

SĂNĂTATEA – COMPONENTĂ ESENȚIALĂ A CALITĂȚII VIEȚII VÂRSTNICILOR

ANA BĂLAȘA

Sănătatea este o componentă esențială a calității vieții vârstnicilor, indicatorul prin care se măsoară cel mai frecvent fiind cel de apreciere subiectivă. Sănătatea subiectivă a vârstnicilor români și europeni, speranța de viață, morbiditatea, mortalitatea, nivelul cheltuielilor pentru sănătate conturează diagnoze diferențiate ale sănătății, cu relevanță deosebită în contextul îmbătrânirii populației și al integrării europene.

Consumul de îngrijiri de sănătate, sănătatea socială și promovarea unui stil de viață sănătos sunt abordate din perspectiva promovării unor politici de sănătate care să asigure accesul la îngrijiri de calitate, sustenabile din punct de vedere financiar.

Sănătatea este o resursă fundamentală pentru indivizi, comunități și societăți în ansamblu. Pentru individ, a se bucura de o stare bună de sănătate este de o importanță primordială. În același timp, un nivel în general bun al sănătății populației este indispensabil creșterii economice și dezvoltării societăților.

OMS definește sănătatea nu numai ca o simplă absență a bolii și a infirmității, ci ca pe un „bine” total: fizic, mental și social.

SĂNĂTATEA ȘI CALITATEA VIEȚII

Sănătatea este o dimensiune importantă a calității vieții și poate fi considerată în cel puțin trei moduri diferite¹:

– pornind de la aspectele sale negative, se poate defini ca absența bolii. În acest caz, indicatorii sănătății sunt datele privind mortalitatea, morbiditatea și speranța de viață;

– poate fi considerată ca o bună adaptare a individului la mediul său și ca funcționare bună în acest mediu. Definiția este, de această dată, mai pozitivă, dar și în acest caz indicatorii se focalizează pe consecințe: neplăcerile bolii, incapacități funcționale, handicap și/sau dezavantaj social;

– poate fi definită în modul în care este concepută în documentele OMS (ca o bunăstare fizică mentală și socială), într-o manieră pozitivă, devenind o valoare.

¹ *Vieillessement, aide et soins de santé en Belgique*, Rapport pour le SPF, 2004.

Cercetări numeroase au evidențiat că mulți vârstnici, suferind de boli cronice și/sau incapacități se consideră într-o stare bună de sănătate. Cel puțin la vârste înaintate, sănătatea nu înseamnă doar absența bolii sau vindecarea ei, ci trebuie înțeleasă într-o manieră mai globală.

Definită ca mai sus, sănătatea pare să-și asume dimensiuni ale conceptului de calitate a vieții. Cu atât mai mult cu cât, pe de o parte, „sănătatea socială” este recunoscută ca o dimensiune indisociabilă a sănătății generale, dar, pe altă parte, nu există încă un consens asupra conținutului concret al conceptului și al modului de evaluare.

În general, sănătatea socială este considerată ca modalitatea în care o persoană se comportă cu alții și în care alții reacționează la acest comportament, modul în care reacționează față de instituții sociale, față de regulile și normele sociale. Bazată pe interacțiunea dintre individual și mediul său, sănătatea socială poate fi, de fapt, interpretată în diferite feluri. De exemplu, în cadrul „Anchetei de sănătate”, Belgia, 2004, sănătatea socială este tradusă, îndeosebi, în termeni de suport social.

Conceptul de *calitatea vieții* răspunde cel mai bine nevoii de a avea în vedere globalitatea persoanei. Cercetătorii din domeniul calității vieții fac o distincție clară între conceptul de „calitatea vieții” și cel de „sănătate”, cu excepția medicilor. Aceștia se concentrează pe aspecte ale experienței personale legate de sănătate și, în general, utilizează termenul de *calitatea vieții* pentru a desemna repercusiunile fizice, psihologice și sociale ale unei patologii asupra vieții unui pacient (Launoiss, 1995). Problema este de a ști dacă se măsoară sănătatea, calitatea vieții sau calitatea vieții legată de sănătate. Oricum, nu există un acord absolut asupra unui punct de vedere. Sunt și autori, ca de exemplu Torrance (2002), care consideră că sănătatea socială nu ar fi un aspect pertinent al calității vieții legat de sănătate, așa cum pretinde OMS.

În anchetele privind calitatea vieții, sănătatea este evaluată prin percepție subiectivă (sănătatea subiectivă), în analizele întreprinse apoi, utilizându-se indicatorii statistici ai sănătății ca și relaționarea stării subiective de sănătate cu o serie de determinanți economic-sociali și culturali. Aceste corelații sunt obligatorii în analize, întrucât sănătatea, într-adevăr, nu este o problemă izolată, de luat în considerare numai din perspectivă medicală. Boala și sănătatea se înscriu într-o societate determinată și au relații determinate cu o serie de alte dimensiuni ale acestei societăți².

În cercetările de calitate a vieții, sănătatea este unul dintre determinanți. În cadrul eurobarometrului „Europenii și calitatea vieții” (2000) subiecții au avut de ales dintr-o listă de 15 factori, 3 factori care **contribuie** cel mai mult la nivelul lor de viață actual și, apoi trei factori care pot contribui la **ameliorarea** nivelului de

² De exemplu, cercetările Centrului de dezvoltare al OCDE au evidențiat o relație directă între sănătatea populației unei țări și rezultatele globale în termeni de dezvoltare.

viață. Trei factori constituie, însumați, peste jumătate din răspunsurile furnizate pentru prima temă (contribuția ca determinanți):

1. a fi în stare bună de sănătate – 25%;
2. a avea venituri suficiente pentru satisfacerea nevoilor – 15%;
3. a avea membri de familie pe care se poate conta la nevoie – 14%.

În cele 15 țări investigate, sănătatea este primul dintre cei trei factori care, în opinia respondenților, contribuie cel mai mult la calitatea vieții lor actuale. Diferă puțin doar ponderea acordată în fiecare țară. Există o relație directă între **vârsta** respondenților și faptul de a alege răspunsul „starea bună de sănătate”:

Vârsta	Alegeri ale factorului <i>sănătate</i>
15–24 ani	22%
25–39 ani	25%
40–45 ani	26%
55 +	28%

În ceea ce privește factorii care **amelioarează** cel mai mult calitatea vieții, starea bună de sănătate se află tot printre primii trei factori, dar pe al treilea loc (după venituri și lipsa grijilor și a stresului); în cazul **vârstnicilor** însă, a fi în stare bună de sănătate este, din nou, factorul care contează cel mai mult, de această dată, pentru ameliorarea calității vieții (22% din răspunsurile celor de peste 55 ani).

Cu toate acestea, nu se poate spune că persoanele vârstnice consideră sănătatea ca singura lor prioritate. Într-un studiu realizat în Olanda, în 1989, autorii au remarcat faptul că, dacă copiii persoanelor în vârstă au griji, probleme, frământări, aceste preocupări trec înaintea preocupărilor pentru propria sănătate.

Într-un alt sondaj realizat în Belgia s-a constatat că a avea o „bătrânețe bună” nu este un fapt văzut de toți vârstnicii ca fiind echivalent cu a avea o sănătate bună. Cel puțin o treime din vârstnici asociază ceea ce numesc „bătrânețe bună” cu alte dimensiuni decât cu cea de *sănătate*.

SĂNĂTATEA SUBIECTIVĂ A VÂRSTNICILOR

Ca dimensiune a calității vieții, sănătatea poate fi abordată prin diverși indicatori, printre care, aprecierea subiectivă a propriei sănătăți sau, dimpotrivă, plângerile privind diverse afecțiuni. Sănătatea subiectivă este unul dintre indicatorii principali ai sănătății și ai calității vieții cu care operează OMS. Este indicatorul prin care OMS monitorizează sănătatea și calitatea vieții și se află, de asemenea, pe lista indicatorilor de sănătate ai Europei. De regulă, se separă răspunsurile „foarte bună” și „bună” de o parte, iar de altă parte, răspunsurile „medie”, „rea”, „foarte rea”.

Un alt indicator al stării subiective de sănătate utilizat frecvent în sondaje vizează starea de sănătate în ultimele 12 luni („mai bună”, „la fel”, „mai rea”).

Sănătatea subiectivă este o măsură care include diferite dimensiuni ale sănătății (fizică, socială, emoțională). Noțiunea „apreciere subiectivă” sugerează că nu avem de-a face cu o analiză cognitivă sistematică, ci, mai degrabă, cu o reacție emoțională. În general, anchetele nu măsoară starea de sănătate în modul în care medicii pun un diagnostic. Informațiile sunt culese pe baza declarațiilor celor interogați cu privire la starea generală percepută, boli cronice de care suferă, factori de risc, limitări ale activității etc.

Caracteristici individuale, precum cele legate de vârstă, statut (formare), sex etc. influențează percepția stării de sănătate, ca și modul în care se declară acest lucru. Cu toate acestea, cercetătorii opinează că sănătatea subiectivă este unul dintre cei mai buni indicatori ai sănătății, atât la nivel individual cât și la nivelul populației. Percepția subiectivă a sănătății furnizează informații pentru o privire de ansamblu destul de adecvată a stării de sănătate reală a unei populații. Numeroși autori au constatat că ea reflectă destul de bine impactul plângerilor și bolilor de care suferă persoana interogată și are legătură directă cu mortalitatea, morbiditatea, nivelul capacităților funcționale și consumul de îngrijiri³.

Sănătatea subiectivă a vârstnicilor europeni

În evaluările Organizației Mondiale a Sănătății, imensa majoritate a persoanelor vârstnice se află într-o stare bună de sănătate, duc o viață activă și satisfăcătoare și dețin rezerve intelectuale, emoționale și sociale care lipsesc adesea celor mai tineri⁴.

Cercetări realizate în UE (Barometre privind calitatea vieții, anchete de sănătate etc.) de către instituții cu notorietate științifică permit câteva concluzii generale:

– Persoanele anchetate au o percepție a sănătății pozitivă. Persoanele vârstnice nemulțumite de starea lor de sănătate sunt mai numeroase decât cele mai tinere. Cu cât vârsta este mai avansată, percepția este mai negativă.

– Vârstnicii semnalează mai frecvent decât tinerii deteriorarea stării lor de sănătate și se plâng de sănătate în mai mare măsură decât tinerii.

– La toate vârstele, femeile percep o stare mai defavorabilă a sănătății⁵.

Consemnate ca atare, concluziile de mai sus sunt de bun simț, pe când datele propriu-zise par să ofere mai multe nuanțe, mai ales când vrem să comparăm stările de fapt.

În sondajul privind calitatea vieții europenilor (UE 15)⁶ realizat în 2000, mai mult de trei sferturi dintre aceștia declarau că sunt mulțumiți și foarte mulțumiți de starea lor de sănătate, rezultatele etalându-se între 91%, pentru Danemarca și 77%,

³ *Enquête de santé*, 2001, 2004, Belgique; *Baromètre santé*, 2005, France, Editions INPES; Daumont D., Libion F., Deccanche A., *Les personnes âgées et leur santé: Besoins, représentations, comportements*, Série de dossiers documentaires, UCL-RESO, 1999.

⁴ *Transecender les mythes*, OMS, Genève.

⁵ *L'état de santé en 2003*, Etudes et Resultats, nr.436, oct. 2005.

⁶ *Les européens et la qualité de vie*, INRA, 2000.

pentru Spania. În Danemarca, majoritatea (60%) se declarau chiar pe deplin satisfăcuți de sănătatea lor, în timp ce, în Portugalia, proporția acestora era de numai 9%. În toate celelalte țări, satisfacția deplină lua valori între 46% și 41%. Este importantă de subliniat stabilitatea percepțiilor pozitive, în timp. Satisfacția actuală în raport cu cea trecută indică un *statu-quo* cu valoare pozitivă.

În acest context, vârstnicii (în acest sondaj, persoanele de peste 55 ani), pe lângă ponderea mai mică (70%) a celor mulțumiți, prezintă și o scădere, în timp, a răspunsurilor „mai mulțumit” (față de anul anterior) și o creștere a celor care aleg răspunsul „mai puțin mulțumit”. Perspectiva temporală denotă o situație diferită pentru vârstnici, decât pentru restul sau pentru media populației.

Se poate consemna și faptul că scăderea, odată cu vârsta, a proporției persoanelor care declară că au o sănătate bună este substanțială: de la 90%, pentru intervalul 15–24 ani la 40%, pentru cei de 80 și peste⁷.

Printre vârstnici (65+), doar între 7% și 9% nu exprimă nici o plângere legată de sănătate, față de 14% media națională⁸. Plângerile sunt semnificativ mai numeroase în cazul vârstnicilor și privesc oboseala, sistemul locomotor și regiunea inimii.

Preocupările pentru rafinarea și adecvarea măsurării la specificul populației vârstnice i-au condus pe unii cercetători la utilizarea unei scale de șapte trepte pentru înregistrarea sănătății subiective, al cărei mijloc – „uneori bine”, „uneori rău” pare să fie foarte caracteristic pentru percepția persoanelor în vârstă cu privire la sănătatea lor.

Alți cercetători consideră că, în general, persoanele de peste 60 de ani, au un mod de a percepe sănătatea destul de asemănător cu cel al ansamblului populației⁹.

În raportul *Versune société pour tous les âges*, realizat sub egida Comisiei Europene, se aprecia, în 1999 că, în general, nivelul de sănătate al populației Uniunii Europene este mai bun decât oricând, grație progreselor extraordinare ale cercetării medicale, ale serviciilor de sănătate și ale condițiilor de viață. Creșterea economică în Europa, în ultimele decenii, a permis dezvoltarea fără precedent a sistemelor de sănătate publică și a nivelului de prestații. În 1995, totalul cheltuielilor cu sănătatea publică în Uniunea Europeană reprezenta în jur de 8% din PIB, de două ori mai mult decât în 1960. Stabilizarea creșterii cheltuielilor de sănătate publică (și, în unele cazuri, chiar regresul) nu au fost însă determinate, până acum, de îmbătrânirea populației.

Cu toate acestea, persoanele vârstnice au nevoie de mai multe servicii de sănătate și de îngrijiri esențiale diferite de cele de care are nevoie populația mai tânără.

Creșterea nivelului de instrucție al populației și programele de protecție socială au contribuit la prelungirea duratei de viață „în bună sănătate”. Numărul vârstnicilor care au nevoie de ajutor pentru îngrijiri cotidiene, pentru a se deplasa,

⁷ „Health J”, *Interview Survey*, 2001, Agir Proiect, 2003.

⁸ *Vieillessement, aide et soins de santé en Belgique*, Rapport pour le SPF, 2004.

⁹ Ankri J., Henrard J. – C., *Perceptions de la santé chez les personnes âgées*, „Gerontologie et Société”, nr. 71/1994.

sau pentru menaj este în scădere. Promovarea unei vieți sănătoase poate consolida această tendință. Datele existente indică faptul că starea de sănătate a tranșei de vârstă „tinerii bătrâni” se va ameliora. Cercetări privind sănătatea realizate în Belgia, Italia, Olanda, Irlanda, Marea Britanie au ajuns la rezultate similare în această privință: starea de sănătate a persoanelor vârstnice se ameliorează. În pofida îmbătrânirii populației, proporția persoanelor infirme sau dependente nu a crescut și aproape 40% dintre persoanele vârstnice respondente au declarat că au avut o stare bună de sănătate, în ultimul an.

Sănătatea subiectivă a vârstnicilor români

Starea de sănătate a vârstnicilor români este unul dintre punctele critice cele mai grave ale calității vieții lor.

În cercetările ICCV¹⁰, sănătatea subiectivă s-a măsurat prin caracterizarea de către subiecți a propriei sănătăți. În ceea ce-i privește pe vârstnici (60+), în 2006, rezultatele au fost următoarele:

Cum caracterizați sănătatea dvs.?	
Foarte proastă	20,6%
Proastă	35,2%
Satisfăcătoare	31,0%
Bună	11,0%
Foarte bună	2,1%

În proporție de 56%, vârstnicii își caracterizează sănătatea ca fiind sub nivelul satisfăcător. Față de 2003 (cercetarea anterioară), situația este staționară, urmând același patern ca al populației totale investigate. În situația dată, *statu-quo*-ul semnifică o situație negativă: nimic nu s-a schimbat în bine, în starea de sănătate a românilor, în ultimii ani, în ciuda numeroaselor „reforme”. Putem spune chiar că, față de 1990, s-a înrăutățit. Dacă în 1990, media răspunsurilor la această întrebare era, pe total eșantion, 3,7, după 1992, aceasta a încremenit la valoarea de 3,1.

INDICATORI STATISTICI AI SĂNĂTĂȚII

Speranța de viață

Speranța de viață este unul dintre elementele de bază ale indicelui dezvoltării umane – IDU. Longevitatea sau speranța de viață înseamnă durata potențială de viață a unei ființe umane și este în funcție de patrimoniul său genetic și de condițiile de mediu.

¹⁰ *Diagnoza Calității Vieții*, cercetare anuală a ICCV sub coordonarea prof. dr. Ioan Mărginean.

Speranța de viață la naștere este reprezentată de numărul de ani pe care i-ar trăi un nou-născut, dacă s-ar menține modelul curent de mortalitate. Prolungirea speranței de viață este o constantă în țările dezvoltate. Cercetările recente avansează aprecierea că longevitatea **potențială** medie poate fi fixată în jurul vârstei de 95 ani. Există mai multe scenarii în această privință. Cert este că, în ultimele decenii, de reculul mortalității au beneficiat, în principal, persoanele vârstnice, dintre care un număr important trăiesc până la vârste foarte avansate. Speranța medie de viață a ajuns, în lumea occidentală, în cursul unui secol, la 79 de ani, de la 47 de ani. Se apreciază că va ajunge la 85 de ani, în anii 2010¹¹.

Femeile trăiesc mai mult decât bărbații. Numărul văduvelor este mai mare decât al bărbaților văduvi, dar plusul de ani femeile îl trăiesc într-o stare mai rea de sănătate și cu un grad mai mare de dependență.

Specialiștii în domeniu consideră că indicatorul clasic al speranței de viață, utilizat în demografie, nu este suficient de sensibil pentru măsurarea stării sanitare. Noile concepte propuse „speranța de viață în bună sănătate” și „speranța de viață fără incapacități” permit să se țină seama nu numai de durata de viață, ci și de calitatea sa. „Speranța de viață în bună sănătate” și „speranța de viață fără incapacități” permit analize diferențiale ale stării de sănătate, evidențiază inegalitățile în fața bolii și a morții dintre diferite grupuri sociale.

Acești indicatori au o importanță din ce în ce mai mare, în contextul dezbaterilor actuale privind îmbătrânirea. În cadrul programului EHEMU (European Health Expectancy Monitory Unit) – studiu internațional coordonat de INSERM – Franța, s-au realizat diferite estimări ale speranței de viață în sănătate, în țările UE, calcule bazate pe Eurobarometrul 58. Un obiectiv principal al programului EHEMU constă în facilitarea unei analize și a unei sinteze a indicatorilor speranței de viață în bună sănătate. Aceștia adaugă o dimensiune calitativă la măsura pur cantitativă a longevității europenilor și permit evidențierea inegalităților între statele membre.

Speranța de viață în bună sănătate este un indicator structural pentru politica de dezvoltare durabilă în UE. În context, creșterea speranței de viață și procesul de îmbătrânire a populației implică, printre altele, și o problemă de alegere: prelungirea vieții cu orice preț sau o viață de calitate? Mai mulți ani vieții sau mai multă viață anilor? Cantitatea de viață poate fi însoțită de calitatea vieții?

Speranța de viață la naștere în EU (15) era, în 2000, de 75,3 ani pentru bărbați și 81,4 ani pentru femei. Speranța cea mai mare de viață o aveau bărbații din Suedia și femeile din Italia¹².

O ilustrare a informațiilor oferite de noii indicatori poate fi „citită” în tabelul următor:

¹¹ Vezi, de exemplu: *Vieillessement, aide et soins de santé en Belgique*. Rapport pour le SPF, 2004, „Rapport sur le vieillissement”, CCNE France, 1998, precum și documente ale OMS privind îmbătrânirea populației, ale OCDE etc.

¹² Eurostat, *Living conditions in Europe*.

Speranța de viață și speranța de viață fără incapacități, la 65 ani¹³

Țara	Bărbați				Femei			
	Total	Fără incapacitate		Cu incapacitate	Total	Fără incapacitate		Cu incapacitate
	în ani	în ani	în %	în ani	în ani	în ani	în %	în ani
Belgia 1989	14,4	13,1	91	1,3	18,5	16,4	88,6	2,1
Italia 1990	14,9	12,2	81,9	2,7	18,8	14,2	75,5	4,6
Elveția 1990/1993	15,8	12,4	75,5	3,4	20,2	15,1	74,8	5,1
Austria 2002	14,9	11,5	77,2	3,4	18,3	12,3	67,2	6,0
Bulgaria 1992	12,8	5,6	43,8	7,2	15,3	4,7	30,5	10,6

În România, în perioada 2002–2004, durata medie a vieții era de 71,32 ani; pentru bărbați – 67,74 ani și 75,06 pentru femei. În urban, speranța de viață era de 75,12 ani, iar în rural, 70,34 ani.

Speranța de viață a avut evoluții contradictorii în țara noastră, de scădere în perioada 1995–1997, de foarte ușoară creștere în perioada 1998–2000. Aceeași combinație de stagnare și creștere ușoară se înregistrează, atât la bărbați, cât și la femei. În aprecierea Raportului Național al Dezvoltării Umane (PNUD – 2002), majoritatea indicatorilor care se referă la speranța de viață arată o tendință de scădere treptată, care îndepărtează România de standardele regionale și europene.

Morbiditatea și mortalitatea

Morbiditatea și mortalitatea sunt parametri tradiționali ai sănătății. Problema morbidității și, în special, a incapacității, rămân cruciale pentru viitor și aceasta derivă din caracteristicile pe care morbiditatea le are la vârstnici:

- rată ridicată: persoanele vârstnice au tendința de a fi mai des bolnave;
- există boli care se întâlnesc predominant la vârstnici: cancer, afecțiuni cardio-vasculare, infirmități fizice și tulburări mentale;
- cronicitatea: persoanele vârstnice au nevoie de mai mult timp pentru a se reface și prezintă un risc crescut de cronicizare a unor boli. Demența este o afecțiune tipică vârstei foarte înaintate și necesită servicii și îngrijiri profesionale;
- multimorbiditatea – persoanele vârstnice au un risc mai mare de a suferi, în același timp, de mai multe afecțiuni.

Se consideră că oricâte progrese ar interveni în viitor, ameliorarea stării de sănătate îi va privi pe seniori și mai puțin grupul de vârstă foarte înaintată. În ceea ce privește demența, este de așteptat să crească considerabil numărul de pacienți.

Populația vârstnică are în mod deosebit probleme de sănătate, în special boli cronice de lungă durată, dar o atenție specială va trebui acordată demențelor (și îndeosebi boala Alzheimer), care au progresat în ultimii ani și care au un impact economic și social considerabil. Toate studiile conchid că frecvența bolii are

¹³ Report of the first meeting of the uro – REVES, apud *Vieillessement, aide et soins de santé en Belgique*, cap. 2.

tendința să crească odată cu vârsta: 0,6 din persoanele de 65–69 ani suferă, în medie, de această boală, procentul ajungând la 22%, la persoanele de peste 90 ani.

Vârșnicii, pe măsură ce avansează în vârstă sunt expuși multimorbidității¹⁴ și devin mai dependenți în ceea ce privește îndeplinirea activităților cotidiene. Studii recente arată însă că riscul de boală sau riscul de îngrijiri de sănătate este descris de o curbă a cărei inflexiune începe cu mult înainte de vârsta treia sau a patra (pentru cel puțin o boală care implică incapacitate), iar riscul de incapacitate este descris de o curbă a cărei inflexiune începe la 50–59 ani. Faptul a fost confirmat și pe baza analizei datelor anchetei de sănătate din Belgia¹⁵.

Deci pentru maladiile cronice, inflexiunea curbei de prevalență începe înainte de 65 ani, pragul de vârstă utilizat în UE.

Este un fapt constatat prin anchetele de sănătate că, datorită ameliorării condițiilor de viață și progreselor medicinei, sexagenari de astăzi sunt într-o formă mai bună decât predecesorii lor. În consecință, pragurile de vârstă utilizate în prezent pentru a calcula riscul de îngrijiri sau de dependență vor fi, cu siguranță scoase din uz în viitor.

Înaintarea în vârstă se asociază cu creșterea riscului afecțiunilor cronice.

Boli cronice și incapacități în Europa

	Persoane de 16–64 ani care declară că suferă de o maladie cronică, sau o incapacitate	Persoane de 65 ani + care declară că suferă de o maladie cronică (fizică sau mentală), sau o incapacitate, care îi handicapează în activitatea lor cotidiană
EU – 15	16,4	52,8
Belgia	18,4	31,8
Danemarca	19,9	43,3
Germania	11,2	73
Grecia	10,3	38,9
Spania	8,7	37,9
Franța	24,6	54,6
Irlanda	11	38,3
Italia	6,6	32,5
Luxemburg	11,7	–
Olanda	25,4	44,4
Austria	12,8	40,7
Portugalia	20,1	50,7
Finlanda	32,2	61,5
Suedia	19,9	–
Marea Britanie	27,2	33,8

Sursa: Eurostat: *Living Conditions in Europe*, 1998–2002.

¹⁴ Lobo, 2000 („Pooled analyse” Europe). Literatura în domeniu confirmă creșterea odată cu vârsta a ratei demențelor. Perspectiva sumbră legată de tendința de creștere a grupe de vârstă 80 + poate fi infirmată de progresele cercetărilor medicale privind demențele.

¹⁵ *Veillissement, aide et soins de santé en Belgique*, Rapport pour le SPS, 2004, p. 27.

În România, conform datelor INS¹⁶, bolile cronice afectează aproape jumătate dintre persoanele de 50 ani și peste. În totalul populației, una din cinci persoane declară că suferă de o boală cronică, majoritatea fiind femei (59,2%). Principalele boli cronice sunt cele de inimă (87%), ulcerul gastric sau duodenal (1,9% și diabetul (1,6%).

Incidența bolilor scade pe măsură ce persoanele sunt mai instruite.

Din totalul populației investigate, 20% au declarat, în 2002, că suferă de boli cronice. Din acestea, pe grupe de vârstă, situația era următoarea¹⁷:

sub 15 ani	15–24 ani	25–49 ani	50–64 ani	65–74 ani	75 ani și peste
3,4%	4,9%	12,2%	38,1%	52,8%	68,1%

Rata mortalității, indicator tradițional cheie în domeniul sănătății reflectă și el tendințele de declin al sistemului de sănătate. Bolile circulatorii și tumorile sunt principalele cauze ale morții și ambele manifestă tendința de creștere¹⁸.

Ratele de mortalitate, în 2004 erau următoarele (decedați la 1 000 locuitori):

55–59 ani	60–64 ani	65–69 ani	70–74 ani	75+
12,4	18,0	27,3	41,8	101,3

Cheltuieli pentru sănătate

În 2002, în Raportul Național al Dezvoltării Umane se aprecia că „în ultimul deceniu, cheltuielile publice pentru sănătate s-au situat sub media standardului european și s-au încadrat în standardele țărilor Europei Centrale și de Est și CSI, fapt care a afectat întreținerea sistemului, managementul, investițiile în echipamente și accesul la servicii al persoanelor cu venituri reduse”.

Nivelul cheltuielilor publice a afectat sectorul sănătății în România, calitatea accesului la servicii, în special al segmentelor celor mai sărace și vulnerabile ale populației, din care fac parte și multe persoane vârstnice.

Procentul din PIB al cheltuielilor publice alocate pentru sănătate în România

Anul	1999	2000	2001	2002	2003	2004
%	3,8	3,7	4	4	4,1	3,8

Nu sunt disponibile date privind cheltuielile de sănătate pe categorii de vârstă, dar este cert că acestea cresc la categoriile de vârstă înaintată, întrucât îngrijirea medicală a bătrânilor implică tehnologii mai scumpe, spitalizare îndelungată, îngrijiri și supraveghere mai costisitoare.

¹⁶ Condițiile de viață ale populației din România, INS, 2002, București, 2003, p. 47.

¹⁷ Idem.

¹⁸ Raportul PNUD 2002, p. 31.

La nivel individual, îngrijirea sănătății este resimțită ca fiind foarte scumpă; adesea se renunță la unele genuri de îngrijiri, din această cauză. În general se întâmplă așa când nu este disponibilă îngrijirea medicală subvenționată și când oamenii trebuie să plătească ei înșiși pentru îngrijirea medicală.

În structura cheltuielilor totale de consum ale gospodăriilor, cheltuielile de sănătate reprezentau 3,0% în 2003 și 3,6% în 2004¹⁹. Mai mult de jumătate din persoanele vârstnice au declarat, în octombrie 2003, că „nu-și pot permite cumpărarea medicamentelor necesare”²⁰.

CONSUMUL DE ÎNGRIJIRI DE SĂNĂTATE

Îmbătrânirea crescândă a populației va influența, fără îndoială, nevoile în materie de îngrijiri de sănătate, în deceniile viitoare. În acest moment sunt puține informații cu privire la acest subiect, fiind necesară evaluarea impactului acestui fenomen asupra nevoilor societății, într-un viitor apropiat.

Anchetele de sănătate sunt un instrument util (măsoară starea de sănătate, comportamentele, consumul de îngrijiri). Rezultatele pot servi ca bază pentru a orienta, în viitor, deciziile privind politicile de sănătate.

Situația în Europa

La ora actuală în Europa, majoritatea persoanelor care necesită o prezență și îngrijiri permanente sunt îngrijite acasă de către membrii familiei lor, serviciile profesionale în domeniu fiind insuficient²¹. Problema este că, în viitor, familiile vor fi din ce în ce mai puțin în măsură să-și asume aceste sarcini.

Cauzele sunt legate de diminuarea numărului de persoane care compun un menaj, de faptul că cei în nevoie vor trăi la distanță de cei apropiați, astfel că familiile îi va fi mult mai dificil să-și asume ea însăși sarcinile de îngrijire. Pe de altă parte, va exista un număr din ce în ce mai mic de copii care să se ocupe de un număr din ce în ce mai mare de persoane foarte în vârstă, suferinde de afecțiuni legate de vârstă.

Asigurarea rolului de îngrijire de către instituții sau societatea civilă va căpăta o importanță crescută. Este vorba de servicii la domiciliu, asistarea persoanelor vârstnice, locuințe amenajate pentru nevoile persoanelor vârstnice.

Cererea de îngrijiri pe termen lung va crește îndeosebi o dată cu creșterea tranșei de vârstă de 80 ani și peste.

Din punctul de vedere al sănătății publice și al sarcinii sociale, este importantă determinarea numărului de persoane care vor avea nevoie de ajutor în viitor, dar acest lucru este dificil de realizat. Totuși, un studiu efectuat în cursul Anului Internațional al Vârstnicilor (Walker, 1993) arată că, global, aproape o

¹⁹ Anuarul Statistic al României, 2005, INS, 2006, p. 234.

²⁰ Sondaj Metromedia Transilvania, oct. 2003.

²¹ *Les attitudes face au vieillissement*, Commission européenne, 1993, cap. *Soins et prise en charge*.

treime din persoanele de peste 65 ani vor beneficia, în viitor, de ajutor sau asistență regulată pentru îngrijiri personale și sarcini menajere. Nevoile viitoare de îngrijiri, îndeosebi pentru cei de peste 80 ani, îi vor viza pe pacienții cu demențe.

Va crește, așadar, importanța îngrijirilor formale sau informale, ca și impactul tehnicii moderne asupra prelungirii vieții în bună stare de sănătate și a păstrării autonomiei, chiar în caz de infirmitate.

Sistemul de îngrijiri de sănătate în Uniunea Europeană și țările candidate trebuie să facă față, simultan, unui triplu obiectiv: 1) accesul la îngrijiri pentru toți; 2) la un înalt nivel de calitate; 3) conservând viabilitatea financiară a sistemului²².

Persoanele vârstnice au nevoie de îngrijiri de lungă durată, ceea ce înseamnă o provocare, atât în ceea ce privește finanțarea cât și adaptarea la oferta de servicii, îndeosebi cu privire la instituționalizarea îngrijirilor de lungă durată.

Pentru europeni, **accesul la îngrijiri** de sănătate este un drept fundamental, esențial pentru demnitatea umană, care trebuie garantat pentru toți. În articolul 33 al Cartei drepturilor fundamentale ale UE se proclamă că „orice persoană are dreptul de a accede la prevenția sanitară și de a beneficia de îngrijiri medicale”, iar Uniunea recunoaște „dreptul de acces la prestații de securitate socială și servicii sociale, asigurând protecție în caz de maternitate, boală, accident de muncă, dependență sau **bătrânețe**”.

Există inegalitate socială în raport cu sănătatea

Cererea și oferta de îngrijiri de sănătate depind mult de nivelul de viață și de nivelul de educație care determină modul de viață adoptat de indivizi. De peste o jumătate de secol, cererea de îngrijiri de sănătate tinde să crească proporțional cu venitul pe cap de locuitor²³.

În toate țările se observă că starea globală de sănătate a persoanelor este legată de poziția lor socială, uneori într-o manieră sensibilă. De exemplu, raportul între mortalitatea lucrătorilor manuali și a celor non-manuali este favorabil acestora din urmă, conform unei cercetări realizate pe date din Franța și Danemarca. **Poziția socială** vorbește de insuficiența veniturilor, care conduce anumite persoane să-și reducă consumul de îngrijiri, mai ales atunci când o parte importantă a costurilor este lăsată în sarcina pacienților. De asemenea, poziția socială mai poate reflecta anumite condiții de viață, de locuire, de calitate a slujbelor, nivelul de educație, modul de alimentare²⁴.

Ameliorarea accesului la îngrijiri poate fi realizată prin măsuri care să meargă până la gratuitate pentru persoanele cu venituri scăzute și o mai bună coordonare între serviciile sociale și cele de sănătate.

²² *L'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées: garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière*, Commission Européenne, Bruxelles, 2001.

²³ *L'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées: garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière*, Commission Européenne, Bruxelles, 2001.

²⁴ Idem, p. 10.

A beneficia de **îngrijire de sănătate de calitate** este o exigență împărtășită de toți europenii, și este un obiectiv major al sănătății publice. Este vorba de a obține cel mai bun raport posibil și acceptabil din punct de vedere al sănătății publice între beneficiile pentru sănătate și costurile antrenate de produse sau tratamente.

Demersul de măsurare a costurilor și performanțelor, anchetele de satisfacție a pacienților, evaluarea și acreditarea serviciilor de îngrijire sunt mijloace necesare de ameliorare a calității globale a îngrijirilor. Există preocupări pentru găsirea unui echilibru între accesul, calitatea și viabilitatea îngrijirilor.

Îngrijirile de lungă durată sunt considerate doar de puțin timp un risc social major, care trebuie acoperit de sistemele de protecție socială. Îngrijirile de lungă durată rezidă în asistența persoanelor incapabile de a trăi în mod autonom și care depind de ajutorul celorlalți pentru mobilitate, pregătirea hranei, pentru cumpărături obișnuite și alte sarcini menajere. În cazuri extreme, aceste persoane necesită un ajutor pentru a se spăla și a se hrăni. Aceste îngrijiri nu necesită competențe medicale și sunt, adesea, încredințate apropiaților persoanei în cauză. Dar aceste persoane nu se pot dispensa de îngrijirile de sănătate. Acestea pot fi acordate la domiciliu sau în instituții specializate. Costul acestui tip de îngrijire depășește, adesea, venitul unei persoane în nevoie care, în scurt timp, poate epuiza toate economiile. În consecință, nevoia de îngrijiri de lungă durată constituie un risc social major, iar necesitatea de a introduce mecanisme de protecție socială se impune. Mecanismele de protecție socială îmbracă forme foarte diferite de la un stat la altul.

Îngrijirea și luarea în întreținere a vârstnicilor – cercetări concrete

Pe lângă faptul că este un succes al măsurilor de sănătate publică, longevitatea presupune și că din ce în ce mai mulți oameni au nevoie de îngrijiri și susținere personală. Este însă important să nu se exagereze în aprecierea acestei situații.

Cercetările sociale evidențiază faptul că majoritatea persoanelor vârstnice, chiar de vârsta a patra, sunt capabile să-și poarte singure de grijă sau cu un ajutor minim. Dacă ajutorul este necesar, el provine, în primul rând, de la familie. În majoritatea țărilor Comunității, statul joacă un rol relativ minor în îngrijirile acordate persoanelor vârstnice, fie ca furnizor direct de îngrijiri, fie ca sursă financiară.

Cererea pentru astfel de servicii este însă în creștere. Creșterea procentului vârstnicilor care necesită îngrijiri are implicații importante pentru familie (femei îndeosebi) ca și pentru guvernanți.

• **Într-un sondaj realizat pe o populație de vârstnici**²⁵: 60% din populația de peste 60 de ani a declarat că suferă de o incapacitate funcțională (cu diferențe mari între țări: 53% în Grecia, 22% în Belgia). Mai concret, 32% din cei de 60–64 de ani prezentau o boală de lungă durată sau o incapacitate, care ajunge la 47%, în cazul celor de peste 80 de ani. Dar chiar și în această categorie de vârstă avansată, majoritatea nu se consideră ca fiind handicapați.

²⁵ *Les attitudes face aux vieillissement*, Comission Européene, Bruxelles, 1993.

Îngrijirile personale sau sarcinile de menaj sunt invocate ca fiindu-le necesare de 30% din subiecți (aproape de 25% în Luxemburg și Portugalia, sub 50% în Regatul Unit, Germania, Danemarca). Cercetătorii precizează că cifrele nu pot fi considerate ca un audit asupra nevoilor de îngrijire. Infirmitatea este un indicator mai bun privind nevoile de ajutor și asistență: 18% din cei de 60–64 de ani primesc îngrijiri, față de 59% dintre cei de 80 ani și peste.

• **Susținătorii principali** ai persoanelor vârstnice, în cazul în care au nevoie de îngrijiri sunt:

- copiii adulți (40% citări);
- soții (32%);
- ajutor privat plătit (11%);
- alte rude (14%);
- servicii sociale publice (13%);
- prieteni 6%;
- vecini 6% ;
- organizații de binefacere 3%.

Așa cum au demonstrat-o și alte cercetări anterior, **membrii familiei sunt de departe principalii furnizori de îngrijiri**. În cazul Eurobarometrului citat, două treimi din îngrijirile acordate persoanelor vârstnice sunt furnizate de structura familială.

În ce-i privește pe copiii care acordă îngrijirile, jumătate o fac în interiorul domiciliului vâstnicilor (trăiesc sub același acoperiș).

Rolul jucat de soț / soție variază foarte mult, în funcție de țări. În Grecia, 47% din persoane primesc ajutor de la soț / soție, în Olanda, numai 8% și în Danemarca, 19%.

Serviciile sociale publice figurează pe un loc semnificativ în țările în care există infrastructuri dezvoltate. Danemarca posedă sistemul de ajutor la domiciliu cel mai dezvoltat din toată UE: 2/3 din persoanele luate în grijă sunt asistate de servicii sociale (urmează Olanda și Regatul Unit, Belgia și Franța).

Cercetările constată faptul că, pe măsură ce categoria de vârstă este mai avansată, cu atât este mai puțin probabil ca ajutorul să fie furnizat de soț / soție și mult mai probabil că va fi acordat de serviciile publice.

Procentul diferitelor categorii de vârstă care primesc regulat ajutor și asistență din partea soților și a serviciilor publice.

	60–64 ani	65–69 ani	70–74 ani	75–79 ani	80+ ani
Soț / soție	54%	44%	33%	25%	15%
Servicii publice	8%	8%	10%	13%	20%

Rolul vecinilor și al sectorului de binefacere crește o dată cu vârsta primitorului, dar niciodată într-o măsură semnificativă, precum sectorul public.

Rolul sectorului privat plătit rămâne constant, ca și al copiilor și al altor rude. Datele sugerează că, în cazul pierderii soțului / soției, se creează un vid în

asistență. De remarcat că 53% dintre bărbați primesc ajutorul soțiilor și numai 18% dintre femei primesc ajutorul soților.

În ciuda datelor privind rolul crucial al familiei în îngrijirea persoanelor vârstnice, se perpetuează mitul conform căruia familiile se ocupă mai puțin de rudele lor, în sens larg, față de trecut, mit infirmat de cercetări istorice și actuale. Totuși, familiile par mai puțin dispuse să se ocupe de părinții lor vârstnici. Rezultatul este important, pentru că el indică, printre persoanele vârstnice, o convingere care le preocupă. Există diferențe semnificative între țări.

Famiile sunt mai puțin dispuse decât în trecut să-și îngrijească rudele vârstnice.	
	UE (15)
Total de acord	33,4%
Mai degrabă acord	34,0%
Mai degrabă dezacord	18,2%
Deloc acord	10,4%
NS/NR	4,1%

Dezacordul cel mai puternic s-a înregistrat în Danemarca, Irlanda, Regatul Unit, iar acordul cel mai puternic, în Franța, Luxemburg, Italia, Spania.

Marea majoritate a persoanelor chestionate consideră că ajutorul acordat persoanelor vârstnice trebuie să fie practicat la acestea acasă și nu în stabilimente speciale, deci îngrijirea trebuie să se facă în sânul comunității. Persoana cea mai bine plasată să decidă în privința serviciilor este chiar vârstnicul, urmat de medic și rudele apropiate.

Cetățenii europeni se pronunță pentru ca sectorul public fie să organizeze finanțarea îngrijirilor de lungă durată, fie să le organizeze și să le și finanțeze:

Cea mai bună modalitate de a furniza îngrijiri de lungă durată:	
	UE (12)
– Cotizații obligatorii, un sistem de asigurări, public.	36,6%
– Cotizații facultative, un sistem de asigurări, privat.	6,2%
– Cotizații facultative, un sistem de asigurări public, în care doar cei care cotizează sunt acoperiți.	7,6%
– Cotizații facultative, un sistem de asigurări privat, în care singurii care cotizează sunt acoperiți.	4,1%
– Autoritățile publice trebuie să asigure aceste îngrijiri, care sunt finanțate prin impozite.	33,9%
NS/NR	11,6%

Satisfacția privind sistemul de îngrijire a sănătății

Satisfacția privind sistemul de îngrijire a sănătății nu diferă semnificativ în funcție de vârstă. Așa încât putem spune că vârstnicii europeni, ca și populația în ansamblu se declară:

- **mai degrabă satisfăcuți și foarte satisfăcuți** (însurate) de sistemul de îngrijirea sănătății în: Austria (83%), Franța (78%), Belgia (77%), Danemarca (76%), Finlanda (74%), Olanda (73%), Luxemburg (72%);

- un al doilea grup gravitează în jurul mediei europene (53%) și cuprinde Suedia (59%), Regatul Unit (56%), Germania (50%), Irlanda și Spania (48% fiecare);

- un al treilea grup care prezintă răspunsul „satisfăcător” în proporție mică include Italia (26%), Portugalia (24%), Grecia (9%). Aceste țări se remarcă și prin rate înalte ale răspunsului „deloc satisfăcut” (26%, 32%, 34%).

Consumul de îngrijiri în România

- Apelul la serviciile unui medic a fost evident mai frecvent o dată cu înaintarea în vârstă. Valorile pentru vârstnici sunt următoarele:

- 65–74 ani: 61%.

- 74 ani și peste: 66%.

- Persoanele vârstnice (65+) prezintă ponderi importante printre pacienții medicilor cardiologi (43%), oftalmologi (30%), urologi (29%) și neurologi (25%).

- Vârstnicii efectuează mai frecvent controale periodice. Și-au verificat starea de sănătate două din cinci persoane de 65 ani și peste.

- Persoanele vârstnice, în mai mare măsură decât tinerii, încearcă să-și amelioreze sănătatea, recurgând la medicina alternativă (Sursa: INS – Ancheta asupra condițiilor de viață, 2003).

Evaluarea subiectivă a asistenței medicale primite²⁶ pare să se afle peste nivelul la care ar situa indicatorii obiectivi asistența medicală.

În 2003, doar 16% o evaluează ca fiind sub nivelul satisfăcător; 29,7% consideră că este satisfăcătoare și 46,4%, că este bună.

Pentru 2006, datele sunt următoarele:

Foarte proastă 8,2%.

Proastă 10,0%.

Bună 26,7%.

Foarte bună 7,8%.

În ceea ce privește aprecierea sistemului de îngrijire a sănătății în 2006, datele erau următoarele:

Cum apreciați sistemul de îngrijire a sănătății din România?

Foarte prost 16%.

Prost 31%.

Satisfăcător 31%.

Bun 18%.

Foarte bun 3,2%.

²⁶ *Diagnoza calității vieții*, 2004, 2006, ICCV, coordonator, prof. dr. Ioan Mărginean.

SĂNĂTATEA SOCIALĂ

Alături de sănătatea fizică și mentală, sănătatea socială este un element esențial al definiției sănătății utilizată de OMS. Sănătatea socială poate fi privită și ca un determinant important al stării generale de sănătate. Unii cercetători consideră că „impactul relațiilor sociale asupra sănătății este la fel de important precum alți factori de risc: fumatul, activitatea fizică, obezitatea, tensiunea arterială. Numărul și calitatea relațiilor sociale contribuie la menținerea sănătății fizice și mentale a indivizilor precum și la ameliorarea speranței de viață”²⁷. S-a constatat și relația inversă: relațiile sociale negative sau stresante au efecte nefaste asupra sănătății. De asemenea, izolarea socială pare să se asocieze cu o rată mai înaltă a deceselor premature.

În cadrul anchetei de sănătate din 2004, în Belgia, sănătatea socială a fost operaționalizată în termeni de suport social (disponibilitatea altor persoane în care individul are încredere, pe care el poate conta și care lui îi dau sentimentul de a fi apreciat și stimat ca persoană).

Suportul social a fost măsurat prin două demersuri – unul cantitativ și altul calitativ.

– **Indicatorii structurali de suport**, unde integrarea socială definește structura și importanța interacțiunii sociale.

Acești indicatori sunt cantitativi – măsoară prezența și importanța rețelei sociale, numărul și frecvența interacțiunilor sociale. Studiile epidemiologice se interesează, în mod deosebit, de acest tip de indicatori.

Cercetările au evidențiat o legătură semnificativă între sănătatea subiectivă și fiecare dintre indicatorii sănătății (bunăstării) sociale, oricare ar fi aceștia „persoanele care evaluează sănătatea lor ca fiind proastă au o mai mare tendință de a fi nemulțumiți de contactele lor sociale, au puține contacte cu anturajul și prezintă o rețea socială restrânsă și declară niveluri slabe ale suportului social instrumental și funcțional”²⁸. În Belgia, în cadrul anchetei de sănătate din 2001, carența de contacte sociale (o dată pe lună, o dată pe an, niciodată) era raportată de 8% din populația de peste 65 de ani (peste media pe populație); persoanele de peste 75 de ani prezintă o rețea relațională restrânsă. Interesant este că această situație se întâlnește și la vârsta de 15–24 de ani. Probabil că pentru vârstnic calitatea relațiilor sociale este mai importantă decât cantitatea lor. După 45 de ani, persoanele interogate declară că au un slab **suport instrumental** în anturajul lor²⁹. La fel, calitatea **suportului funcțional** este în legătură cu vârsta: un slab suport funcțional este raportat din ce în ce mai mult o dată cu avansarea în vârstă. Ca și în alte cercetări, persoanele vârstnice califică drept insuficient suportul

²⁷ *Enquête de Santé par Interview*, Belgique 2004, Institut Scientifique de la Santé Publique 2006.

²⁸ *Enquête de Santé*, Belgique, 2001.

²⁹ Indicatorul privea posibilitatea percepută de a primi ajutor de la cei din jur, în caz de nevoie.

instrumental și funcțional, ceea ce sugerează și o nevoie de a fi mai frecvent într-un anturaj.

– **Indicatorii funcționali de suport** se referă, îndeosebi, la funcția și calitatea contactelor sociale. Sunt, mai degrabă, de ordin subiectiv și privesc satisfacția față de relațiile sociale, ajutorul pe care îl oferă anturajul. Principiul este că un bun suport social satisface nevoia de afecțiune, creează un sentiment de securitate, reduce stresul.

Cele două dimensiuni ale suportului social au fost utilizate în cadrul Anchetelor de Sănătate, fiecare fiind măsurată printr-un număr de indicatori. În Belgia, conform rezultatelor anchetei de sănătate³⁰, numărul persoanelor nemulțumite de contactele lor sociale crește o dată cu vârsta.

- Persoanele care au cel puțin o dată pe săptămână contacte sociale cu membrii familiei, prieteni sau cunoștințe reprezintă 7% din populația totală. Numărul celor care nu au astfel de contacte crește odată cu vârsta.

- Participarea la viața asociativă. Procentul celor care nu participă niciodată la activități asociative crește cu vârsta. Acest procent crește de la 28%, pentru intervalul 15–24 ani la 57%, pentru grupul celor mai în vârstă.

- Percepția suportului social. Vârstnicii percep suportul lor social într-o manieră mai negativă decât tinerii, pentru fiecare dintre componente.

Una dintre concluziile certe ale anchetei este că sănătatea socială variază în funcție de vârstă: persoanele vârstnice declară, cel mai adesea, că nu pot conta decât pe un număr limitat de persoane, în caz de nevoie. Trebuie acordată mai multă atenție nevoii specifice de suport social.

În România, INS a urmărit în „Ancheta asupra condițiilor de viață” (ACOV) trei categorii de relații sociale:

- cu rudele cele mai apropiate (părinți și copii), care nu fac parte din gospodăria persoanei intervievate;

- relațiile cu prietenii;

- relațiile cu cei mai apropiați vecini.

- Pensionarii sunt cei care își vizitează, cel mai frecvent copiii;

- Ponderea persoanelor care au prieteni tinde spre o diminuare, o dată cu creșterea vârstei. Totuși, din 100 de persoane de peste 65 ani, 66 declară că au prieteni;

- Cu cât persoana este mai în vârstă, cu atât se vede mai rar cu prietenii (mai puțin de 40% din persoanele de peste 60 ani declară că se întâlnesc cu prietenii).

STIL DE VIAȚĂ SĂNĂTOS

Controlul costurilor îngrijirilor de sănătate se poate realiza prin prevenirea bolilor și schimbarea stilului de viață, pentru a reduce infirmitățile și a prelungi perioada de viață în bună sănătate.

³⁰ *Enquête de Santé par Interview*, Belgique 2004, Institut Scientifique de la Santé Publique, 2006.

Nutriția și activitatea fizică sunt modalități eficiente de a preveni afecțiuni cronice ca arteroscleroza, hipertensiunea, tulburările de metabolism, sindromul osteomuscular și complicațiile lor. Un rol important joacă, îndeosebi, reducerea fumatului și a consumului de alcool.

OMS a publicat o serie de linii directoare privind activitatea fizică, ale cărei efecte benefice asupra diabetului, afecțiunilor cardio-vasculare, hipertensiunii se traduc și prin reducerea cererii de îngrijiri în instituții medicale, a consumului de medicamente, precum și prin păstrarea autonomiei persoanelor vârstnice.

În opinia europenilor, așa cum am constatat, sănătatea este unul dintre factorii care contribuie în cea mai mare măsură la calitatea vieții sau la ameliorarea ei.

Chestionarul administrat³¹ a încercat identificarea stilului de viață al cetățenilor europeni, prima dintre trăsăturile care îl caracterizează fiind **sănătatea**. Subiecții au fost invitați să spună dacă duc o viață sănătoasă (alimentație, exerciții fizice, stres, consum de alcool, fumat), frecvența cu care consultă corpul medical, în ce măsură suferă de o maladie sau de o invaliditate de lungă durată.

– 89% din vârstnicii europeni declară că duc o viață sănătoasă (peste medie, mai mult decât grupele de vârstă tinere);

– 85% din persoanele de peste 55 ani declară că mănâncă echilibrat (peste medie, mai mult decât grupurile de vârstă tinere);

– 35% fac exerciții fizice de cel puțin două ori pe săptămână (sub medie, mai puțin decât tinerii);

– consumul de alcool începe să scadă după 54 ani;

– persoanele de peste 55 ani se declară stesate în proporție de 25%, sub medie, sub nivelul celorlalte categorii;

– 20% din cei peste 55 ani fumează, mai puțin decât celelalte categorii de vârstă;

– consultarea unui medic generalist crește cu vârsta (88%, după 65 ani);

– 49% din vârstnici au consultat un medic specialist în ultimele 12 luni;

– există o relație directă între vârstă și faptul de a suferi o invaliditate de lungă durată (32%, la peste 55 ani, de peste trei ori mai mare decât în cazul celorlalte categorii);

– proporția vârstnicilor care au petrecut cel puțin o noapte în spital în ultimele 12 luni – 19%, față de 10% – 12%, celelalte categorii de vârstă.

● În ceea ce privește **stilul de viață sănătos al vârstnicilor români** doar **renunțarea la fumat** este o atitudine adecvată (doar 5% dintre fumători se încadrează în intervalul 65+.

● Doar 3,5% din persoanele de 50 ani + **practică exerciții fizice** pentru întreținerea sănătății.

● Consumul de băuturi alcoolice are ponderi mari, atât la persoanele de 50–64 ani (42%) cât și la cele de peste 64 ani (30%).

³¹ *Les européens et la qualité de vie*, Eurobarometru, iunie 2000, p. 100–114.

BIBLIOGRAFIE

1. *Baromètre santé*, France, Editions INPES, 2005.
2. Commission des Communautés Européennes, *L'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées: garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière*, Bruxelles, 2001.
3. *Deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement*, Madrid, Nations Unites, 2002.
4. Doumont D., Libion F., Deccache A., *Les personnes âgées et leur santé*, (2è partie), Série de dossiers documentaires, UCL, RESO, 1999.
5. *Enquête de Santé par Interview*, ISSP, Belgique, 2006.
6. *Les attitudes face aux vieillissement et aux personnes âgées*, Commission des Communautés Européennes, Bruxelles, 1993.
7. *Les européens et la qualité de vie*, INRA, 2000.
8. *Santé et alimentation*, Eurobaromètre special, Commission Européenne, 2006.
9. *Vers une Europe pour tous les âgés*, Commission Européenne, Bruxelles, 1999.
10. *Vieillessement, aide et soins de santé en Belgique*, Rapport pour le SPF, 2004.