevede participarea la costuri în caz de spitalizare, dar slăbiciunile serviciului public creează o veritabilă piață paralelă de îngrijiri de sănătate.

Cazurile de îmbolnăviri joacă un rol semnificativ în finanțarea serviciilor de îngrijiri de sănătate ambulatorii în Grecia. Medicii din spitalele IKA, primesc un salariu pentru serviciile primare și cele stomatologice pe care acestia le ofera. Pe de alta parte medicii de familie care au contracte cu casele de asigurări pentru îngrijiri primare sunt plătiți pe baza documentelor. Un anumit număr de servicii furnizate de către medici clienților privați sau de către centrele de diagnostic sunt achitate direct de către pacienți .

Personalul medical în sistem.

Numărul medicilor titulari este de 38.8 la 10.000 locuitori, număr foarte de ridicat față de media europeană.(28.1). Numărul mare de medici în ansamblul personalului de sănătate mai mult decat dublul mediei europene este rezultatul unei proaste planificări a resurselor umane.

6. ITALIA

Serviciul național de sănătate italian (Servizio Sanitario Nazionale-SSN) a fost înființat în anul 1978, și asigură accesul universal și gratuit la îngrijirile de sănătate. Finanțarea sistemului este publică, combinând fiscalitatea cu asigurările sociale. Oferta de îngrijiri este mixtă (publică și privată). Guvernul fixează nivelul minim de servicii care trebuie să fie garantat pe tot ansamblul țării, și precizează condițiile în care utilizatorii pot recurge la sectorul privat. Serviciile de sănătate italiene sunt considerate inferioare nivelului mediu al UE. Inegalitățile de repartizare a resurselor sanitare sunt foarte pronunțate între regiunea de Nord și cea de Sud. Italienii par nemulțumiți de sistemul lor de sănătate atât public cât și privat. Populația și starea de sănătate Populația în Italia se ridică în anul 1997 la 57 milioane de locuitori. Proporția tinerilor sub 20 de ani este sub 21% mult inferioară mediei europene-24.6%. Persoanele cu vârstă de peste 65 ani reprezintă 16.4%, cifră comparativ ridicată față de media UE-15%. Proporția celor de peste 75 ani a fost estimată la 6.2% (media UE-6.1%). Se așteaptă ca în anul 2020 să existe o creștere până la 10.7%.

- Speranța de viață este de 74.9 ani pentru bărbați (73.9ani-UE) și de 81.3 ani pentru femei (80.2 ani- UE)
- Rata mortalității este la: 7.1 la 1.000 locuitori (8.2-UE).
- Rata mortalității infantile este de 5.8 decese la 1.000 de născuți vii (media UE- 5.4).

- Principalele cauze de deces sunt bolile cardiovasculare și cancerul. Rata deceselor cauzate de traumatisme sau otrăviri este ridicată de 16.7 pentru 100 000 de locuitori ..

- Incidența SIDA este de 91.8 cazuri noi diagnosticate la un million de locuitori (este cea mai ridicată după Spania (media UE- 42.7)).

- Consumul de alcool este de 10.9 litri pe persoană - (media UE de 11.2 litri).

- Consumul de tutun este relativ ridicat față de media UE pentru ambele sexe la femei -26% și la bărbați -38% toți fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-bărbați, 25.1%- femei). Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate Serviciul de Sănătate Italian (SSN) asigură o protecție universală a populației. Administrarea sa națională, regională și locală, este criticată pentru marea sa birocrație. Consiliile regionale și unitățile sanitare locale (USL) formează structura de bază a Serviciul de Sănătate Italian. Italia este divizată în 21 de regiuni, în care există 320 unități sanitare locale, din care 148 spitale publice dar administrate autonom. Rolul guvernului este limitat, deoarece regiunile se ocupă de planificarea, finanțarea și controlul serviciilor de sănătate în teritoriile respective. Guvernul se ocupă de determinarea nivelului financiar și alocarea lor pe diferite regiuni în funcție de numărul de locuitori cu definirea nivelului minimal de servicii care trebuie asigurat de către regiuni. Finanțarea sistemului de sănătate este în proporție de 40.8% publică și se bazează pe asigurările sociale și 37.5% pe impozit. Diferența este finanțată prin cheltuieli private care rezulta din coplata serviciilor SSN. Partea cotizațiilor de sănătate în finanțarea sistemului rămâne importantă, în care angajatorii plătesc în medie 9.6% din venitul brut și salariații 0.9% dar taxele efective sunt variabile pe regiuni. Medicii de familie care își exercită profesiunea în mod liber sunt remunerați în funcție de numărul de pacienți aflați pentru îngrijirile primare. Personalul medical în sistem. Densitatea medicilor titulari la 10.000 locuitori, este net superioară față de media UE.

7. OLANDA

Sistemul de sănătate olandez (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten- AWBZ) suprapune asigurarea socială cu cea privată. Asigurarea socială acoperă 62% din populație asigurarea privată 31%. Un regim național de asigurare pentru cheltuieli medicale speciale acoperă riscurile catastrofice, bolile cronice, invaliditate, îngrijirile psihiatrice. Sectorul privat joacă un rol semnificativ în furnizarea îngrijirilor de sănătate. Sistemul de sănătate beneficiază de un larg consens din partea populației, astfel 72.8% din olandezi se declară foarte satisfăcuți sau satisfăcuți de sistemul lor de sănătate, față de media europeană de 50.3%. Una dintre atu-urile sistemului de sănătate olandez

constă în implementarea unei rețele complexe de îngrijiri ambulatorii și îngrijiri de lungă durată pentru persoanele în vârstă. Populația și starea de sănătate Populația Olandei se ridică în anul 1997 la 15.5 milioane de locuitori, cu o proporție a tinerilor sub 20 de ani asemănătoare mediei UE.

- Speranța de viață este de 74.7 ani pentru bărbați (73.9ani-UE) și de 80.4 ani pentru femei (80.2ani-UE)
- Rata mortalității este de 9.0 la 1.000 locuitori (8.2-UE).
- Rata mortalității infantile este de 5.2 decese la 1.000 de născuți vii în 1996 (media UE- 5.4).
- Rata deceselor cauzate de bolile cardiovasculare pentru ambele sexe este mult scăzută față de media UE în timp ce mortalitatea datorată cancerului este mult superioară mediei UE.
- Incidența SIDA este de 25.1 cazuri noi diagnosticate la un milion de locuitori - net inferioară mediei europene (media UE-42.7).
- Consumul de alcool este de 9.9 litri pe persoană – nivel net inferior mediei UE - 11.2 litri.
- Consumul de tutun este relativ ridicat față de media UE pentru ambele sexe la femei - 30.5% și la bărbați - 42.9% totuși fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%- bărbați, 25.1%-femei).

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate

Asigurarea generală pentru cheltuielile medicale speciale (AWBZ) este obligatorie pentru populație și privește toate bolile cronice și îngrijirile de lungă durată. Cu toate acestea majoritatea îngrijirilor spitalicești au rămas excluse, ele fiind suportate prin coplată. Asigurarea de sănătate obligatorie (Verplichte Ziekenfondsverzekering-ZFW) este administrată de 40 de case de asigurări de sănătate care acoperă circa 60% din populație. În jur de 37%, din populație este alcatuită în principal din liberi profesioniști care nu consideră avantajos regimul obligatoriu și subscriu la o asigurare privată (Particular Verzekering) în vederea acoperirii îngrijirilor acute, exceptate ca regulă de la plata directă. Funcționarii din administrația publică (în jur de 6% din populație) au propriul lor regim obligatoriu, care folosește beneficiile în natură pentru o paletă de servicii mai mare decât cea din ZFW. Asigurații pot subscrie și la o asigurare de sănătate suplimentară (Aanvullende Ziekenfondsverzekering) pentru acoperirea riscurilor necuprinse de către regimul legal. De fapt 90% din asigurați au contractat de asigurări suplimentare pentru îngrijiri medicale. Finanțarea sistemului de sănătate este realizat de către asigurațiile sociale, care au preluat 68% din cheltuielile de sănătate,

în timp ce asigurările private reprezintă 13.7% din cheltuieli. Diferența este completată din subvenții acordate de către stat și plăți directe ale pacienților. Cotizațiile către casele de asigurări de sănătate sunt în funcție de venituri. O parte este plătită de către angajator (5.15% din venitul brut) și o parte de către salariați (1.15%). Suplimentar asigurării mai plătesc o taxă modică stabilită de către fiecare casă de asigurări.

Onorariile medicilor de familie sunt negociate între casele de asigurări publice sau private și furnizorii de îngrijiri pe bază de contract. Plafoanele tarifare sunt fixate de către guvern dar se negociază tarife inferioare. Olanda are o îndelungată tradiție în domeniul finanțării publice în domeniul îngrijirilor de lungă durată și a îngrijirilor paleative. Medicii de familie își exercită profesia în mod liber. Pentru clienții privați, medicii de familie sunt remunerați pe client și pe servicii asigurate.

Personalul medical în sistem. Numărul medicilor titulari este ridicat de circa 29.3 pentru 10.000 locuitori - media europeană fiind de 28.1. Densitatea specialiștilor este de 8.7 pentru 10.000 locuitori (media UE-11). În principal Olanda se confruntă cu o lipsă de personal specializat în diferite domenii ca: ortopedie, oftalmologie, reumatologie, neurologie și psihiatrie.

8. ROMÂNIA

Sistemul de sănătate românesc, a fost reconstruit în anul 1997, când s-a introdus un nou sistem de asigurări de sănătate prin Legea nr. 145/1997, bazat pe o versiune modificată a modelului Bismarck. El a fost inspirat la apariția sa (la sfârșitul anilor '40 și în anii '50) din modelul sovietic (Semașko), însă a avut similitudini și cu sistemele existente în unele țări din Europa de Vest - Marea Britanie, țările nordice. Creditarea serviciilor sanitare cu foarte multă responsabilitate și puține efecte asupra stării de sănătate a populației a dus la o culpabilizare a medicilor și a sectorului sanitar pentru toate insatisfacțiile generate de deteriorarea stării de sănătate care de fapt a fost rezultatul acțiunii conjugate a mai multor factori (social - economici, comportamentali, biologici, ambientali).

Populația și starea de sănătate

În anul 1997 România 21,53 de milioane de locuitori, cu o proporție a tinerilor sub 20 de ani de 23% (media UE-24.6%) și o proporție de 19.3% pentru persoanele în vârstă de peste 65 ani. Proporția celor de peste 75 de ani este mai mare decât media UE și este de 9.1% și se așteaptă în 2020 o creștere la 11.9%.

- Speranța de viață este de 66.1 ani pentru bărbați (73.9 ani-UE) și de 73,99 ani pentru femei (80.2 ani-UE) .

- Rata mortalității este de 12,29 la 1.000 locuitori (8.2-UE).

- Rata a mortalității infantile este de 12,09 decese la 1.000 de născuți vii (media UE- 5.4).

- Principalele cauze de deces sunt bolile cardiovasculare, cancerul cu o medie crescută peste media UE

- Incidența SIDA 8,2 noi cazuri diagnosticate la un million de locuitori în (media UE-42.7).

- Consumul de alcool este de 7,5 litri pe persoană – nivel inferior mediei UE - 11.2 litri.

- Consumul de tutun prezinta variații între cele două sexe- pentru femei -25,3% și la bărbați – 42,5% toți fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%- bărbați, 25.1%-femei).

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate

Lipsa unei politici coerente în domeniul sănătății după 1990 a fost favorizată și de moștenirea unui deficit în capacitatea de analiză sistematică și de dezvoltare de strategii, în condițiile unei cercetări și pregătiri insuficiente în domeniul managementului sănătății publice și al serviciilor de sănătate. Un punct pozitiv a fost posibilitatea unei libere alegeri a medicului și salarizarea sa în funcție de numărul persoanelor servite și calitatea prestației, toate efectuate pe baze contractuale.

Finanțarea unităților din asistența primară și ambulatorul clinicilor de specialitate, precum și a celor private, se realizează prin contracte încheiate cu casele locale de asigurări de sănătate. Rambursarea cheltuielilor pentru serviciile prestate asiguraților se face conform prevederilor din Contractului Cadru, care se aprobă anual prin hotărâre de guvern.

Finanțarea sistemului de sănătate se va face din fondurile asiguraților și din plățile pacienților. Bugetul de stat finanțează programele medicale naționale și investițiile din spitale, construcțiile și echipamentele de înaltă performanță. Fondurile de asigurări de sănătate finanțează serviciile de sănătate (primară, ambulatorie, spitalicească, de urgență, stomatologică, reabilitare, produse farmaceutice compensate). Pacientul contribuie parțial la plata unor servicii medicale și integral la plata altor servicii medicale, precum și la cea a medicamentelor compensate. Personalul medical în sistem. În România densitatea medicilor titulari este de 17 la 10.000 de locuitori, față de densitatea medie din Uniunea Europeană.

9. SPANIA Sistem de sănătate spaniol

(Sistema Nacional de la Salud-SNS) a fost instituit în anul 1986 și acoperă 98.5% din populație. Dezvoltarea sistemului s-a efectuat pe o bază regională, obiectivul fiind ca fiecare regiune să fie în măsură să își administreze propriile servicii de îngrijire de sănătate. Instaurarea SNS a permis punerea în practică a unei acoperiri cvasiuniversale, care cuprinde o largă paletă de îngrijiri.

Populația și starea de sănătate

În anul 1997 Spania numără 39.7 milioane de locuitori, cu o proporție a tinerilor sub 20 de ani de 24% (media UE-24.6%) și o proporție de 15.3% pentru persoanele în vârstă de peste 65 ani. Proporția celor de peste 75 de ani corespunde mediei UE de 6.1% și se așteaptă în 2020 o creștere la 7.9%.

- Speranța de viață este de 74.4 ani pentru bărbați (73.9 ani-UE) și de 81.6 ani pentru femei (80.2 ani-UE) .

- Rata mortalității este de 7 la 1.000 locuitori (8.2-UE).

- Rata a mortalității infantile este de 5.0 decese la 1.000 de născuți vii (media UE- 5.4). • Principalele cauze de deces sunt bolile cardiovasculare, cancerul și accidentele rutiere înaintea vârstei de 35 ani. Mortalitatea relativ ridicată a persoanelor până în 35 de ani constituie un fenomen frapant. Față de alte țări ale UE Spania are o rată de sinucideri mult inferioară.

- Incidența SIDA este cea mai ridicată în cadrul UE- 162 noi cazuri diagnosticate la un million de locuitori în 1996 – (media UE-42.7).

- Consumul de alcool este de 13,5 litri pe persoană –nivel superior mediei UE - 11.2 litri.

- Consumul de tutun prezintă variații între cele două sexe- pentru femei -21% și la bărbați - 44% totuși fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%- bărbați, 25.1%-femei). Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate Cele 7 regiuni autonome dețin propriile lor direcții sanitare – departamentele de sănătate din cadrul guvernărilor regionale - sunt responsabile cu sănătatea publică, planificarea structurilor sanitare precum și cu gestionarea și administrarea serviciilor de sănătate pe teritoriul lor.

Toate regiunile autonome au divizat teritoriul Spaniei în zone sanitare în funcție de mărimea populației, caracteristicile geografice, factorii demografici, epidemiologici și socio-economici.

Zonele sanitare sunt împărțite la rândul lor în zone de bază pentru planificarea și gestionarea resurselor sanitare primare. Ministerul Sănătății stabilește programe de sănătate publică, și veghează implementarea lor, definește nivelul îngrijirilor primare, îngrijirilor spitalicești interne și externe, nivelul coplăților pentru medicamente și proteze medicale. Consiliul sanitar interteritorial al SNS coordonează schimburile între autoritățile sanitare regionale pe de o parte și Ministerul Sănătății pe de altă parte în scopul de a garanta obiectivele și prioritățile fixate la nivel național. Serviciul național de sănătate acoperă 98.5% din populație, din care 93% sunt afiliați la regimul general, 1% primesc alocații de la stat și 4.5% (în principal funcționarii) sunt afiliați la regimuri speciale. Companiile de asigurare private joacă un rol minor în sistemul de sănătate spaniol. În jur de 80% din cazuri finanțările provin din fiscalitate, 18% provin din cotizații plătite în funcție de venit atât de către angajați cât și de către angajatori, iar diferența de 2% provine din alte forme de asigurare de sănătate. Medicii de familie sunt remunerați în funcție de numărul de pacienți, și doar în anumite cazuri după o formulă combinată salariu-număr de pacienți.

Personalul medical în sistem.

Numărul medicilor titulari este de 40.8 pentru 10.000 locuitori extrem de ridicat față de media UE (28.1).

10. MAREA BRITANIE

Serviciul Național de Sănătate (NHS) creat în anul 1948 a instituit accesul universal la îngrijirile de sănătate. Este un serviciu public de sănătate finanțat în principal din impozit. Gama de servicii oferite de NHS este completă iar accesul la îngrijiri medicale este gratuit. Solicitanții care intervin pe piața medicală sunt autoritățile sanitare de district (DHA) și medicii de familie “gestionarii de fonduri” (General Practitioner Fundholders) care cumpără îngrijiri trusturilor spitalicești (fundații autonome în cadrul NHS) și centrelor de sănătate comunitare. Concentrarea asupra îngrijirilor primare și rolul central al medicilor de familie, punct de trecere obligatoriu pentru a accede la îngrijirile secundare, sunt punctul forte ale sistemului britanic.

Punctul slab este reprezentat resursele financiare mici consacrate îngrijirilor secundare fiind considerată principala cauză ale lungilor liste de așteptare din spitale. Problema listelor de așteptare explică nivelul de satisfacere relativ mic al britanicilor cu privire la sistemul lor de sănătate. Sistemul funcționează corect pentru bolile grave sau urgențe dar mai puțin bine pentru afecțiunile minore.

Populația și starea de sănătate Marea Britanie număra în anul 1997 58 milioane de locuitori, cu o proporție a tinerilor sub 20 de ani de 25% (media UE-24.6%) și o proporție de 15.8% pentru persoanele în vârstă de peste 65 ani. Proporția celor de peste 75 de ani este mult mai ridicată decât media UE(-6.1%). Se așteaptă în 2020 la o creștere de 12.4%.

- Speranța de viață este de 74.4 ani pentru bărbați (73.9ani-UE) și de 79.3 ani pentru femei (80.2ani-UE)

- Rata mortalității este de 7.9 la 1.000 locuitori (8.2-UE).

- Rata a mortalității infantile este de 6.1 decese la 1.000 de născuți vii (media UE- 5.4).

- Principalele cauze de deces sunt bolile cardiovasculare, cancerul și accidentele rutiere înainte a vârstei de 35 ani..

- Incidența SIDA este de 24 cazuri noi diagnosticate la un million de locuitori (media UE-42.7).

- Consumul de alcool este de 8.9 litri pe persoana – nivel inferior mediei UE - 11.6 litri. • Consumul de tutun este mult inferior mediei UE pentru bărbați -29% în timp ce pentru femei este relativ ridicat-28% toți fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-barbati, 25.1%-femei). Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate Secretarul de stat de la sănătate este responsabil în fața Parlamentului de oferta de îngrijiri medicale. Consiliul director al NHS este responsabil în fața secretarului de stat de fixarea obiectivelor și priorităților. El distribuie fondurile în cadrul unui buget anual, către autorități sanitare districtuale (DHA) care acoperă fiecare între 250.000 și 1 milion de locuitori.

Autoritățile sanitare locale - districtuale și medicii de familie administrează bugetele pentru cumpărarea îngrijirilor primare și secundare. Trusturile din cadrul NHS, cuprind mai multe instituții spitalicești autonome. În Marea Britanie se află 463 de trusturi, care cuprind mai mult de 1.600 de spitale și reprezintă marea majoritate a instituțiilor spitalicești, de servicii de ambulanță și unitățile de îngrijiri comunitare din cadrul NHS. Trusturile spitalicești propun serviciile lor în cadrul negocierii de contracte cu cumpărătorii de îngrijiri – medicii de familie. NHS este finanțat în principal prin fiscalitate (95%) și prin alte contribuții (5%) în cadrul unui buget global stabilit de către minister și supus aprobării Parlamentului. Asigurările private acoperă 3.5% din cheltuieli. Sistemul de remunerare a medicilor de familie constă într-o combinație complexă între onorariu și alocări

specificate în contractul lor. Remunerația lor se constituie în funcție de numărul de pacienți înscriși pe listele lor. Ea fiind influențată și de alți factori, precum vârsta pacienților. Anumite servicii (contracepția și vaccinarea) sunt servicii plătite direct de către pacienți.

Personalul medical în sistem. Numărul medicilor titulari este de 15.6 pentru 10.000 locuitori, este foarte scăzut față de media europeană (28.1). Toate domeniile de sănătate se confruntă cu o lipsă acută de personal. În concluzie se constată că în aproape toate țările membre ale UE există o insatisfacție legată de modalitățile de finanțare și de furnizare a serviciilor medicale. Principalele probleme comune – care ocupă diverse locuri în ordinea preocupărilor naționale - le reprezintă carențele lor în materie de echitate și egalitate la accesul la serviciile medicale, de control asupra cheltuielilor, de utilizare eficientă a resurselor și de control al calității serviciilor medicale. Asupra planului de stabilitate socială, prioritatea constă în garantarea îngrijirilor medicale pentru persoanele în vârstă, mai bine adaptate la nevoile lor, preferată fiind crearea unui echilibru între îngrijirile la domiciliu, îngrijirile comunitare și serviciile spitalicești. Îngrijirile preventive constituind o alternativă economică a îngrijirilor medicale bazate pe tehnologii costisitoare. La ora actuală se pune accent mai mult pe reorientarea sistemelor de sănătate către obiective măsurabile atât în ceea ce privește calitatea îngrijirilor medicale cât și în ceea ce privește satisfacția utilizatorilor.

Seminar 5 – 6

Politici sociale de sănătate. Starea de sanatate si bolile cronice la varstnici. Exemplificări

Curs 7-8. Aspecte psihologice ale îmbătrânirii

Îmbătrânirea individuală este considerată, la modul foarte general, ca un proces ce privește diminuarea diferitelor funcții ale organismului.

Îmbătrânirea este un proces complex și neunitar ce poate fi observat la diverse nivele, fără ca prin aceasta să avem o coerență a procesului (nivel molecular, celular, de țesut, organ sau organism, individ sau populație). Mecanismele îmbătrânirii par a se întrepătrunde, dar cu certitudine nu sunt de aceeași natură.

Modul de observare a procesului de îmbătrânire influențează fundamental înțelegerea și interpretarea lui: indiferent de nivelul la care se manifestă, există două modalități opuse de observare:

- cea statică, “instantanee”, transversală, precum și
- cea dinamică, longitudinală (mai pertinentă pentru a studia un fenomen definit mai ales prin dimensiunea sa temporală).

Propria îmbătrânire poate fi resimțită de unele persoane ca o catastrofă, deoarece valorile societății moderne determină o astfel de atitudine. Pe de altă parte probabilitatea ca un individ să ajungă la vârsta bătrâneții nu a fost atât de ridicată în nici o altă epocă și acest fapt nu poate fi perceput ca negativ (fără a căuta explicit să-și prelungească viața, toate acțiunile de îngrijire a sănătății tind către acest rezultat).

Criterii ale îmbătrânirii

După cum am mai menționat deja, calificarea unei persoane ca fiind vârstnică sau nu, depinde atât de calitățile fizice și psihice ale persoanei cât și de normele sociale care stabilesc limitele de la care o persoană poate fi considerată astfel.

Granițele bătrâneții pot fi stabilite în raport cu criterii cronologice, criterii funcționale sau criteriul cursului vieții.

Criteriul cronologic situează bătrânețea, în general, în jurul vârstei de 65-70 de ani. Limitele ei variază de la o epocă la alta și de la o societate la alta. În societățile tradiționale, bătrân era considerat individul care a atins vârsta de 40 – 50 de ani, această limită scăzută fiind explicabilă prin speranța de viață la naștere (foarte redusă) și riscurile mari de îmbolnăvire. Demografii și sociologii americani contemporani periodizează bătrânețea în:

- perioada imediat următoare retragerii din activitate (65-74 ani);
- perioada de bătrânețe propriuzisă (după vârsta de 74 de ani).

Se face, de asemenea, distincție între indivizii ce depășesc 85-90 ani, denumiți longevivi sau macrobioți, și cei care reușesc să atingă vârsta de 100 de ani și peste, denumiți mari longevivi sau centenari. Literatura de specialitate menționează astfel de grupări centenare în regiuni ale globului relativ bine delimitate teritorial, cum ar fi de exemplu Abhazia, situată între Marea Neagră și Munții Caucaz. Longevitatea mare a abhazienilor este influențată de condițiile de mediu favorabile precum și de factorii sociali și culturali. În aceste comunități bătrânii sunt valorizați și respectați. Ei continuă să muncească până la moarte, menținându-se într-un continuu proces de adaptare la mediu și integrare socială în comunitate.

Îmbătrânirea este considerată ca rezultanta unor procese normale, care survin cu mult înaintea apariției semnelor proprii bătrâneții. Bătrânețea este perioada de viață în care stigmatele involuției normale devin

evidente, dar ele sunt rezultatul unor modificări structurale și funcționale apărute în timp la nivelul sistemelor și subsistemelor organismului (M. Dumitru, 1982).

Clasificarea stadiilor de dezvoltare făcută de D. Super și Jung evidențiază trei cicluri de evoluție în viața unei persoane:

- Ciclul de creștere și dezvoltare – până la 20 de ani
- Ciclul perioadei adulte, care înseamnă prelungirea dezvoltării psihologice până la – 65 de ani
- Ciclul vârstei de regresie de la 65 de ani până la moarte.

Acesta din urmă se subîmparte la rândul lui în următoarele etape:

- perioada de adaptare
- perioada bătrâneții timpurii
- perioada bătrâneții propriu-zise
- perioada regresiei finale

În cele mai multe studii referitoare la bătrânețe întâlnim următoarele stadii:

- 1) stadiul de trecere spre bătrânețe – în care au loc o serie de schimbări ale subidentităților personale;
- 2) stadiul bătrâneții medii – în care subidentitatea persoanei se restrânge, cea socială exercitându-se într-un spațiu social din ce în ce mai limitat; spațiul fizic se restrânge de asemenea, datorită bolilor cu efect asupra posibilităților de mișcare;
- 3) stadiul mării bătrâneți, în care subidentitățile se suprapun și contractă uneori până la disoluția sinelui.

Modificările morfo-psiho-fiziologice, care caracterizează procesul de îmbătrânire, conduc direct sau prin consecințele lor și la modificări ale relațiilor sociale, în familie ca și în general, în societate.

Luat ca atare, desprins de alte caracteristici, criteriul vârstei cronologice nu are decât o relevanță scăzută.

Mai semnificativ este *criteriul funcțional* care ia în considerare aparența fizică, vitalitatea, puterea, coordonarea și capacitățile mentale.

Prelungirea speranței de viață, datorată în principal progresului medicinei, dar și altor factori anterior menționați, a atras după sine un paradox: deși viața poate fi prelungită, bătrânețea riscă să devină tot mai precoce datorită stresului fizic și psihologic. Reperul funcțional al îmbătrânirii este situat în jurul vârstei de 65 ani, când curba descendentă a fiziologiei organismului coboară brusc înspre degenerescență și patologie. Acest criteriu este și el destul de relativ, aprecierea capacităților funcționale depinzând de la un tip de activitate la altul, de la un mediu de muncă la altul, de la individ la individ. Astfel, nu se poate compara, de exemplu, munca intelectuală, creatoare, cu cea fizică. Spre deosebire de o activitate de tip fizic, o activitate de tip creativ poate fi îndeplinită până la vârste înaintate (Lev N. Tolstoi până la 82 de ani, Pablo Picasso până la 92 de ani, Michelangelo, Brâncuși, Giuseppe Verdi care au avut perioada de maximă fertilitate și inspirație creatoare situată între 70 și 90 de ani).

Cursul vieții, ca un alt criteriu de apreciere a bătrâneții, stabilește stadiul de viață corespunzător bătrâneții ca fiind „maturitatea târzie”, care începe în jurul vârstei de 60 de ani și în care se continuă declinul fizic și scăderea disponibilităților energetice începute odată cu vârsta de mijloc. Cursul vieții poate fi descris prin spirale descrescătoare, bătrânețea fiind văzută ca o stare de regres.

Pentru aprecierea calității anilor trăiți Organizația Mondială a Sănătății propune câteva categorii de performanțe privind rolurile fundamentale ale comportamentului uman, numite roluri de supraviețuire:

- 1) Mobilitatea.
- 2) Independența pentru actele elementare ale vieții cotidiene
(toaletă, hrănire, ocuparea timpului).
- 3) Integrarea socială.
- 4) Independența economică.

Se poate considera că o degradare importantă a performanțelor privind una dintre aceste dimensiuni antrenează, ipso facto, un dezavantaj (sau handicap) oricare ar fi contextul social. În clasificarea internațională a handicapurilor, noțiunea de dezavantajat/ă (handicap) este propusă pentru a măsura consecințele maladiilor cronice, dar și ale îmbătrânirii, împreună cu alte două concepte privind aspectul funcțional: deficiența și incapacitatea.

Acestea ar fi doar câteva dinre aspectele și criteriile de apreciere ale problematicii vârstei a treia, ca una majoră pe plan individual și social în orice societate contemporană, problemă ce nu poate fi ignorată în proiectele de politici sociale. Serviciile existente sunt insuficiente și nu dovedesc decât înțelegeri parțiale ale fenomenului numit generic „vârsta a treia”. O politică socială adecvată ar trebui să se fundamenteze pe o cunoaștere nuanțată a trebuințelor populației în discuție și o viziune care să o perceapă integrată în ansamblul societății. Aceasta pentru a permite fiecăruia, în orice moment, să ocupe locul care îi asigură dezvoltarea cât mai completă a personalității atât în propriul interes cât și în cel al comunității, ținând cont atât de vârstă cât și de alte elemente determinante ale personalității.

Îmbătrânirea din perspectivă bio-medicală

Din perspectiva sus menționată, bătrânețea se poate împărți în două perioade:

- presenescența sau perioada de involuție (între 45 și 65 de ani);
- bătrânețea propriuzisă sau senescența (după 65 de ani).

Această împărțire, valabilă în general, devine arbitrară în cazul unui individ anume. Îmbătrânirea poate fi:

- normală sau fiziologică și în acest caz se vorbește despre senescență și
- îmbătrânire patologică și atunci putem spune că avem de a face cu senilitatea.

Senescența

Ca aspect exterior, apar modificări importante la nivelul tegumentelor – pielea își pierde elasticitatea, devine mai subțire, ridată, palidă, datorită scăderii troficității și irigației locale, scăderii secreției glandulare și umidității. Se produce o pigmentare accentuată a pielii; spargeri de vase subcutanate. Fenomenele de ridare

și pigmentare sunt mai pronunțate la nivelul feței și mâinilor. Părul încărunțește (acromotrihie) sau cade (alopecie). Unghiile capătă aspect caracteristic.

La nivelul aparatului cardiovascular, modificările de tip degenerativ cronic sunt foarte importante, constituind unul din principalele motive care conduc la deces. Hipertensiunea sau hipotensiunea, ateroscleroza, conduc la lezarea vaselor sanguine și afectarea activității cordului. Odată cu vârsta crește frecvența infarctelor cardiace și în general a bolilor cardiovasculare.

Respirația, al cărei ritm normal este de 16 – 18 respirații / minut la adulți, devine după 50 de ani superficială, reducându-se gradul de oxigenare a țesuturilor organismului. Devin manifeste efectele negative ale influențelor unor medii poluate, a muncii în condiții necorespunzătoare (boli profesionale cu consecințe cel mai adesea letale).

Aparatul digestiv este adesea afectat încă de timpuriu (40 ani) datorită alimentației necorespunzătoare, declanșând afecțiuni ale întregului tub digestiv. Sunt foarte frecvente disfuncționalitățile de apetit (scăderea sau creșterea poftelor de mâncare), de masticare de defecație (diaree, constipație).

Capacitatea de procreare anulată la sfârșitul fazelor adulte, conduce și în plan psihic la scăderea energiei instinctelor (scăderea libidoului).

Patologia renală constă în litiază renală, boli ereditare, tumori renale, colagenoze etc., cu influențe asupra micțiunii.

Aparatul osteoarticular își pierde din mobilitate prin osteoporoză, artroză, artrite, reumatism, limitând mult capacitatea de mișcare a individului. Scurtarea mușchilor scheletului, ca urmare a modificărilor biochimice, contribuie și ea la lipsa de suplețe și forță a mușchilor. Rarefierea țesuturilor osoase și decalcifierea conduc la modificarea aspectului postural, la necesitatea utilizării bastonului. Ținuta capătă o ușoară curbare vizibilă la nivelul umerilor și genunchilor. De asemenea forța musculară este influențată de vârstă: la 70 de ani se pierde 15 % din puterea mușchilor, iar la 80 de ani, această pierdere este de 40 %.

Modificările la nivel hormonal (creșterea secreției cortico-suprarenalelor în detrimentul glandei tiroide și gonadelor) duc la accentuarea sclerozei vasculare și hipertensiunii arteriale, care vor afecta metabolismul și realimentarea energetică a organismului.

Modificări la nivelul analizatorilor sunt frecvente și inevitabile la vârste înaintate. Se degradează activitatea vizuală, apare presbiția, scăderea capacității discriminatorii a nuanțelor, este afectată claritatea imaginii și acomodarea vizuală la întuneric și lumină. Apar boli de tip degenerativ ca glaucomul, dezlipiri de retină, cataracta etc.

Apar fenomene de surditate sau „surditatea psihică” (persoana aude dar nu înțelege) ca urmare a scăderii sensibilității absolute auditive datorită sclerozării urechii interne și defecționării celulelor centrilor corticali ai analizatorului auditiv.

Se degradează sensibilitatea tactilă începând cu vârsta de 55 de ani, prin scăderea sensibilității la cald, rece, durere, presiune, se modifică timpul de reacție.

Un loc aparte îl ocupă degradarea și îmbătrânirea sistemului nervos. Irigarea și oxigenarea creierului se face cu dificultate, iar neuronii intră într-un proces ireversibil de atrofiere.

Medical, dezvoltarea vieții este descrisă prin spirale descrescătoare, bătrânețea fiind văzută ca o stare de regres biologic, concept cunoscut sub numele de „teoria deficitului”, infirmat doar de geronto-profilaxie (C. Bogdan, 1992).

Indiferent de criteriul utilizat, procesele de îmbătrânire sunt determinate și influențate negativ de factorii ereditari, imunitari, auto-imuni, de factori hormonal, de funcționarea „moleculară” încetinită a organismului care acționează, alături de incapacitatea instalată a sistemului nervos central, în sensul degradării generale a organismului.

Normal și patologic în îmbătrânire

Care sunt limitele între normal și patologic în îmbătrânire? Până nu de mult normalul se definea ca fiind “tot ceea ce se înscrie în firea lucrurilor”. În prezent normalul în îmbătrânire se referă la acea fatalitate de la care nimeni nu poate fi exceptat. De aici delimitarea care se face între îmbătrânirea normală, fiziologică și îmbătrânirea patologică.

Îmbătrânirea normală se definește ca acel proces lent, continuu, dinamic, asincron, heterogen care permite atingerea unei vârste înaintate, în condițiile unor dificultăți de adaptabilitate minime. Se cunoaște faptul că există un ritm al procesului de îmbătrânire diferit de la celulă la celulă, de la țesut la țesut, de la individ la individ. Îmbătrânirea are un caracter diferențiat individual pentru că ea este o sinteză istorică a ceea ce individul a fost în cursul vieții. Diferențele interindividuale sunt accentuate și nu atenuate prin îmbătrânire.

Îmbătrânirea patologică presupune un ritm accelerat de involuție, o degradare rapidă, severă, care imprimă un decalaj între vârsta calendaristică și vârsta biologică. Îmbătrânirea patologică se definește prin:

- a) existența unor boli care adaugă la deficiențele caracteristice vârstei pe cele datorate patologiei specifice;
- b) prin precocitatea cu care apare;
- c) prin intensitatea neobișnuită a manifestărilor tipice pentru bătrânețe.

Pentru a desemna aceste stări, literatura de specialitate utilizează, după cum am menționat deja, termenul de senilitate referindu-se la acele manifestări involutive care depășesc limitele normalului.

Toate modificările involutive morfo-funcționale, comparate cu cele ale adultului pot induce în eroare astfel încât modificările normale determinate de senescență pot fi apreciate ca starea de boală. În fapt bătrânețea reprezintă o etapă a vieții, cerință a evoluției speciei umane care în anumite condiții poate să îmbrace o involuție normală, cu o fiziologie proprie.

Principalale modificări biologice care caracterizează îmbătrânirea fiziologică, normală se referă la: scăderea energiei, la tulburările de somn, modificarea aspectului general al pielii, procesul de încăruntire, scădere a capacității de efort fizic, modificări de ținută, postură, confort în anumite poziții, modificări ale respirației, metabolismului, temperaturii interne. Îmbătrânirea fiziologică se referă și la degradarea și îmbătrânirea sistemului nervos. Aceasta este determinată de reducerea capacității organismului de a satisface cerințele de alimentare foarte ridicate ale creierului, precum și de procesul ireversibil de micșorare a volumului creierului. Modificările biologice la nivelul creierului determină o intensificare a procesului de îmbătrânire a organelor de simț periferice. Referindu-se la implicațiile sistemului nervos, în caracteristicile temperamentele, Pavlov consideră că există o modificare, în funcție de vârstă, a caracteristicilor temperamentale. Se pare că vârstei adulte îi corespunde un temperament cu note preponderent flegmatice.

Toate aceste modificări permit și o altfel de clasificare a procesului de îmbătrânire din punct de vedere biologic:

1) îmbătrânire substanțială - după predominanța leziunilor și a dismetabolismului (tipul displastic, distrofic);

2) îmbătrânire tiroidiană - după predominanța tulburărilor energetice și funcționale;

3) îmbătrânire asincronă a aparatelor și organelor.

Revenind la distincția normal și patologic, în geriatrie aceste limite sunt încă neclare, ele interferând și, cel mai adesea, fiind greu de separat. Pentru o evaluare cât mai corectă, trebuie cunoscute modificările principalelor funcții induse de îmbătrânire spre a opera corecțiile necesare și a evita raportarea la etalonul clasic al adultului.

- declinul aptitudinilor psiho-motorii începe la 25 – 35 de ani
- memoria de evocare imediată poate să regreseze la aceeași vârstă
- automatismul mișcărilor - regresează după 30 de ani
- inima funcționează cu un randament maxim (100%) în jurul vârstei de 30 de ani, la 50 de ani ajunge la 85%, între 65 – 75 ani, 65- 70%.
- declinul vederii începe la 40 de ani
- capacitatea musculară regresează după 25 ani
- responsabilitățile sociale regresează după 60 ani.

Îmbătrânirea psihologică

Omul este singura ființă conștientă de finitudinea vieții. Problemele îmbătrânirii și ale bătrâneții, problema morții, prezintă un interes aparte pentru științele despre om, pentru antropologie, psihologie, sociologie.

Sistemele vii sunt sisteme evolutive, indivizii se nasc, cresc, se dezvoltă, se maturizează, îmbătrânesc și finalmente mor. Ei trec prin diferite stadii de dezvoltare și de involuție, caracterizate prin note specifice, trecerea de la un stadiu la altul făcându-se uneori lin, alteori prin crize. O personalitate slabă, un mediu neînțelegător pot transforma crizele în dezastre. Declinul vieții psihice la bătrâni este expresia uzurii și a deteriorării mecanismelor cerebrale care alcătuiesc infrastructura vieții psihice.

În plan perceptiv bătrânii sunt mai rigizi, mai "perseverenți", reorganizarea percepțiilor este mai greoaie. Pentru că nu mai reacționează la excitanți afectivi slabi, bătrânul dă impresia de apatie și de blazare. Bătrânul este aparent hiposensibil, creând deseori impresia unei depresii și astenii, cu dificultăți în mișcări și cu reducerea mijloacelor de expresie. Scăderea izvoarelor energetice explică scăderea intereselor și a curiozității, pentru a evita împrăștierea energiei împuținată, sfera preocupărilor se reduce, viața devine mai ordonată și mai sedentară.

Îmbătrânirea nu este numai o schimbare cantitativă a unor funcțiuni psihice, ci în primul rând una calitativă, de restructurare a personalității.

Există în bătrâni o dorință ambivalentă: de a rămâne activi și de a menține rolurile importante dobândite pe parcursul vieții, pe de o parte și pe de altă parte, dorința legitimă de a se odihni și de a se dezangaja social. Teama de bătrânețe este o cauză de precipitare a îmbătrânirii.

Majoritatea celor ce au îmbătrânit prea de timpuriu au un sistem nervos slab, iar majoritatea longevivilor au o personalitate puternică, cu o atitudine pozitivă față de viață și față de propria persoană.

La unele persoane teama de bătrânețe este regretul după tinerețe, la altele teama de moarte, alte persoane se tem de o perioadă de viață sărăcită și chinuită.

Important este să înțelegem că o bătrânețe bogată și fără suferințe poate fi obținută printr-o pregătire a ei, încă din timpul tinereții și a maturității. O pregătire pentru bătrânețe se poate realiza prin menținerea flexibilității personalității, prin interese vii și multiple, înnoite corespunzător vârstelor, prin învățarea relaxării și a modului adecvat de a ne distra.

Vârsta a treia apare în diferite studii ca fiind dominată de regrese psihice.

Carl Gustav Jung (1875-1961) sugerează ideea unei dezvoltări continue în care viața socială și instituțiile, religia și miturile au un loc de seamă. El a sesizat faptul că în jurul vârstei de 40 de ani are loc un proces evident de individualizare.

În etapa vârstelor de regresie (ale bătrâneții) se delimitează următoarele perioade:

- perioada de adaptare, sau a bătrâneții timpurii, perioada bătrâneții propriu-zise; perioada marii bătrâneți și perioada regresiei finale.

Modificarea structurilor psihologice constituie componenta principală a vieții psihice și a desfășurării propriu-zise funcțiilor ei, rezultatul fiind acela de îmbătrânire psihologică. Atât factorii interni, cum ar fi ereditatea, "uzura" sistemului vieții psihice, cât și cei externi, ai mediului ambiant (ecologici, sociali, culturali) stau la baza acestor modificări. Ei trebuie luați în considerare pentru a afla în ce măsură au modificat sau influențat afectivitatea, atitudinile, și au modelat sau sensibilizat integrarea personalității în noul context al trăirilor vârstnicului. Evenimentele din mediul social (socio-profesional, socio-cultural, relațional), care intervin în mod particular în viața vârstnicului, au consecințe pe plan emoțional, aflându-se la baza unor modificări psihologice sau chiar îmbolnăviri psihice caracteristice involuției. Evenimentele ce se succed în mod inevitabil și natural sunt retragerea din activitate, renunțarea la unele activități, scăderea potențialului biologic, scăderea numărului membrilor familiei fie prin plecarea copiilor de acasă, fie prin decesul partenerului, și un alt eveniment care are consecințe pregnante este dispariția vechilor prieteni.

Regresiunea senzorială manifestată prin sensibilizarea și diminuarea progresivă a văzului, auzului, are efect asupra influxului informațional, a restrângerii relaționale, toate acestea provocând și adâncind modificările psihologice și suferințele psihice, fiind accentuate senzațiile de neputință, izolare, ideile de prejudiciu.

Conștientizarea îmbătrânirii, aduce cu sine incertitudini, criza adaptativă la noile condiții bio-psiho-sociale, cu alte cuvinte criza îmbătrânirii. Nivelul de conștiință (gradul de vigilență), capacitatea de orientare, starea afectivă, memoria, gândirea, ideea, aspectul global al comportamentului, modul de integrare în familie și societate, trăsăturile de personalitate, limbajul, sunt funcții care se modifică odată cu înaintarea în vârstă. Senescența este caracterizată prin involuția inegală și neliniară a diferitelor funcții psihice cu importante diferențe individuale și o condiționare polivalentă.

Imaginea de sine și îmbătrânirea

E. Erikson, se concentrează pe modul în care oamenii își dezvoltă o identitate psiho-socială atât la vârsta adolescenței cât și la vârsta bătrâneții (vezi și p.20). Conform acestei teorii, persona-litatea și identitatea rezultă din imaginea de sine pozitivă care e formată pe o serie de calități pozitive (altruism, sinceritate, activism etc.).

Se pare că esențial, pentru fundamentarea unei personalități sănătoase, dar și pentru evitarea singurătății, a frustrării la vârstă înaintată, ar fi ca individul să învețe să stabilească încă din tinerețe relații apropiate cu persoane din anturajul său și chiar să promoveze în stabilirea acestor relații o anumită intimitate, să-i susțină pe ceilalți.

Dacă la tinerețe și la vârsta adultă individul a reușit să-și creeze o imagine pozitivă de sine și o relație de tip intim cu ceilalți, e de presupus că la vârsta a treia, atunci când persoanele se află între doi poli: polul integrității și polul disperării, persoana se va situa pe o poziție de mijloc între cei doi poli.

Integritatea presupune ca individul să conștientizeze faptul că viața sa a avut un sens, să se accepte pe sine cu calitățile și defectele sale și să nu regreta ce nu a înfăptuit.

Disperarea rezultă din neacceptarea propriei persoane și conduce la sentimentul de frustrare mai ales în fața imposibilității de a schimba ceva și a timpului care devine insuficient.

În cadrul teoriei eriksoniene sunt identificate cinci sarcini de dezvoltare cu caracter adaptativ:

1) Stabilirea unor restricții în ceea ce privește utilizarea capacităților fizice prin evitarea activităților care presupun efort. (acceptarea limitelor fizice pe care vârsta le aduce cu sine).

2) Redefinirea scopurilor, acțiunilor care trebuie îndeplinite în această perioadă a vieții.

3) Identificarea de noi surse pentru satisfacerea trebuințelor cum ar fi: angajarea într-o activitate utilă pe măsura capacității de efort dar și existența unei vieți spirituale adecvate.

4) Reconsiderarea criteriilor de autoevaluare, criterii care să nu se mai raporteze la valorile vârstei tinere ci la valoarea individuală (ca persoană), a vârstnicului.

5) Căutarea de noi căi sau mijloace care pot oferi semnificații, scopuri, alternative de viață diferite de cele care au fost funcționale până la vârsta înaintată.

Dacă aceste sarcini de dezvoltare sunt asumate, conform acestei teorii, se pot identifica trei modalități de adaptare: acomodarea, continuitatea, conflictul.

Acomodarea – formarea deprinderii de a nu mai da importanță aspectelor care nu mai concordă cu trebuințele actuale ale vârstnicului, reajustarea conduitei în funcție de ceea ce oferă mediul ambiental și social.

Continuitatea – foarte mult dezbătută în teoria psihosocială a continuității înseamnă menținerea ideilor personale, a comportamentelor valorizate ca pozitive atât de persoana vârstnică cât și cei din anturaj. Continuitatea este foarte plină de satisfacții pentru vârstnic.

Conflictul – energia negativă asociată conflictului poate fi transformată și investită în capacitatea de anticipare a vârstnicului, în impunerea anumitor dispoziții, în utilizarea ei în acte altruiste. Presupune transformarea energiei, a conflictului în ceva pozitiv.

Teoriile personalității, abordează dezvoltarea umană ca pe un proces continuu care se desfășoară prin acțiuni de multe ori contradictorii, prin schimbări permanente ale personalității precum și ale mediului de evoluție.

Caracterul de proces punctat cu aspecte contradictorii determină de fapt noile nivele de integrare ale individului. Dezvoltarea personalității este percepută ca un proces de rezolvare a întrebărilor, a îndoielilor, a contradicțiilor care ne animă conștiința. În cadrul acestei teorii conceptele cheie sunt acelea de identitate și integrare.

Identitatea individuală se bazează pe integrarea cunoștințelor personale cu privire la achizițiile mentale, starea fizică, scopuri, motivații iar stabilirea independenței este dependentă de flexibilitatea persoanei, de acțiunile care concordă sau nu cu identitatea respectivă.

Vârsta a treia se caracterizează tocmai pe destabilizarea identității datorită percepției de sine, mediului familial sau contextului social mai larg.

Inadaptarea la schimbările sinelui dar și la schimbările mediului conduce la criza de identitate. Conform acestei teorii, problema principală a bătrâneții ar fi legată de capacitatea vârstnicului de a-și menține pe de o parte identitatea, pe de altă parte imaginea de sine pozitivă.

Elemente ce ajută la menținerea identității și a imaginii de sine pozitive:

- refuzul de a aplica idei generate de îmbătrânire la imaginea de sine,
- selectarea relațiilor cu alții,
- revenirea, păstrarea amintirilor de succes din trecut
- respingerea, eludarea acelor mesaje care nu concordă cu propriile idei față de sine. Bătrânii trebuie consiliați să-și educe mecanismele de apărare.

Cauze care duc la pierderea identității și a imaginii de sine pozitive:

- modificările fizice pronunțate care obligă persoana să accepte o imagine de sine mai puțin dezirabilă,
- dependența determinată de poziția și rolul social,
- pierderea controlului asupra mediului social, familial.

Fenomenele de inadaptare sunt cauzele unei îmbătrâniri alienate:

- izolarea
- alcoolismul
- dependența de medicamente (droguri)
- suicidul
- delincvența.

Dependența socială care înseamnă de fapt o inversare a rolurilor produce o foarte mare dezordine în personalitatea vârstnicului – teamă, sentimentul inutilității, neliniște, incertitudine.

Felul în care simte vârstnicul aceste dependențe poate conduce la izolare. Pe de o parte vârstnicul este cel care se autoizolează, preferând singurătatea și sentimentele care se asociază singurătății, iar pe de altă parte poate surveni și o izolare impusă din partea familiei.

Izolarea este un factor agravant pentru că ea poate agrava starea de sănătate fizică și cu atât mai mult starea de sănătate psihică.

Asociată izolării este depresia care dintr-o maladie psihică devine o problemă socială. Depresia favorizează și accentuează procesele de îmbătrânire, nu este numai o consecință.

Alcoolismul sau toxicomania medicamentoasă își au originea în stări depresive. Alcoolismul este foarte frecvent asociat stărilor depresive la vârstnici.

Toxicomania de tip medicamentos derivă din tendințele hipocondrice ale vârstnicului.

Sinuciderea este un fenomen precedat de stări presuicidale tocmai pe fundalul unor destructurări de personalitate. Aceste stări pot fi intenția de a muri, omul își poate impune anumite limite – un eveniment aniversar poate fi momentul care determină actul suicidal.

Delincvența: mulți bătrâni sunt cleptomani, prezintă devianță sexuală.

Aceste forme de inadaptare pot fi cauze sau manifestări ale unor stări de alienare mintală. Cele mai frecvente tulburări ale alienării mintale sunt: depresia, confuzia și demența.

Se vorbește foarte mult și adesea în necunoștință de cauză despre sănătatea mintală a vârstnicilor. Mulți se așteaptă ca aceasta să intre în declin odată cu trecerea anilor dar, așa cum majoritatea vârstnicilor sunt sănătoși fizic, tot așa majoritatea lor rămân activi și în deplinătatea facultăților mintale, lucru dovedit de numărul mare de vârstnici care dețin funcții politice și administrative.

Aceasta nu înseamnă că nu apar probleme de sănătate mintală cu efecte atât pentru cei în cauză cât și pentru familiile lor. Așa după cum bolile somatice pot apărea la oameni aflați în deplinătatea forțelor fizice, similar și problemele de sănătate mintală se pot ivi la vârstnicii valizi din multe puncte de vedere.

Tipuri de probleme psihice

Trei dintre afecțiunile cele mai răspândite sunt: confuzia acută, depresia și demența.

Confuzia acută

Această denumire descrie de regulă principale caracteristici ale tulburării – este o tulburare care apare brusc (acut) și în care vârstnicul devine confuz, neliniștit și temător. Aproape întotdeauna are o cauză organică și dacă aceasta este găsită și tratată, confuzia va dispărea.

Cauzele posibile:

- infecțiile bronhopulmonare, ale tractului urinar etc.;
- intoxicația cu alcool sau medicamente (prescrise sau nu);
- dereglări ale metabolismului – deshidratare în urma diareei sau vomei, insuficiență hepatică, nivel scăzut al zahărului în sânge;
- leziune a creierului – lovitură la cap, accident vascular;
- probleme cardiace sau de circulație a sângelui – de exemplu atac de cord sau anemie;
- anestezice sau operații;
- constipație puternică.

Vârstnicul care își pierde luciditatea încurcă oameni și evenimente, locurile și timpul – un vecin poate fi luat drept sora de mult timp decedată a vârstnicului. Pot deveni foarte agresivi cu cei care nu sunt de acord cu ei. Uneori pot deveni retrași și anxioși, suspicioși cu prietenii lor vechi pe care îi consideră că vor să le facă

rău sau care aduc „alți oameni” imaginari acasă la ei. Uneori luciditatea le poate reveni pe termen scurt și atunci sunt foarte indispuși din cauza confuziei prin care au trecut.

Confuzia îl afectează nu numai pe vârstnic. Familia și prietenii pot avea și ei de suferit, neînțelegând ce se întâmplă și de ce se întâmplă. Ei sunt intrigați, de exemplu, de faptul că nu sunt recunoscuți, ceea ce poate duce la un comportament agresiv de răspuns.

Când situația aceasta apare brusc, este esențial ca vârstnicul să fie văzut de un medic și să se găsească cauza. Tratarea cauzei (antibiotice pentru infecții, întreruperea medicației care provoacă confuzia, administrarea de lichide și sare pentru a combate deshidratarea) ar trebui să rezolve problema confuziei.

Abordarea comportamentului confuz

Orice încercare de a limita mișcarea unui vârstnic, prin mijloace fizice sau administrarea de sedative, nu va face decât să înrăutățească situația. Deși este esențial ca vârstnicul să nu se afle în nici o situație periculoasă, trebuie să i se permită să se miște cât mai liber posibil și să se bucure de companie agreabilă cu care să fie familiarizat. Figurile noi care apar în stadiul acesta îi vor provoca o confuzie și mai mare.

Confruntările trebuie evitate. Este mult mai bine să-i distragem atenția vârstnicului oferindu-i ceva de băut sau să ne așezăm undeva confortabil pentru a sta de vorbă decât să discutăm în contradictoriu. Obiceiurile zilnice ale vârstnicului trebuie respectate pe cât posibil, iar indicarea unor obiecte sau evenimente familiare îl va ajuta să se orienteze în timp și spațiu.

Confuzia devine și mai puternică seara sau noaptea. De aceea îngrijirea vârstnicului într-o cameră bine luminată va face ca umbrele și colțurile întunecoase să nu-i sporească temerile și anxietățile.

Schimbarea cadrului de viață

Este bine ca, pe cât posibil, vârstnicul să nu fie deplasat în alt mediu, cum ar fi spitalul sau căminul de bătrâni.

Deplasarea într-un mediu nou este adeseori o cauză de confuzie în sine, chiar și în lipsa oricăruia din factorii descriși mai sus: oricine poate trece printr-o astfel de situație când stă într-un loc cu care nu este familiarizat și eventual se trezește noaptea, ceea ce poate fi mult mai rău pentru un vârstnic care a trăit timp de decenii în același loc și care în plus poate avea auzul sau văzul diminuate.

Depresia

Caracteristicile depresiei

Depresia este întâlnită și sub denumirea de „demență depresivă”, „pseudodemență”, „tulburare afectivă”, „depresie unipolară”.

Depresia este mai mult decât supărarea, tristețea. Este o stare de tristețe care pare că nu mai vrea să plece. Persoana se simte nefolositoare, fără valoare, fără nici o speranță, neajutorată, se retrage din activitățile zilnice, au loc schimbări în pattern-urile de somn și poftă de mâncare și pot apărea probleme în a gândi corect, logic.

Depresia este o problemă, cel mai adesea, acceptată de persoana în cauză, medici și oameni în general, ca parte a procesului de îmbătrânire.

Depresia nu este o parte a îmbătrânirii firești, normale; este o tulburare medicală și, ca și hipertensiunea și diabetul poate fi și trebuie tratată. Depresia, având o gravitate variată, afectează aproximativ 15% din populația vârstnică. Oricare ar fi simptomele, poate fi tratată cu succes în mai mult din 75% din cazuri. Nu întotdeauna cei afectați de depresie au energia, și puterea de judecată care să-i determine să solicite un tratament, și în aceste cazuri această sarcină revine familiei, prietenilor, profesioniștilor și altor persoane cu care vârstnicii interacționează.

De multe ori diferența dintre tristețea provocată de doliu (de exemplu) și o tulburare depresivă este una subtilă care poate fi făcută printr-o observare grijulie de-a lungul unei perioade de timp.

Persoanele vârstnice sunt mai vulnerabile datorită felului în care percep schimbările petrecute în viața lor (spre bătrânețe). Majoritatea persoanelor le trăiesc ca pe ceva negativ și astfel devin mai vulnerabile psihic, și nu numai.

Astfel, vulnerabilitatea este determinată de felul în care vârstnicii trăiesc:

- schimbările biologice
- pierderile (a persoanelor dragi, a lucrurilor semnificative)
- izolarea (determinată de pensionare)
- problemele medicale (boli, operații)
- medicația (după o anumită vârstă organismul nu mai reacționează normal la medicamente; pot apărea efecte secundare)
- gândurile la moarte

Simptomele depresiei

Sentimentul de tristețe nu este singurul simptom al bolii depresive. Cele mai frecvente simptome sunt:

- sentimentul de a te simți „la pământ”, (mai mult decât o supărare obișnuită), în cea mai mare parte a timpului, dar mai accentuat, de obicei, seara;
- pierderea interesului pentru problemele curente de viață, incapacitatea de a te bucura de lucrurile care de obicei fac plăcere;
- persistența senzației de oboseală sau fatigabilitate chiar și atunci când nu faci mare lucru, astfel încât și cel mai mic efort se transformă într-unul major; motivația și elanul sunt și ele scăzute;
- o scădere a apetitului și deci, a greutateii;
- un sentiment de neliniște, ceea ce duce la imposibilitatea unei relaxări adecvate;
- dorința de a sta departe de oameni, iar dacă nu este posibil, apare nervozitatea și iritabilitatea;
- tulburări ale somnului, de obicei vârstnicul se trezește foarte devreme (cel puțin cu 1-2 ore mai repede decât de obicei) și nu mai poate dormi;
- o lipsă de încredere în propriile forțe, însoțită frecvent de sentimente de inutilitate sau de convingerea de a fi o povară pentru ceilalți;
- sentimentul de vinovăție, probabil deformarea unor evenimente din trecut conferindu-le proporții mai mari decât cele reale, uneori te întrebi dacă nu ești pedepsit de Dumnezeu;
- gânduri de suicid; majoritatea persoanelor cu depresie severă își doresc să „termine” la un moment dat.

Aceste sentimente trebuie luate în serios – ele constituie un semnal, iar persoana trebuie neapărat ajutată. Uneori aceste sentimente sunt atât de puternice încât persoanele încearcă să-și facă rău și pot face unele pregătiri. Acesta este un semn că ajutorul trebuie acordat de urgență.

Oamenii pot fi afectați de depresie la orice vârstă. Dar semnele depresiei pot fi puțin diferite la persoanele vârstnice.

În primul rând, unele din semnele unei boli fizice pot fi similare cu cele ale depresiei; de exemplu, pierderea poftei de mâncare sau tulburarea somnului se pot datora atât depresiei cât și anumitor condiții fizice ca: boli de inimă, artroză. Dacă însă depresia este și ea prezentă, vor exista și alte simptome, în special gândurile triste și sentimentele menționate mai sus.

În al doilea rând, vârstnicii se plâng mai degrabă de simptome fizice decât de depresie. Acest fapt poate apărea sub forma unei permanente îngrijorări în privința stării de sănătate, chiar dacă doctorul nu a găsit nimic îngrijorător. S-ar putea ca motivele acestui comportament să se datoreze faptului că persoanele vârstnice s-au obișnuit să nu deranjeze doctorul cu nimic altceva decât cu probleme somatice. Uneori, este posibil ca o problemă de sănătate mai veche, care în realitate nu s-a modificat, să provoace mai multă suferință ca de obicei. Și aceasta poate fi un semn că depresia „este pe aproape”. Tratarea depresiei nu va înlătura, bineînțeles, boala fizică, dar va ușura mult suferința.

Depresia la vârstnici poate determina uneori simptome severe de îngrijorare și anxietate. Evident, unele persoane prin natura lor se îngrijorează mai mult decât altele, dar dacă intensitatea acestei îngrijorări este neobișnuită, poate constitui un semn de depresie. Este posibil ca îngrijorarea și agitația să fie atât de mari, încât persoana în cauză să pară și confuză.

Persoanele vârstnice se tem să nu devină „senile”, iar uneori depresia severă poate fi luată drept demență senilă. Cei cu depresie – chiar severă – sunt foarte conștienți de slăbirea memoriei, pe când cei cu demență senilă nu. Demența și depresia sunt foarte diferite așa încât nu trebuie să se ezite în solicitarea ajutorului. În același timp, persoanele cu demență senilă sunt foarte înclinate către depresie și de cele mai multe ori, tratarea acesteia din urmă poate fi utilă.

Trebuie menționat că faptul de a locui singur nu duce totdeauna la depresie. Este posibil ca o persoană vârstnică obișnuită să trăiască singură să aibă un sentiment de singurătate pe care nu-l avea înainte atât de acut. Acesta poate fi un semn de depresie.

1) Simptome fizice:

- pierderea apetitului, tulburări de somn (se trezește de multe ori în timpul nopții cu dificultăți în a adormi iarăși), constipații, oboseală;
- creșterea sau abuzul în folosirea alcoolului și a drogurilor;
- în cazul activității sexuale scad dorințele, interesul și funcționarea glandelor.

Aceste simptome necesită o evaluare atentă deoarece pot avea semnificație pentru diagnosticare (nu apar în mod obligatoriu ca și simptome ale depresiei).

2) Simptome emoționale:

- griji excesive asupra finanțelor, familiei, sănătății; responsabilitățile sau acțiunile din trecut devin exagerate în depresie (sau activitățile ratate)
- plâns, iritabilitate, sentimente de dezagregare și negativism.

Vârstnicii aflați în stare de depresie pot spune că sunt triști sau doar că nu sunt în regulă; mulți neagă starea de supărare sau depresia.

Este foarte important să vedem persoana în contextul istoriei sale personale (cum s-a schimbat; de când urcușurile și coborâșurile vieții de toate zilele au devenit preocupări sau griji care îl paralizează).

Cei foarte afectați au probleme în a-și ascunde sentimentele de disperare, neajutorare:

- un avocat nu mai vrea să ia cazuri; „...probabil partenerii vor să scape de mine dar sunt prea politicoși și nu vor să mi-o spună.”

- o bunică – nu mai vrea să o viziteze nepotul; „... făceam prăjituri foarte bune, dar nimic nu-mi mai iese acum; nu-mi mai amintesc nici măcar cum să mai folosesc cuptorul. ”

Problema este modul în care progresivii cred că ceilalți se raportează la ei.

Nimeni nu i-a spus nici avocatului nici bunicii că nu se mai descurcă în munca pe care o fac.

3) Simptome cognitive:

- halucinații (care nu sunt bazate pe stimuli externi)
- căderi de memorie (nu-și amintesc adresa, numărul de telefon)
- dificultăți în concentrare
- deziluzii.

Suicidul

- este mult mai comună în rândul populației în vârstă decât în orice altă grupă de vârstă
- cei mai mulți din bătrânii care au comis suicidul au vizitat un medic înainte de a face acest lucru
- de asemenea, cei mai mulți au manifestat o acutizare a bolilor fizice.

Depresia este deci, un sentiment persistent de supărare intensă de mai multe săptămâni sau chiar mai mult, însoțit de unele din semnele și simptomele descrise.

Procesul de evaluare a stării persoanei (în vederea diagnosticării)

1) realizarea istoriei persoanei și a problemelor

În procesul evaluării se realizează mai întâi istoria persoanei și a problemei.

Medicul sau profesionistul în sănătate mintală vor pune multe întrebări, mai multe decât în orice altă boală, despre:

- problema majoră – o descriere în cuvintele pacientului
- istoria problemei prezentate
- trecutul psihologic și medical al persoanei
- istoria familiei – a problemelor medicale și psihice
- istoria socială a persoanei

2) examinarea medicală

Există tulburări fizice care pot prezenta depresia ca prim simptom: tulburări endocrine (probleme ale tiroidei), probleme neuronale (irigarea insuficientă a creierului cu sânge, tumori cerebrale).

3) examinarea stării mintale

Observând și ascultând pacientul în timpul expunerii istoriei și punând întrebări specifice, focalizate pe mai multe arii generale în timpul evaluării se va urmări:

- înfățișarea, aparența (palid, trist, agitat, anxios; contactul vizual; limbajul trupului)
- dispoziția
- gândurile – prin procesul comunicării
- tăria, puterea pacientului – atributele pozitive și suporturile care ar putea să-l susțină în timpul unei perioade de stres sau care dovedesc o bază pe care să se clădească în timpul tratamentului
- ideile referitoare la sinucidere
- funcțiile cognitive – concentrarea (pacientul poate fi pus, de exemplu să numere din 7 în 7, în sens invers).

O evaluare completă cuprinde și o baterie de diferite teste de laborator (medicale și psihologice).

Demențele și boala Alzheimer

Senilitatea

Senilitatea este o slăbire simultană a capacităților fizice și mintale datorată îmbătrânirii.

Senilitatea este exagerarea proceselor normale de îmbătrânire. Nu are vârstă precisă, variind de la un individ la altul, sub influența factorilor ereditari și personali. Factorii personali sunt: antecedente patologice, intoxicații alcoolice, surmenaj etc.

Condițiile socio-economice și afective joacă și ele un rol important în ceea ce privește data apariției stării senile. Ex: pensionarea necompensată de o nouă activitate, solitudinea afectivă, insecuritatea financiară, sentimentul de devalorizare socială, accelerează procesul de involuție.

G. Marinescu (apud P. Brânzei, 1979, pag. 420), susținătorul tezei îmbătrânirii ireductibile propune o definiție a senilității opusă tezei îmbătrânirii văzută ca o boală a lui C.I. Parhon: „Senilitatea normală nu este o boală ci o evoluție fiziologică, regulată și ireductibilă, guvernată de ereditate și de nutriție în funcție de schimbările fizice și chimice care se desfășoară în celulele organismului ca fenomen biologic ireversibil.”

Manifestare (caracteristici)

Senilitatea se manifestă pe plan psihic:

- printr-o inerție intelectuală
- dificultăți tipice în fixarea durabilă a amintirilor și achizițiilor cognitive noi
- pierderea supleții de adaptare
- „pisălogeala” și incontinența emoțională.

Demența

Demența este o istovire psihică globală și progresivă, datorată unei afecțiuni organice a creierului.

Demența se caracterizează, în esență, printr-o deteriorare mintală: toate funcțiile sunt atinse:

- câmpul conștiinței se îngustează

- atenția devine deficitară
- memoria este alterată
- judecata este perturbată (aparitia unor comportamente deviante, medico-legale)

Demența nu este totuși asimilabilă arierației mentale.

Arierația mentală este o stopare a dezvoltării intelectuale, iar demența este o degradare a vieții mentale. „Dementul este un bogat sărăcit pe când idiotul a fost întotdeauna sărac ” spunea J.E.Esquirol (apud Sillamy Norbert, 1966, pag. 49). Demența este o manifestare a leziunilor cerebrale.

Mai este afectat și simțul valorii morale, ceea ce explică anumite delictive și comportamente puerile: colecționarismul, fabulația, labili-tatea afectivă, impulsivitate.

Demența este o scădere progresivă și îndeosebi ireversibilă, globală a activității psihice datorată unor modificări organice cerebrale de natură degenerativă, incomplet cunoscută și de natură vasculară (aterosclerotică), a cărei evoluție poate fi precipitată și de acțiunea unor factori exteriori de natură psiho-socio-culturală.

Demența este o alterare dobândită a funcțiilor intelectuale (cognitive) datând de mai mult de trei luni fără alterarea stării de vigilență. Această alterare este suficientă pentru a perturba inserția socială a individului.

Prin urmare, termenul generic de demență include o mare parte a declinurilor cognitive anormale și persistente destul de severe pentru a interveni în viața și activitatea zilnică a individului și a-i împiedica acestuia performanțele sociale.

Apariția acestei boli este extrem de rară înainte de vârsta de 65 de ani (aprox.1%), iar după vârsta de 65 de ani riscul îmbolnăvirii se dublează la fiecare interval de 5 ani.

Demențele pot apărea din diferite cauze: toxicomanii, depresii, afecțiuni organice ale creierului etc., precum și afecțiunile unor boli degenerative ca: boala Alzheimer, boala Pick, Creutzfeld-Jacob și ale sindromului Wernike-Korsakoff.

Demența este principala cauză de instituționalizare (spitalizare), deși majoritatea suferinzilor sunt îngrijiți la domiciliu în supravegherea medicului de familie. Astfel, se remarcă o scădere a asistenței vârstnicului cu demență în spitalele de psihiatrie și o creștere a lor în căminele-spital.

Caracteristicile principale ale demenței

Demențele, boli degenerative, se caracterizează printr-o serie de tulburări ale funcțiilor psihice deosebit de grave, în special în ultimele etape ale bolii.

În primul rând se remarcă cu precădere scăderea funcțiilor intelectuale apoi a celor reglatorii urmate de o instabilitate afectivă puternică și de puternice modificări de personalitate și comportament.

În cele ce urmează, vom enumera într-o ordine aproximativă a apariției lor, toate tulburările care caracterizează demențele:

- tulburări globale de memorie care antrenează tulburări de orientare în timp și de exprimare și înțelegere a limbajului (**afazie**),
- tulburări de recunoaștere a obiectelor, zgomotelor și structurilor (**agnozie**),
- imposibilitatea de a efectua mișcări voluntare (**apraxie**)
- (sindromul afazo-apraxic-agnozic),
- reducerea stocului de idei urmată de scăderea flexibilității gândirii,
- pierderea capacității de a rezolva probleme, îngreunarea raționalizării,
- comportamentul este când euforic când apatic,
- stare de indiferență apato-abulică,
- atenția voluntară este net scăzută,
- tulburările de limbaj evoluează până la mutism,
- apar tulburări de orientare în spațiu,
- stări de hipotonie globală musculară.

Unele forme de demență sunt curabile și reversibile. Se poate obține o regresivitate importantă a tulburărilor prin suprimarea cauzelor lor (tumori, hidrocefalie, infecție sifilitică). Demențele reversibile sunt în jur de cca.10-30%.

Boala Alzheimer

Boala Alzheimer (1864-1917) este o afecțiune mai frecventă în presenilitate fiind caracterizată printr-o stare demențială cu fenomene de focar de tip afazo-agnozo-apraxic.

Această afecțiune atinge mai ales femeile (84% dintre bolnavi), și se caracterizează prin apariția ei precoce (cânte 50 ani), cu o deteriorare mintală, o dezorientare în timp și spațiu: este însoțită de tulburări de limbaj (afazie), de dificultăți în executarea mișcărilor coordonate (apraxie) și recunoașterea perceptivă (agnozie).

Boala Alzheimer apare în 50 – 70% din cazurile de demență. În urma unor studii efectuate în SUA s-a demonstrat că boala este cel de-al 4-lea factor principal care cauzează moartea. Riscul îmbolnăvirii crește odată cu înaintarea în vârstă. Aproximativ 4% din persoanele care au depășit vârsta de 65 de ani au această boală, iar după 80 de ani, 20%. Numărul persoanelor afectate de această boală în SUA este în continuă creștere (Porth Mattson Carol et al., 1990).

În urma unor studii efectuate în Franța în anul 1987, s-a constatat că aproximativ 300.000 de persoane în vârstă de 65 ani sunt suferinde de această afecțiune, a cărei origine genetică este legată de una sau mai multe gene situate pe cromozomul 21 (Porth Mattson Carol, op. cit.).

Psihologia bolii Alzheimer

La examenul anatomic, se observă o atrofiere cerebrală difuză, o dilatare a ventriculilor și plăcii senile pe cortex. Etiologia bolii este necunoscută și nu se știe dacă este aceeași în cele două tipuri de boală: presenilă și senilă. Agenții implicați în dezvoltarea bolii include trauma, agenții virali și alte infecții.

Clinic boala se manifestă mai ales prin tulburări de orientare și printr-o pierdere a memoriei. Dispoziția bolnavului este în general euforică, dar uneori este depresivă.

Boala lui Alzheimer evoluează într-o perioadă de 4 până la 10 ani.

Această afecțiune prezintă în mare măsură creșterea treptată în intensitate a tulburărilor de memorie, îndeosebi pierderea capacității de fixare și reproducere.

Pacienții realizează prăbușirea lor psihică și din acest motiv se instalează unele stări depresive. Datorită amneziei puternice prezente se instalează dezorientarea spațială. Deficitul amnezic sărăcește și conținutul noțional al gândirii și astfel scade capacitatea de judecată.

O altă afecțiune este apariția unor halucinații și a unor idei delirante cu caracter absurd. Apar tulburări comportamentale cu aspect medico-legal.

Datorită instalării afaziei senzoriale se ajunge la mutism.

După cum se poate observa din cele arătate anterior majoritatea afecțiunilor provocate de boala Alzheimer sunt similare cu cele prezentate de demență în general.

Seminar 7 – 8

Aspecte psihologice ale îmbătrânirii. Explicații

Curs 9-10. Vârșnicul în context social. Instituționalizarea varșnicilor.

<http://www.iccv.ro/wp-content/uploads/2021/04/Raport-CV-varstnici-.pdf>

Seminar 9 – 10. Aplicații.

<https://www.medicinacluj.ro/diakonia.html>

Curs 11-12. Principii de incluziune socială pentru persoane vârstnice. Susținerea și intervenția în familiile care au în îngrijire o persoană vârstnică.

http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/MMJS/Transparenta/2019/01022019_Raport_stiint_masuri_incluz_pers_varstnice.pdf

Seminar 11 – 12

<https://www.medicinacluj.ro/diakonia.html>

Curs 13 – 14. Instituții publice implicate și responsabile în ceea ce privește protecția persoanelor vârstnice. Organizații ne guvernamentale implicate și responsabile în ceea ce privește protecția persoanelor vârstnice.

http://mmuncii.ro/j33/images/Documente/Legislatie/Asistentia-sociala-2018/Legea_17_2000_la_18-01-2018.pdf

Seminar 13 – 14

Instituții publice implicate și responsabile în ceea ce privește protecția persoanelor vârstnice.

Exemple. https://www.protectiacopilului6.ro/directia-protectie-sociala_doc_30_serviciul-asistentia-persoane-varstnice_pg_0.htm

Organizații neguvernamentale implicate și responsabile în ceea ce privește protecția persoanelor vârstnice. Exemple. <http://www.batranetelinistita.ro/noutati/107-protejarea-batranilor-nostri-impotriva-abuzului>

Bibliografie

- Albu, A et all (2001) *Asistența în familie a persoanei cu deficiență funcțională*, Iași, Polirom
- Athanasiu A., (1998) *Tratat de psihologiei medicală*, București, Editura Oscar Print
- Bucur, Venera, Maciovan, Adina, (2003), *Probleme ale vârstei a treia*, în Neamțu, G., (coord.), *Tratat de asistență socială*, Ed. Polirom, Iași
- Ciornei Carmen, *Reintegrarea în activitate a unei persoane cu deficiență vizuală gravă – studiu de caz din perspectivă ecologică*, lucrare publicată în colecția *România socială*, drumul schimbărilor și al integrării europene. Conferința anuală a Asociației Române de promovare a Asistenței Sociale, 2004.
- Ciornei Carmen, *Autoservirea, o perspectivă medico-socială*, în colecția *România Socială*, drumul schimbării și al integrării europene, vol I.Coord Petru Iluț, Laura Nistor, Traian Rotariu, 2005.
- Ciornei Carmen, Neamțu Nicoleta, *Unde sunt resursele unei tinere care și-a pierdut capacitatea de muncă? În sine și în propria familie*, în Neamțu Nicoleta (coordonator), *Procese de asistență socială centrate pe individ, familie și grup. Studii de caz*, Editura ACCENT, Cluj-Napoca, 2012 pag. 116 – 129
- Ciornei Carmen, *Un învingător. S-a învins pe sine*, în Neamțu Nicoleta (coordonator), *Procese de asistență socială centrate pe individ, familie și grup. Studii de caz*, Editura ACCENT, Cluj-Napoca, 2012, pag 143 - 153
- Dumitrașcu, H., coord, (2012) *Consilierea în asistență socială*, Iași, Polirom.
- Fontaine, Roger, (2008), *Psihologia îmbătrânirii*, Polirom, Iași, Gârlean-Șoitu, Daniela T. , *Varsta a treia*, Iași: Institutul European, 2006;
- Gal, Denizia, (2001), *Dezvoltarea umană și îmbătrânirea*, Cluj-Napoca, Presa Universitara Clujeana
- Gal, Denizia, (2001), *Vine o zi – Eseuri pe teme gerontologice*, Cluj-Napoca, Presa Universitara Clujeana
- Ghidrai, Olimpia, *Geriatric și gerontologie*, Cluj-Napoca: Casa Cărții de Știință 2002;
- Jeican R., (1999) *Psihiatrie pentru medicii de familie*, Cluj napoca, editura Dacia
- Krogsurd K., (2006), *Practica asistenței sociale*, Iași, Polirom.
- Gherguț, A., (2006) *Psihopedagogia persoanelor cu cerințe educative speciale*, Iași, Polirom
- Neamțu Nicoleta și Ciornei Carmen (1998) „Consecințe ale inegalității sociale în cazul persoanelor cu dizabilități” în *Revista de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de*

Muncă, vol 4 – Serie nouă, Nr 2 – 1998, pp 59 – 62, București, Asociația Medicală Română și Societatea Română de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă

- Neamțu Nicoleta și Ciornei Carmen (2001), *Practica asistenței sociale: competențe specifice*, Cluj Napoca, Editura Pro Vita
- Nechita, Marius, *O abordare conceptuală integrată privind vârstnicii*, Baia-Marie: Editura Universitatii de Nord, 2009;
- Rădulescu, S.M. (2002) *Sociologia sănătății și a bolii*, București, Editura Nemira
- Rășcanu, R., (1997) *Psihologie medicală și asistență socială*, București, Societatea Știință și tehnică
- Rebeleanu-Bereczki, A., *Politicile în domeniul sănătății în contextul reformei sociale din România*, Cluj Napoca, Presa universitară clujeană.
- Sandu, A., (2013) *Asistența socială aplicată, tehnici de cercetare și modele de intervenție*, Iași, Lumen.
- Sandu, A., (2010) *Tehnici de asistență socială*, Iași, Lumen.
- Neamțu G., coord. (2003) *Tratat de asistență socială*, Iași: Polirom.
- Neamțu G., coord. (2016) *Enciclopedia asistenței sociale*, Iași: Polirom
- [LEGE nr. 17 din 9 martie 2000^{*\)}](#) privind asistența socială a persoanelor vârstnice – Republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 600 din 11 iulie 2006
- HOTĂRÂRE nr. 886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, Publicată în Monitorul Oficial cu numărul 507 din data de 16 octombrie 2000
- LEGEA nr. 263 din 16 decembrie 2010 privind sistemul unitar de pensii publice, publicată în Monitorul Oficial cu numărul 852 din data de 20 decembrie 2010 cu modificările și completările ulterioare.
- LEGEA nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății - republicată*) în Monitorul Oficial cu numărul 652 din data de 28 august 2015, cu modificările și completările ulterioare
- LEGEA nr. 448 din 6 decembrie 2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap – republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.006 din 18 decembrie 2006, modificată prin Legea nr. 241/2007 pentru abrogarea unor reglementări prin care sunt acordate scutiri sau exonerări de la plata taxelor vamale ale unor bunuri, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 496 din 24 iulie 2007.

- LEGEA nr. 487 din 11 iulie 2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice *) – Republicată în Monitorul Oficial cu numărul 652 din data de 13 septembrie 2012