

Decesele materne pot fi din cauze obstetricale directe, ca rezultat al complicațiilor obstetricale (ale sarcinii, nașterii și lăuziei) sau al tratamentelor și intervențiilor incorect aplicate.

Decesele materne din cauze obstetricale indirecte nu au cauză obstetricală, rezultând dintr-o boală preexistentă sarcinii, sau care a apărut în cursul sarcinii, agravată de modificările fiziologice induse de sarcină.

Statisticile OMS arată că, în lume, mor anual aproximativ o jumătate de milion de femei prin complicații ale sarcinii, nașterii și lăuziei, majoritatea deceselor fiind înregistrate în țările slab dezvoltate și în țările în curs de dezvoltare, unde cele mai frecvente cauze de deces matern le constituie hemoragiile și infecțiile puerperale. În țările cu standard de viață ridicat se înregistrează valori scăzute ale mortalității materne.

Unii autori arată că există subraportări ale fenomenului chiar dacă decesele materne sunt corect înregistrate, motivul fiind clasificarea acestora drept o altă cauză de deces.

În Republica Moldova acest indicator din a. 2001 s-a micșorat de 2,7 ori și constituie 17 la 100 000 de născuți vii în a. 2006.

### 3.1.6.1.3. MĂSURAREA MORTALITĂȚII INFANTILE

**Mortalitatea infantilă** este fenomenul demografic al apariției deceselor înainte împlinirii vârstei de un an în populația născuților vii, într-o perioadă de timp și într-un teritoriu. Unitatea statistică de observare este decesul 0-1 an. Documentele purtătoare de informații sunt certificatele medicale constatatoare ale decesului și fișele decesului 0-1 an.

#### **Tehnicile de măsurare a mortalității infantile pot fi clasificate:**

1. Măsurarea mortalității infantile într-un an calendaristic (abordare transversală):

- rata de mortalitate infantilă;
- ratele corectate de mortalitate infantilă;
- ratele de mortalitate infantilă pe trimestru, semestru, lună;
- ratele speciale de mortalitate infantilă:
  - pe sexe
  - pe grupe de vârstă
  - pe medii
  - pe cauze de deces

2. Măsurarea mortalității infantile pe o generație (abordare longitudinală):

- rata de mortalitate pe generație;
- ratele diferențiale de mortalitate calculate pe o generație – aceleași ca în cazul abordării transversale.

3. Tabele de mortalitate infantilă.

Studiile de mortalitate infantilă pot fi făcute utilizând metoda anchetelor epidemiologice (observaționale – descriptive, analitice caz-control sau pe cohorte, operaționale sau de intervenție). O posibilitate specială de abordare o constituie tehnica bazată pe conceptul de „factori de risc” implicați în generarea decesului 0-1 an.

**Măsurarea și analiza mortalității infantile într-un an calendaristic.  
Rata de mortalitate infantilă.**

Măsurarea și analiza mortalității infantile într-un an calendaristic este modul de evaluare cel mai frecvent întâlnit în statistica sanitară curentă.

Intensitatea fenomenului se măsoară cu ajutorul ratei de mortalitate infantilă ( $RM_{0-1}$ ).

$$RM_{0-1} = \frac{\text{Decedați 0-1 an dintr-un an calendaristic și în teritoriul dat}}{\text{Născuți vii din același an calendaristic și același teritoriu}} \times 1\ 000$$

Principalul **avantaj** al acestei rate este reprezentat de simplitatea calculului.

**Dezavantajul** major reiese din analiza datelor respective după prezentarea într-un grafic Lexis (decesele provin din două generații distincte). Rescriind formula pentru anul A, aceasta devine:

$$RM_{0-1} = \frac{d_1 + d_2}{N_A} \times 1\ 000,$$

unde:

$d_1$  – decedații 0-1 an din anul A proveniți din generația de născuți vii ai anului A,

$d_2$  – decedații 0-1 an din anul A proveniți din generația de născuți vii ai anului A-1,

$N_A$  – născuții vii din anul A,

$d_{0-1}$  – decedații 0-1 an dintr-un an calendaristic provin din născuții vii din două generații diferite.

Deoarece riscul de deces infantil este maxim imediat după naștere și scade pe măsura apropierii de vârsta de 1 an, este evident că în cazul modificării importante a numărului de născuți vii de la un an calendaristic la altul această rată devine necorespunzătoare.

În cazul scăderii importante a numărului de născuți vii în anul A în raport cu anul anterior (A-1), rata de mortalitate infantilă calculată pentru anul A supra-estimează intensitatea fenomenului. Generația de născuți vii ai anului A-1 fiind mare, numărul de decese 0-1 an posibil să se producă în anul A este mare. Nivelul fenomenului în anul A va fi mai mare și aceasta în special pe seama generației de născuți vii ai anului precedent.

Rata mortalității infantile poate fi calculată și după formula lui Rats:

$$RM_{0-1} = \frac{\text{Decedați 0-1 an dintr-un an calendaristic și în teritoriul dat}}{2/3 \text{ născuți vii în anul curent} + 1/3 \text{ născuți vii în anul precedent}} \times 1\ 000$$

**Rata de mortalitate infantilă pe trimestru, semestru, lună.**

Pentru a evidenția variațiile fenomenului cât și reacțiile lui la condițiile climatice și epidemiologice s-a încercat să se calculeze rata de mortalitate infantilă pe perioade mai scurte de 1 an (pe trimestru, semestru, lună).

**Ratele diferențiate de mortalitate infantilă.**

**Rata de mortalitate infantilă pe sexe.**

Rata de mortalitate infantilă la băieți/fete (B/F) exprimă intensitatea apariției deceselor sub 1 an în subpopulația de născuți vii de sex masculin sau feminin.

Este bine cunoscut fenomenul de supramortalitate masculină întâlnit și la acest segment de vârstă.

Rata se calculează raportând decesele 0-1 an de același sex la populația de născuți vii de același sex din aceeași perioadă de timp:

$$RM_{0-1} B/F = \frac{\text{Decedați 0-1 an B/F}}{\text{Numărul de născuți vii B/F}} \times 1\,000$$

**Ratele de mortalitate infantilă pe vârste.**

Riscul de deces al copilului 0-1 an variază în funcție de vârsta lui, dar și cauzele care intervin în producerea deceselor la diverse vârste sunt diferite. Astfel, în primele zile după naștere decesele se datoresc în special cauzelor de mortalitate și morbiditate perinatală și malformații congenitale (cauze preponderent endogene).

În săptămânile 2-4 de viață, la aceste grupe de cauze să adaugă și cauze exogene (infecțiile acute ale aparatului respirator, afecțiunile digestive). După împlinirea vârstei de 1 lună, printre cauzele de deces pe primul loc se situează cauzele exogene (infecțiile, bolile digestive, accidentele etc.).

Modalități de măsurare a fenomenului sunt prezentate în tabelul 37.

Tabelul 37

Fenomenul demografic	Evenimentul demografic	Populația de referință	Modul de măsurare
Mortalitate infantilă	Deces 0-1 an (0-364 zile)	Născuți vii	Rata de mortalitate infantilă
Mortalitate neonatală	Deces 0-27 de zile	Născuți vii	Rata de mortalitate neonatală
Mortalitate neonatală precoce	Deces 0-6 zile	Născuți vii	Rata de mortalitate neonatală precoce
Mortalitate neonatală tardivă	Deces 7-27 de zile	Născuți vii	Rata de mortalitate neonatală tardivă
Mortalitate postneonatală	Deces 28-364 de zile	Născuți vii	Rata de mortalitate postneonatală
Mortinatalitate	Născut mort	Născuți vii	Rata de mortinatalitate
Mortalitate perinatală	Născut mort + deces 0-6 zile	Născuți vii sau născuți vii + morți	Rata de mortalitate perinatală

Formula generală de calcul:

$$\text{Rata} = \frac{\text{Numărul de evenimente demografice specifice fenomenului „X”}}{\text{Populația de referință}} \times 1\,000$$

**Rata de mortalitate infantilă pe cauze** care intervin în producerea decesului 0-1 an poate fi analizată prin calculul unor rate specifice de mortalitate 0-1 an pe cauze.

$$\text{Rata} = \frac{\text{Numărul de decese 0-1 an datorate unei cauze într-o perioadă}}{\text{Numărul de copii născuți vii în acea perioadă}} \times 1\,000$$

**Rata de mortalitate infantilă pe cauze și vârste.**

Calculul se face ținând cont de 2 criterii de grupare (vârsta la deces și cauza).

**Rata de mortalitate infantilă în funcție de rangul născutului.**

Această rată de mortalitate infantilă se calculează mai rar, ea presupune existența distribuției născuților vii în funcție de rangul lor. Ea raportează decesele 0-1 an produse la copii de un anumit rang al născuților vii de același rang.

**Rata de mortalitate infantilă în funcție de rangul născutului.**

$$RM_{0-1} = \frac{\text{Decesele 0-1 an produse la copii de rang „X”}}{\text{Numărul de născuți vii de rang „X”}} \times 1\ 000$$

**Rata de mortalitate infantilă a copiilor legitimi (nelegitimi).**

$$RM_{0-1} = \frac{\text{Decesele 0-1 an produse la copii legitimi}}{\text{Numărul de născuți vii legitimi}} \times 1\ 000$$

**STRUCTURA MORTALITĂȚII PERINATALE ȘI INFANTILE**

În studiul mortalității copiilor de vârstă fragedă (*figura 14*), se disting două clasificări:

1. Clasificarea mortalității perinatale (în jurul nașterii), care include 3 perioade unitare și 2 sumare de timp, cu 5 indicatori respectivi de analiză:

- *perioada antenatală* – de la 28 de săptămâni până la începutul nașterii, cu indicatorul mortalității antenatale;
- *perioada intranatală* – de la începutul nașterii până la sfârșitul ei, cu indicatorul mortalității intranatale;
- *perioada neonatală precoce* cu indicatorul mortalității neonatale precoce.

Pentru *perioadele antenatală și intranatală împreună luate* se calculează indicatorul sumar al mortalității, iar pentru toate 3 perioade – *antenatală, intranatală și neonatală precoce împreună luate* se calculează indicatorul sumar al mortalității perinatale. Mai jos citiți exemplul de calcul al acestui indicator.

$$\text{Rata de mortalitate perinatală} = \frac{\text{Numărul de născuți morți} + \text{numărul de decese 0-6 zile}}{\text{Numărul de născuți vii}} \times 1\ 000$$

2. Clasificarea mortalității infantile, care cuprinde 3 perioade unitare și 2 sumare de timp cu 5 indicatori respectivi de analiză:

- *perioada neonatală precoce* – prima săptămână de viață, cu indicatorul mortalității neonatale precoce;
- *perioada neonatală tardivă* – săptămânile 2,3 și 4, cu indicatorul respectiv al mortalității neonatale tardive;
- *perioada postneonatală* – începând cu luna a doua până la 1 an, cu indicatorul mortalității postneonatale mai rar utilizat.

Pentru *perioadele neonatale precoce și tardivă împreună luate* se calculează indicatorul sumar al mortalității neonatale (nou-născutului), iar pentru toate trei perioade împreună luate (neonatală precoce, tardivă și postneonatală) se calculează indicatorul sumar al mortalității infantile. Exemple de calcul urmăriți mai jos.

$$\text{Rata de mortalitate neonatală} = \frac{\text{Numărul de decese 0 – 27 de zile}}{\text{Numărul de născuți vii}} \times 1\ 000$$

$$\text{Rata de mortalitate neonatală precoce} = \frac{\text{Numărul de decese 0 – 6 zile}}{\text{Numărul de născuți vii}} \times 1\ 000$$

$$\text{Rata de mortalitate neonatală tardivă} = \frac{\text{Numărul de decese 7 – 27 de zile}}{\text{Numărul de născuți vii}} \times 1\ 000$$

$$\text{Rata de mortalitate postneonatală} = \frac{\text{Numărul de decese 28-364 de zile}}{\text{Numărul de născuți vii}} \times 1\,000$$

$$\text{Mortalitatea infantilă pe cauze medicale de deces} = \frac{\text{Numărul de decese 0-1 an din cauza „X”}}{\text{Numărul de născuți vii în perioada dată}} \times 1\,000$$

Figura 14

**Schema clasificării mortalității perinatale și infantile**

<b>Mortinatalitate</b>																
Mortalitate antenatală	Mortalitate intranatală	Mortalitate neonatală precoce														
<b>Mortalitate perinatală</b>																
28-40 de săptămâni	nașterea	săptămâna I	săptămâna II	săptămâna III	săptămâna IV	luna II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	luna XII (1 an)
		<b>Mortalitatea infantilă (de la 0 (naștere) până la 1 an)</b>														
		<b>Mortalitate neonatală</b>					<b>Mortalitate postneonatală</b>									
		Mortalitate neonatală precoce					Mortalitate neonatală tardivă									

Justificarea acestor indicatori constă în variabilitatea riscului de deces al copilului sub un an, în funcție de grupa de vârstă, precum și de cea a cauzelor care determină producerea decesului la diferite vârste în intervalul 0-1 an.

Astfel, perioada neonatală este dominată de o cauzalitate endogenă: afecțiuni respiratorii, digestive, cardiovasculare, congenitale, prematuritate.

Pentru mortalitatea neonatală precoce, cauzele de deces sunt: hipoxie, anoxie, malformații congenitale, prematuritate, leziuni obstetricale.

Mortalitatea postneonatală este dominată de o cauzalitate exogenă: afecțiuni respiratorii, boli infecțioase, accidente în mediul casnic, boli digestive, boli ale sistemului nervos central, boli ale organelor de simț.

Pentru țările cu standardul de viață ridicat, majoritatea deceselor sub un an se produc în prima lună de viață, având drept cauză anomaliile congenitale.

De asemenea, se poate calcula letalitatea (indice de structură) pe cauze medicale de deces și grupe de vârstă.

### **Factorii de risc ai mortalității infantile.**

Mortalitatea infantilă este un indicator demografic cu determinism plurifactorial, care oferă date privitoare la standardul de viață al unei societăți. Pentru a scădea mortalitatea infantilă într-un teritoriu, este necesar să fie identificați principalii factori de risc. Aceștia se clasifică în:

- 1) *Factori endogeni care țin de mamă*
  - vârsta mamei (sub 19 ani și peste 35 de ani);
  - paritatea (risc crescut pentru primul nou-născut);
  - avorturi anterioare;
  - caracteristicile fizice ale mamei, care se referă la talie și greutate (talie mai mică de 150 cm, greutatea mai mică de 45 de kg);
  - patologie generală: diabet, boli cardiovasculare, tuberculoză, afecțiuni respiratorii în primul trimestru de sarcină;
  - patologie obstetricală - toxemia gravidității;
  - accidente în timpul nașterii – *placenta praevia*.
- 2) *Factori endogeni care țin de copil*
  - sexul masculin;
  - rangul născutului;
  - greutatea mică la naștere;
  - vârsta (primul trimestru);
  - handicapuri biologice: malnutriția protein-calorică, anemie, malnutriție, rahitism, malformații congenitale, indice APGAR mic la naștere, infecții.
- 3) *Factori exogeni*
  - intoxicații;
  - accidente;
  - factori de mediu;
  - asistența medicală adresată mamei și copilului.
- 4) *Factorii care țin de familie*
  - familia dezorganizată;
  - familia cu domiciliu instabil;
  - starea civilă a mamei (mamă necăsătorită);
  - alimentația incorectă (calitate, cantitate);
  - venitul familiei;
  - condițiile de locuit necorespunzătoare (locuință insalubră);
  - nivelul de educație scăzut al mamei;
  - promiscuitatea;
  - vagabondajul;
  - existența de bolnavi cronici în familie;
  - familia în primul an de căsnicie datorită experienței scăzute în creșterea copiilor.
- 5) *Factori demografici*
  - planificarea familială (mortalitate infantilă crescută pentru copiii care nu sunt doriți);
  - variații în evoluția natalității și a fecundității.
- 6) *Factori economico-sociali și de mediu*

Se consideră că în modelul de mortalitate, serviciile de sănătate intervin cu o pondere de 10%.

În Republica Moldova mortalitatea infantilă are tendința de descreștere și către anul 2006 constituie 118 la 1 000 născuți vii. Structura și dinamica mortalității infantile sunt prezentate în tabelele 38 și 39.

Tabelul 38

**STRUCTURA MORTALITĂȚII INFANTILE  
CONFORM CAUZEI DECESULUI (%) a. 2000**

N/o	Cauzele decesului	Rata în %
1	Afecțiunile a căror origine se plasează în perioada perinatală	34,2
2	Malformații congenitale și cromozomiale	30,3
3	Bolile aparatului respirator	15,8
4	Bolile infecțioase și parazitare	6,0
5	Leziuni traumatice și otrăviri	8,6
6	Bolile sistemului nervos	1,5
7	Alte cauze	3,6

Tabelul 39

**Mortalitatea perinatală, neonatală și maternă  
(fără raioanele de Est ale Republicii Moldova)**

Anii	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Mortalitatea perinatală la 1 000 de născuți vii și morți	13,9	15,2	14,7	13,1	11,4	11,2	11,5
Mortinatalitatea la 1 000 de născuți vii și morți	6,9	6,8	7,7	6,9	5,9	5,8	5,9
Mortalitatea neonatală precoce la 1 000 de născuți vii	7,1	8,5	7,1	6,3	5,6	5,4	5,7
Mortalitatea neonatală la 1 000 de născuți vii	9,3	10,7	8,7	7,8	7,4	6,9	7,5
Mortalitatea maternă la 100 mii de născuți vii	28,6	27,1	43,9	28,0	21,9	23,5	18,6

Indicii orientativi pentru aprecierea nivelului mortalității infantile sunt:

- nivelul jos – până la 30,0 ‰
- nivelul mediu – de la 30,0 până la 50,0 ‰
- nivelul înalt – mai mult de 50,0 ‰

**Mortinatalitatea.**

Este rata născuților morți raportată la totalul de născuți vii + născuți morți.

$$\text{Mortinatalitatea} = \frac{\text{Numărul de născuți morți}}{\text{Numărul de născuți vii} + \text{născuți morți}} \times 1\ 000$$

Unitatea de observare este născutul mort, care este definit ca fiind reprezentat de absența semnelor de viață pentru un produs de concepție ce provine dintr-o sarcină a cărei vârstă este mai mare de 28 de săptămâni, are o talie mai mare de 35 de cm și o greutate mai mare de 1 000 gr.

**Mortalitatea sub 5 ani (mortalitatea primei copilării).**

Decesele până la 11 luni 29 zile, și de la 1 an până la 4 ani sunt înregistrate de către indicatorul „mortalitatea primei copilării” și nu se includ în indicatorul de mortalitate generală. Mortalitatea sub 5 ani se calculează conform formulei:

$$\text{Mortalitatea sub 5 ani} = \frac{\text{Numărul de decese 1-5 ani}}{\text{Numărul de copii 1-5 ani}} \times 1\,000$$

Este un indicator de evaluare a stării de sănătate a unei populații.

În țările cu un nivel scăzut al stării de sănătate se înregistrează valori crescute pentru acest segment populațional.

În republica Moldova acest indicator comparativ cu anul 1993 s-a micșorat de 2 ori și constituie 14,0 la 1 000 de născuți vii în anul 2006.

Cele mai frecvente cauze de deces pentru mortalitatea 1-5 ani, în țările unde se înregistrează o mortalitate scăzută a primei copilării, o reprezintă accidentele, anomaliile congenitale și tumorile. În țările unde mortalitatea primei copilării este crescută, drept cauze de deces sunt citate afecțiunile respiratorii și accidentele.

Slaba pregătire pentru meseria de părinte, lipsa unei preocupări serioase din partea familiilor pentru sănătatea propriilor copii, și nu lipsa de timp este cauza nesupravegherii acestor copii, cum s-ar părea și implicit, de producerea deceselor pentru acest segment populațional vulnerabil.

#### 3.1.6.1.4. DURATA MEDIE A VIEȚII

Este un indicator sintetic al stării de sănătate a populației, condiționat de următorii factori:

- nivelul de trai;
- stilul de viață defavorabil sănătății;
- alimentația;
- factorii sociali și economici.

Durata medie a vieții (DMV) este reprezentată de numărul mediu de ani, pe care i-ar avea de trăit o persoană dintr-o anumită generație, în condițiile modelului de mortalitate specifică pe grupe de vârstă și pentru o perioadă de timp. În Republica Moldova în perioada aa. 2000 - 2005 DMV este prezentată în *tabelul 40*.

*Tabelul 40*

**Durata medie a vieții în Republica Moldova**

Anii	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ambele sexe	67,6	68,2	68,1	68,1	68,4	67,8
Bărbați	63,9	64,5	64,4	64,5	64,5	63,8
Femei	71,2	71,8	71,7	71,6	72,2	71,7

În România, DMV este de 71,19 ani (67,69 ani pentru bărbați și 74,84 ani pentru femei).

Cele mai mici valori ale DMV se înregistrează în țările Africii de Sud din preajma Deșertului Sahara (40 ani).

La ora actuală, națiunea cea mai longevivă este Japonia (77,9 ani pentru bărbați și 84,7 ani pentru femei), DMV fiind de 83 ani.

#### **Sporul natural.**

Sporul natural prezintă grupa a patra de indicatori, care caracterizează reproducerea populației.

*Sporul natural = Rata natalității – Rata mortalității generale.*

În Republica Moldova sporul natural are tendința de descreștere din a. 1985, iar din anul 1999 acest indicator are valoarea negativă (*tabelul 35*).



### 3.1.6.2. MIȘCAREA MECANICĂ (MIGRATORIE) A POPULAȚIEI

Prin mișcare migratorie a populației se înțelege mobilitatea spațială și geografică a populației, care este însoțită de schimbarea definitivă a domiciliului stabil între două unități administrativ-teritoriale bine definite.

Există o **migrare externă (internațională)** – ce constă în schimbarea domiciliului stabil între două țări - și o **migrare internă** – ce constă în schimbări definitive de domiciliu realizate în cadrul aceleiași țări.

Cea mai frecventă modalitate de migrare internă este cea din mediu rural în cel urban. Mișcarea migratorie (mecanică) se măsoară prin următorii indicatori:

$$\text{Indicatorul de imigrare} = \frac{\text{Numărul de locuitori sosiți definitiv într-un an}}{\text{Numărul de locuitori la 1 iulie}} \times 1\,000$$

$$\text{Indicatorul de emigrare} = \frac{\text{Numărul de locuitori plecați definitiv într-un an}}{\text{Numărul de locuitori la 1 iulie}} \times 1\,000$$

$$\text{Sporul (deficitul) migrator} = \text{Imigrarea} - \text{Emigrarea}$$

Indicatorul, care caracterizează dinamica populației într-un an calendaristic, se numește **Sporul anual** = **Sporul natural** + **Sporul migrator**.

### 3.1.7. ÎMBĂTRÂNIREA POPULAȚIEI. ELEMENTE DE GERONTOLOGIE MEDICO-SOCIALĂ

Unul din atributele esențiale ale epocii pe care o parcurgem îl constituie creșterea continuă, absolută și procentuală a persoanelor vârstnice în componența populației. Acest important fenomen demografic se datorează modificărilor înregistrate de evoluția principalilor indicatori ai mișcării naturale a populației – natalitatea și mortalitatea – caracterizați printr-o tendință constantă de scădere a natalității și fertilității, pe de o parte, și prin scăderea mortalității generale (dar mai ales a mortalității infantile, a copiilor și adulților tineri), pe de altă parte, fenomen cunoscut sub denumirea de „tranziție demografică”.

Considerată inițial ca un fenomen specific țărilor înalt dezvoltate, îmbătrânirea demografică tinde să devină o problemă și a țărilor în curs de dezvoltare.

Procesul de îmbătrânire a populației se datorează îndeosebi scăderii natalității – îmbătrânirea „de bază” și mai puțin creșterii duratei medii a vieții – îmbătrânirea „de vârf”, noțiunile referindu-se la baza și vârful piramidei vârstelor. Asistăm deci, în țările avansate, la fenomenul „răsturnării piramidei vârstelor”. Inițial, acest fenomen a apărut și s-a dezvoltat în țările din Europa Occidentală și Centrală, pentru ca după cel de-al doilea Război Mondial să se manifeste și în Europa de Est, SUA, Japonia, Noua Zeelandă, Australia etc.

Fenomenul îmbătrânirii demografice se evaluează cantitativ prin proporția populației de 60 de ani și peste (în %) din totalul populației. Numărul persoanelor vârstnice a crescut în lume fără încetare – de la mai puțin de 100 milioane înainte de cel de-al doilea Război Mondial la peste 200 milioane în anul 1950, apoi cca 460 milioane în 1990 și 590 milioane în anul 2000. În perspectivă se estimează, că această grupă de populație va continua să sporească, atingând 1,2 miliarde în 2025, ceea ce va reprezenta 14% din totalul populației Globului.

Se manifestă o corelație directă între nivelul indicilor de îmbătrânire demografică și nivelul dezvoltării social-economice. Astfel, în țările în curs de dezvoltare se observă niveluri scăzute ale îmbătrânirii populației, ponderea persoanelor vârstnice fiind în general sub 5%, în timp ce țările dezvoltate înregistrează indici de îmbătrânire demografică de peste 15%.

Conform datelor ONU (2000), proporția populației de 65 de ani și peste din total înregistra în țările europene valorile cele mai ridicate în: Suedia (17,5%), Italia (17,3%), Bulgaria (16,0%), Grecia (16,7%), Norvegia (15,7%), Spania, Belgia și Germania (15,9%), Marea Britanie (15,4%), iar cele mai scăzute niveluri de îmbătrânire a populației se înregistrau în Malta (11,9%), Rusia (12,6%), România (13,0%), Estonia (14,2%), Lituania (14,4%), Ungaria (14,5%).

În Republica Moldova fenomenul îmbătrânirii demografice a constatat o tendință de creștere continuă a ponderii persoanelor vârstnice, care în a. 1939 a constituit 6,1%, în 1990 atingând nivelul de 12,3%, în 1999 12,7%, iar în 2005 alcătuind deja 13,2%.

Referindu-ne la țările economic dezvoltate, se estimează – cu foarte puține excepții – o accentuare a procesului de îmbătrânire demografică. Dacă în 1980 numărul țărilor, care depășeau nivelul de 20% vârstnici din totalul populației, era redus (doar Suedia și Norvegia), spre anul 2000 numărul lor a crescut considerabil: Elveția, Germania, Suedia, Italia, Belgia, Grecia, Australia, Bulgaria, Danemarca, Ungaria, România, Rusia, Ucraina, Estonia și altele. Cu unele excepții, îmbătrânirea populației se va accentua simțitor și în țările cu nivel de dezvoltare mai scăzut.

În cursul dezvoltării istorice a omenirii, creșterea duratei medii a vieții a fost continuă, însă cu un ritm extrem de lent. Progrese spectaculoase au loc în secolul al XX-lea, ajungându-se astăzi (după datele ONU) la o valoare medie de 60 de ani pentru populația mondială, de 73 de ani – pentru țările dezvoltate și de 57 de ani – pentru țările în curs de dezvoltare. Se constată, astăzi, în lume o tendință de reducere a diferențelor dintre țări și continente în ceea ce privește durata medie a vieții, cu toate că acestea sunt încă simțitoare.

Țările, care prezintă cele mai ridicate valori ale duratei medii a vieții (speranței de viață), pentru perioada anilor 1996–2000 sunt prezentate în *tabelul 41*. Pentru comparație în tabel sunt prezentate și datele pe Republica Moldova și Rusia.

*Tabelul 41*

**Durata medie a vieții în diferite țări în perioada anilor 1996–2000**

Țara	Ambele sexe	Bărbați	Femei
Suedia	79,29	75,2	82,9
Franța	79,24	74,9	82,7
Spania	78,71	73,6	80,6
Norvegia	78,37	73,9	81,4
Australia	78,32	73,7	81,1
Olanda	78,11	73,8	80,9
Germania	77,84	73,2	80,1
Anglia	77,54	72,6	79,7

Finlanda	77,05	73,6	80,7
Danemarca	75,88	71,7	77,9
Irlanda	75,88	71,6	77,2
Austria	75,8	72,5	79,3
Portugalia	75,37	71,2	77,4
România	70,6	67,6	74,1
Moldova	67,6	63,9	71,2
Rusia	66,0	63,2	68,5

În același timp însă unele țări din Africa înregistrează valori ale duratei medii a vieții de numai 47 de ani.

Durata vieții este, de obicei mai scăzută la bărbați, ca urmare a „supramortalității masculine”, fenomen, care se manifestă la toate vârstele. Din această cauză, discrepanța dintre durata medie a vieții la cele două sexe tinde să se majoreze, ajungând chiar la valori de 9 ani. În Republica Moldova această diferență în a. 2005 a fost de 7,4 ani.

Evoluția speranței de viață la naștere în Republica Moldova în ultimii 40 de ani este prezentată în *tabelul 42*.

După cum se constată, în ultimele trei decenii, durata medie a vieții în Moldova a rămas aproape constantă, atât din cauza evoluției necorespunzătoare a mortalității infantile, cât și din cauza evoluției nefavorabile a nivelului mortalității pe vârste.

În condițiile îmbătrânirii populației se manifestă o tendință de creștere a mortalității generale brute, deoarece vârstnicii au o mortalitate specifică ridicată.

*Tabelul 42*

**Durata medie a vieții în republica Republica Moldova**

Anii	Ambele sexe	Bărbați	Femei
1958	68,0	66,0	70,0
1984	65,5	62,0	69,0
1987	67,8	64,3	71,3
1989	68,9	65,5	72,3
1991	67,7	64,3	71,0
1995	65,9	62,4	69,3
1997	66,7	63,5	70,2
2000	67,6	63,9	71,2
2001	68,2	64,5	71,8
2002	68,1	64,4	71,7
2003	68,1	64,5	71,6
2004	68,4	64,5	72,2
2005	67,8	63,8	71,7

Prin sporirea mortalității generale, în condițiile unei reduceri evidente a natalității, fenomenul de îmbătrânire demografică exercită o influență nefavorabilă asupra reproducerii populației și a sporului natural.

Dacă speranța de viață a crescut la naștere (0 ani), speranța de viață la vârstele copilăriei și la adulții tineri crește foarte lent, iar la vârstele înaintate se constată o tendință de stagnare sau chiar de descreștere a acestui indicator, mai cu seamă la bărbați. Fenomenul se observă în toate țările avansate și prin aceasta se pare că progresele privind creșterea duratei medii a vieții, în aceste țări, sunt tot mai greu de obținut. Cauzele constau în mortalitatea prin boli cardiovasculare, cancer și alte boli degenerative, deosebit de redutabile, favorizate de o serie de factori de risc existenți în societățile avansate.

Evident, procesul de îmbătrânire demografică, ca proporție, ca greutate specifică, va rămâne și în continuare mult mai accentuat în țările puternic dezvoltate, însă – sub raport cifric, numeric – volumul vârstnicilor va fi mult mai mare în țările în curs de dezvoltare (care în anul 2000 au constituit aproximativ  $\frac{4}{5}$  din populația totală a Globului, față de numai  $\frac{1}{5}$  în țările avansate). Astfel, s-a constatat, că în anul 2000 aproximativ  $\frac{2}{3}$  din persoanele de 60 de ani și peste au trăit în țările în curs de dezvoltare, față de numai  $\frac{1}{2}$  în anul 1960. În aceste condiții, rezolvarea problemelor medico-sociale ale populației vârstnice va fi extrem de actuală în toate țările lumii. În plus, vor fi confruntate mult mai serios cu această problemă țările în curs de dezvoltare, adică tocmai acele țări care trec în prezent printr-o serie de dificultăți economice, sociale, politice, care le diminuează cu mult șansele de aplicare a unor strategii de protecție a populației vârstnice.

Dacă proporția vârstnicilor, considerați în general, a sporit în mod apreciabil, nu se poate spune același lucru despre longevivi, și mai cu seamă, despre marii longevivi și centenari. În marea majoritate a țărilor avansate proporția persoanelor peste 85, 90 sau 100 de ani din totalul populației este în scădere. De asemenea, vârsta medie de deces a persoanelor vârstnice a crescut foarte lent sau chiar a stagnat. Se pare că longevitatea nu este favorizată de condițiile de mediu existente în societatea modernă; procesele fără precedent, realizate pe cele mai diverse planuri în țările dezvoltate, nu au reușit să ridice plafonul maxim al vieții populației sau să crească semnificativ proporția persoanelor care se apropie de limita maximă posibilă a vieții omului.

Scăderea impresionantă a mortalității infantile, a copiilor și a adulților a determinat într-adevăr o creștere considerabilă a numărului persoanelor care reușesc să atingă limitele inferioare ale vârstelor înaintate (stabilite demografic la 60 sau 65 de ani). În ceea ce privește, însă, supraviețuirea în continuare a acestor vârstnici (mult mai numeroși decât înainte) nu s-au înregistrat progrese deosebite, aceștia decedând cam la aceleași vârste ca și cu decenii în urmă. Astfel, creșterea duratei medii a vieții nu trebuie interpretată ca un indiciu că viața naturală a oamenilor a fost prelungită, ci aceasta înseamnă, pur și simplu, că – grație realizărilor medicinei și ale progresului social – prin scăderea mortalității premature (precoce), numărul și proporția persoanelor care reușesc să atingă cea de a treia vârstă este în creștere.

Cercetările efectuate asupra familiilor de longevivi au scos în evidență rolul jucat de ereditate în această privință. De asemenea, numeroși autori au studiat în detalii condițiile de mediu și de viață în regiunile Globului unde există condiții propice longevității umane, condiții care favorizează atingerea de către numeroși oameni a unor vârste foarte apropiate de limita maximă a vieții, cum ar fi: valea Vilcabamba (Ecuador), Hunza (Cașmirul pakistanez), Abhazia (Georgia), Siberia

Orientală, delta Dunării, munții Vrancei ș.a. Condițiile naturale și stilul de viață favorabil acestui fenomen sunt: puritatea aerului, blândețea climatului, numărul mare de zile însorite, absența tensiunii nervoase, regimul alimentar echilibrat, munca la aer liber etc. Ch.W.Hufeland consideră că sunt favorabile longevității: agricultura, grădinăritul, vânatoarea, pescuitul, viața de călugăr, marinar și militar.

După Bastide, există două „plafoane” ale longevității: unul ar fi 77 de ani, vârsta medie a celor al căror deces este atribuit senilității, iar un al doilea plafon, care constituie la ora actuală durata maximă posibilă a vieții, se situează la 120 ani.

La persoanele, care intră în perioada bătrâneții, starea vaselor are o importanță deosebită. Pentru a atinge vârsta de 100 ani trebuie ocolite cele trei mari obstacole: deficiențele vasculare, cancerul și bolile respiratorii acute, frecvent întâlnite la bătrâni. Cu toate că durata vieții individuale este „programată” genetic, o medicină și o igienă bine condusă ameliorează simțitor numărul de ani trăiți și, mai ales, calitatea acestora.

Problema îmbătrânirii, a limitelor naturale ale vieții preocupă omenirea încă din cele mai vechi timpuri și pe cele mai diverse planuri: biologic, social, filozofic, etic etc. Ea capătă astăzi o însemnătate crescândă, angajând variate sectoare ale vieții sociale, deoarece omenirea este din ce în ce mai cointereseată în rezolvarea problemelor multiple și complexe pe care le ridică vârstnicii, contingent de populație în continuă creștere. Preocupările privind bătrânețea, sub diversele și pasionatele ei fațete, precum și implicațiile ei asupra celor mai variate domenii de activitate umană, au atins o amploare fără precedent. Ele interesează, în mare măsură, specialiști din diverse domenii de preocupări, care activează adesea sub forma unor colaborări și integrări multidisciplinare: medici, biologi, sociologi, demografi, economiști, juriști, statisticieni, psihologi, arhitecți, urbaniști, lucrători din domeniul protecției sociale etc. Problematika vârstnicilor a devenit astfel un element important al politicii social-sanitare și demografice a fiecărui stat. În ultimele decenii a fost elaborată – prin contribuția savanților din numeroase țări – o metodologie complexă de cercetare, sub toate aspectele, a fenomenului îmbătrânirii populației și s-a pus la punct un aparat de investigații tot mai perfecționat și mai științific. Au luat ființă numeroase institute și centre de studiu specializate, iar bibliografia și documentarea în domeniul gerontologiei au atins cote impresionante.

Procesul de îmbătrânire demografică are numeroase consecințe și implicații. Astfel, modificarea raportului dintre populația activă și cea pasivă determină o creștere a populației dependenților, pe seama adulților neproducători, fenomen care creează probleme dificile de ordin medical și social-economic pentru familie, comunitate și societate. Raportul de dependență a crescut, în Moldova, de la 10,1 vârstnici, care reveneau la 100 de persoane de vârstă adultă (15–59 de ani) în 1939, la 23,0% în anul 1990 și la 21,6% în anul 2000. Creșterea ponderii populației vârstnice în țara noastră a fost însoțită de o îmbătrânire demografică a populației presenescențe active (45 de ani și peste). Față de anul 1939, în 2000, ponderea acestei grupe din totalul populației active (15–59 de ani) a crescut simțitor: de la 18,4% la 27,6%, ceea ce denotă o „îmbătrânire” a forței de muncă. Îmbătrânirea demografică a populației totale și a celei presenescențe, de vârstă activă, își relevă caracterul nefavorabil prin consecințele pe care le generează, în primul rând, pe plan economic. Din acest punct de vedere, se constată o scădere a volumului și o depreciere a cali-

tății forței de muncă, îndeosebi în agricultură, unde, din cauza migrației, populația este puternic îmbătrânită și feminizată.

Importante consecințe generează procesul de îmbătrânire a populației pe planul protecției sociale și al asistenței medicale persoanelor vârstnice, care reprezintă cel mai numeros grup de populație ca adresabilitate, fiind în același timp categoria populațională în rândul căreia modificările de vârstă produc creșteri importante ale mortalității, morbidității și invalidității, și la care se produce tranziția de la patologia infecțioasă specifică vârstelor tinere la patologia cronică degenerativă a vârstelor înaintate. Îmbolnăvirile la vârstnici au o prevalență ridicată, manifestând o accentuată tendință la cronicizare și la boli asociate. Nu mai este nevoie de argumentat consecințele grave pe care le antrenează bolile cronice, care ating cu precădere persoanele de vârstă avansată și necesită măsuri speciale, dificile, de prevenire și combatere. Predominanța patologiei cronice în societatea modernă se datorează, pe de o parte, modificărilor survenite în structura pe vârste a populației (vârstnicii devenind din ce în ce mai numeroși), cât și unor factori ai mediului și modului de viață actual, care generează o serie de factori cauzali și de risc răspunzători de profilul morbidității în țările dezvoltate: excesul și dezechilibrele alimentare, sedentarismul, obezitatea, alcoolismul, tabagismul, polipragmazia, drogurile, stresul psihic, poluarea mediului înconjurător etc. Consecințele acestora se vădesc în mod deosebit la vârstele înaintate, motiv pentru care – în prezent – perspectivele de creștere în continuare a duratei medii de viață în țările puternic dezvoltate, care au redus la minimum mortalitatea „prematură”, sunt destul de reduse.

Morbiditatea populației vârstnice, dominată de bolile cronice și degenerative, generează probleme noi și dificile privind asistența medicală și socială „armatei” tot mai numeroase a bătrânilor. Astfel, în condițiile îmbătrânirii populației, cresc solicitările și nevoile de asistență medicală, apar noi probleme de patologie, diagnostic și terapie, se diversifică gama măsurilor preventive. Vârstnicii reprezintă un adevărat „inventar de morbiditate”, acumulată de-a lungul vieții, necesitând de aceea un ridicat „consum” medical, îngrijiri multiple și specializate, care ar îmbina latura medicală cu cea socială. Într-o serie de țări s-au experimentat și elaborat, în ultimele decenii, numeroase forme și metode organizatorice pentru asistența medico-socială a vârstnicilor, date fiind caracteristicile lor specifice de patologie, ținând seama, în același timp, de trăsăturile psihologice și problemele sociale pe care le ridică aceștia, remarcându-se însă o mare varietate de concepții și soluții.

Sănătatea și capacitatea funcțională a vârstnicilor, diferită în raport cu vârsta acestora, reprezintă unul dintre obiectivele majore ale politicii sociale și sanitare. În numeroase societăți industrializate cheltuielile pentru asistență medico-socială nu numai că au crescut, dar și au depășit ritmul de creștere al produsului social brut. De asemenea, în multe țări dezvoltate cheltuielile pentru asistență medicală acordată vârstnicilor constituie aproape jumătate din totalul alocărilor pentru asistență medicală, în unele cazuri ajungând chiar la  $\frac{2}{3}$  din total. Se consideră că aproape  $\frac{1}{3}$  din persoanele de 75 de ani și peste necesită aplicarea unor măsuri de protecție și asistență socială, mai ales în legătură cu rezolvarea problemelor de viață cotidiană. Odată cu vârsta crește și numărul handicapărilor care necesită ajutor casnic sau instituționalizat.

În condițiile specifice vieții contemporane, de transformări esențiale și rapide, care definesc lumea de astăzi, rolul și locul bătrânului în familie și comunitate, au

suferit importante modificări. Imaginea anacronică, oarecum literaturizată a celui bătrân stereotip, înțelept, senil, venerat, a celui „pater familias”, proprietarul întregii averi a familiei, într-o societate compusă din foarte mulți copii și tineri și foarte puțini bătrâni, apare total desuetă. Numărul tot mai mare al vârstnicilor, modificarea poziției lor familiale, posibilitatea apariției unor stări conflictuale între generații coexistente pe scena vieții sociale și familiale necesită un efort de adaptare reciproc din partea tuturor membrilor familiei, dar mai cu seamă din partea vârstnicilor.

Supraadăugarea consecințelor invalidante ale bolilor cronice la limitările fiziologice datorate vârstei înaintate determină scăderea capacității de muncă și a posibilităților de autoservire ale bătrânului, generând numeroase și complicate probleme de natură socială ca: nevoi de îngrijire medicală, de întreținere materială, de îngrijire personală a vârstnicilor etc.

În mediul urban, mai ales, un moment cu o semnificație deosebită este cel al pensionării, al încetării activității profesionale, care determină variate perturbări de ordin social, familial și personal. În perioada imediat următoare pensionării au loc, într-o măsură mai mare sau mai mică, la fiecare persoană vârstnică, o serie de modificări importante legate de schimbarea modului de viață, de întreruperea uneori bruscă, nepregătită psihologic, a relațiilor de muncă, de schimbare a poziției și statutului vârstnicului în cadrul familiei și al grupului social. Acestea pot lua, uneori, forma unor tulburări grave, caracterizate prin apatie, stări depresive, tendință la izolare ș.a. Dacă, după pensionare, omul rămâne fără o ocupație concretă, teama de a trăi inutil și lipsa de speranță îi diminuează dorința firească de a trăi, fapt ce explică unele constatări statistice, care arată o mortalitate mai mare la subiecții pensionați, îndeosebi în primii 5 ani după pensionare. Conform opiniei sociologilor, persoanele vârstnice trebuie să se mențină într-o stare de sănătate cât mai bună, pe de o parte în interesul lor propriu, iar pe de altă parte, și în interesul general al comunității. Bătrânul poate și trebuie pus în valoare în cadrul vieții sociale ca „un element structural, solid și necesar” (S. Eitner). Desprindem, de aici, sarcini importante ale gerontologiei sociale în problemele pregătirii pentru pensionare și elaborarea unor forme integrative de utilizare a capacității restante de muncă a vârstnicilor în interesul societății, al menținerii stării de utilitate socială și al buneii stări de sănătate a acestora.

Studiile privind capacitatea de muncă a vârstnicilor, orientarea și reorientarea lor profesională prezintă astăzi o deosebită însemnătate și actualitate; ele au arătat că vârstnicii reacționează în mod diferit la actul pensionării. Anchetele de opinie, studiile psiho-sociologice efectuate în numeroase țări au arătat că mulți pensionari ar fi doriți să-și continue activitatea. Uneori actul pensionării s-a dovedit a fi stresant, determinând tensiuni și conflicte în cadrul familiei și exercitând efecte nefavorabile asupra sănătății vârstnicilor și a îngrijirii acestora care, cumulate cu inactivitatea, grăbesc desfășurarea procesului de îmbătrânire. Cercetările efectuate au arătat că adeseori, la vârstnici, experiența acumulată în profesie compensează capacitatea fizică diminuată, iar spiritul de analiză și de răspundere mărește eficiența muncii. De asemenea, studiile au arătat că fluctuațiile, absenteismul și accidentele de muncă au o pondere mai mică la vârstnici, comparativ cu tinerii.

În acest sens, este foarte important să se estimeze care sunt posibilitățile de utilizare eficientă a populației vârstnice, a capacităților creatoare și a experienței

acestora la realizarea unei largi game de servicii, de interes stringent pentru familie și societate. Gerontologia medico-socială militează pentru o bătrânețe activă, care reprezintă unul dintre factorii favorizanți ai sănătății și longevității vârstnicilor.

La bătrânii din mediul rural problemele analizate mai sus apar cu o frecvență mult mai mică. Aceștia trec cu ușurință „granițele” perioadei active formale, deoarece pot continua munca fără nici o restricție, dacă doresc și dacă le permite sănătatea. Însă, la vârstnicii din mediul rural se constată situații dificile, legate de transformările sociale care au avut loc în ultimele decenii. Astfel, se constată profunde modificări în structura familiei rurale, din cauza migrării masive a tinerilor la orașe. Acestea au avut importante consecințe medico-sociale și economice asupra familiei și asupra vârstnicilor din mediul rural, care rămân adesea singuri, fapt care creează mari dificultăți în întreținerea și îngrijirea bătrânilor de la sate, pentru care însă nu funcționează forme organizate de asistență socială.

Una dintre cele mai discutate probleme de ordin social o reprezintă cea a modului de asigurare a calității vieții vârstnicului. Tendința care se manifestă astăzi în țările europene (puternic confruntate cu fenomenul îmbătrânirii populației) este de a se evita pe cât este posibil internarea vârstnicului în spital sau azil, prin asigurarea condițiilor de viață la domiciliu, chiar în absența adulților susținători. Ponderea ridicată a bătrânilor care trăiesc singuri, mai cu seamă în mediul rural, impune necesitatea organizării unor forme corespunzătoare de ajutor diferențiat la domiciliu, prin elaborarea unor forme adecvate de asistență medicală, a diferitor forme de servicii sociale.

Odată trecut „pragul” de 75 de ani, decesul vârstnicului este înlocuit astăzi (prin creșterea duratei medii de viață) de boală cronică, de invaliditate și chiar de infirmitate. „Tributul” plătit de societate prelungirii vieții îl constituie sarcina tot mai grea reprezentată de bătrâni și de pensionari, necesitatea unor investiții și cheltuieli pentru satisfacerea nevoilor medicale și sociale ale acestora, a unor preocupări pentru a se organiza în așa fel viața bătrânilor, încât să se evite izolarea și decompensările psihice, marginalizarea, pentru a li se asigura o bătrânețe activă și demnă.

Pe lângă asigurarea materială, nu este lipsită de importanță și problema respectului pentru vârstnic, asigurarea prestigiului său social și familial. De aceea este importantă cultivarea încă de la vârstele copilăriei a sentimentului de răspundere, de grijă, de delicatete și simpatie față de bătrâni. Nevoia de a ajuta un vârstnic, de a-i face un serviciu fără a-l jigni, de a-i îndeplini o rugămintă trebuie să se impună în cadrul eticii și comportamentului tinerei generații. Este necesară, deci, inițierea unor acțiuni de educație sanitară geronto-geriatrică a populației, pentru că tinerii de astăzi sunt bătrânii de mâine. Stadiul de civilizație al unui popor poate fi apreciat și prin modul în care societatea reușește să rezolve în mod favorabil problemele multiple și complexe ale vârstei a treia.

Un domeniu important de preocupări al gerontologiei moderne îl reprezintă problema criteriilor de evaluare a vârstei biologice a omului, în scopul aprecierii modificărilor complexe produse în organism prin scurgerea inexorabilă a timpului. Numeroase cercetări efectuate în această direcție atestă că modificările involutive de ordin morfologic, fiziologic, biochimic, psihologic, social etc. nu sunt identice la persoanele de aceeași vârstă; ca atare, vârsta biologică nu corespunde întotdeauna cu vârsta cronologică, calendaristică. Fiecare om urmează



un ritm propriu de îmbătrânire, mai mult sau mai puțin apropiat de desfășurarea fiziologică a procesului de senescență. Studiile efectuate în această direcție au permis elaborarea numeroaselor criterii clinice, de laborator, psiho-sociologice ș.a. pentru stabilirea vârstei bio-psiho-sociale a omului. Preocupările actuale sunt îndreptate către elaborarea unei metodologii adecvate pentru stabilirea „vârstei biologice medii” a populației prin cuantificarea modificărilor care apar la vârstele avansate la diferitele categorii de populație, precum și pentru elaborarea de noi indicatori-criterii de vârstă, în vederea lărgirii posibilităților de evaluare corectă a ritmului fiziologic de îmbătrânire.

Educația sanitară geronto-geriatrică reprezintă un domeniu specific, deosebit de important al educației pentru sănătate, care vizează linia trasată de Organizația Mondială a Sănătății prin formula cu sens aforistic: „Bătrânețea, o problemă care ne privește pe toți”. Această formă educativ-sanitară are ca scop: cunoașterea teoriilor și concepțiilor privind îmbătrânirea, regulilor de igienă și de sanogeneză, de alimentație a vârstnicilor, a patologiei acestei categorii de populație; combaterea gerontofobiei; promovarea rolului profilaxiei în asigurarea unei bune stări de sănătate somato-psihi-că a vârstnicilor, a importanței participării persoanelor în vârstă la activitatea economico-socială; organizarea rațională a timpului liber al bătrânului ș.a.

Obiectivele majore ale gerontologiei și geriatriei contemporane sunt reprezentate de prevenirea îmbătrânirii precoce, combaterea bolilor cronice degenerative și invalidante, menținerea capacității de muncă și creșterea productivității muncii sociale, prelungirea duratei vieții active, promovarea longevității umane. Scopul gerontologiei nu este numai cel de a prelungi cu orice preț viața omului, dar și acela de a asigura o bătrânețe trăită în condiții de confort și satisfacție. Astăzi predomină concepția că profilaxia și terapia bătrâneții constau, înainte de toate, într-o profilaxie și terapie socială. Ele necesită aplicarea unor măsuri complexe, la realizarea cărora trebuie să-și aducă contribuția numeroși factori de răspundere ai vieții sociale.

Numeroase și pasionante discuții a generat problema îmbătrânirii premature. Speranțele că medicamentele, tratamentele hormonale și alte mijloace produse ar putea asigura în mod miraculos întinerirea organismului s-au dovedit, rând pe rând, irealizabile. Obiectul cercetărilor actuale, mult mai realist, îl reprezintă doar obținerea unei încetiniri a procesului de îmbătrânire, evitarea condițiilor de deficiență a organismului care îmbătrânește și recuperarea vârstnicilor pentru viața familială și socială.

A fost definit și fundamentat conceptul de „gerontoprofilaxie”, ca parte componentă a medicinei omului sănătos, conținând un complex de acțiuni care operează prin mijloace medicale și sociale. Măsurile profilactice trebuie să înceapă cu mult înainte de declanșarea clinică a semnelor de îmbătrânire și de boală, încetinind și evoluția acestora. Măsurile pentru prevenirea îmbătrânirii premature se adresează, în mod deosebit, populației active aflate la vârsta de „tranziție” (45–69 de ani), dat fiind că la aceste vârste apar, de obicei, fenomenele de senescență precoce. Ele implică o serie de activități medico-sociale la baza cărora stă dispensarizarea populației între 45-60 de ani din întreprinderi și cartiere, în vederea combaterii unor tulburări funcționale sau organice, care ar putea constitui factori de declanșare și accelerare a ritmului biologic de îmbătrânire. În problema prevenirii îmbătrânirii premature, lucrările mai vechi se refereau îndeosebi la prevenirea și tratarea bolilor

cronice, a autointoxicațiilor, a intoxicațiilor cu alcool și tutun etc. Cercetările din ultimul timp se orientează tot mai mult către studiul factorilor nervoși, psihici, spirituali. Legat de acest aspect, trebuie relevată importanța atitudinii sănătoase față de viață, a unei anumite „filozofii de viață” (V. Săhleanu).

Numeroși autori sunt de acord că problemele medico-sociale ale populației vârstnice au suscit și suscită mult interes, însă numai declarațiile vagi de bune intenții, adesea exagerat de optimiste, nu sunt suficiente. O serie de recomandări judicioase făcute cu diferite prilejuri (comisii de experți, rapoarte, conferințe, congrese ș.a.) nu și-au găsit de foarte multe ori, după opinia acestor autori, modalitățile concrete de transpunere în viață.

După sociologul Tibbits Clarck, nevoile bătrânilor se pot sintetiza în următoarele:

- de a face un serviciu socialmente necesar;
- de a fi considerat ca o parte dintr-o comunitate;
- de a folosi timpul liber în condiții cât mai satisfăcătoare;
- de a fi recunoscut ca o individualitate;
- de a-și manifesta propria personalitate;
- de a-și asigura protejarea și îngrijirea sănătății;
- de a i se stimula facultățile mintale;
- de a conviețui convenabil cu familia;
- de a avea satisfacții spirituale.

Bătrânețea nu este un simplu proces fiziologic, ci și o stare de spirit, o stare psiho-socială, de aceea, încetul cu încetul, în condițiile nesatisfacerii nevoilor sale, însingurarea se agravează. Bătrânul vede că, rând pe rând, numărul prietenilor i se îmbolnăvesc grav. De asemenea, se simte neglijat de familie. Acestea sunt cauzele unor manifestări care se încadrează în „depresia mascantă a bătrânului”, fenomen care trebuie cunoscut, prevenit și combătut de către familie, comunitate și societate (Gh. Crețeanu).

În cadrul problemelor medico-sociale ale populației vârstnice, asistența medicală, asigurarea sănătății acestora deține un rol important. Din punctul de vedere al medicinei sociale, vârstnicul este o „persoană expusă la risc”. Această expunere la risc comportă mai multe planuri:

- social (deoarece capacitatea lui de adaptare la noile condiții de viață și de muncă este diminuată);
- somatic (întrucât procesele de involuție care însoțesc îmbătrânirea slăbesc rezistența organismului la agresiunea factorilor de risc din mediu);
- mintal (în sensul că sărăcia, abandonul, indiferența sau ostilitatea grupului social pot produce cu ușurință ruperea echilibrului său mintal).

De multe ori, în practica medicală, medicul obișnuiește să escamoteze problema îmbătrânirii și a consecințelor ei sau să o abordeze pe plan strict medical. Din nefericire, până acum medicina s-a preocupat mai mult de boli decât de evoluția firească a organismului vârstnicului. Un alt impediment este acela că, de cele mai multe ori, medicul care îngrijește un bătrân este mai tânăr decât acesta (H. Pequignot).

Vârstnicii reprezintă o categorie populațională vulnerabilă, handicapată de prezența bolilor cronice, sechelelor, invalidității etc., care le produc importante alterări fizice, psihice, economice și de integrare socială, neajunsuri care pot fi atenu-

ate prin aplicarea unor măsuri de recuperare. Spre deosebire, însă, de recuperarea care se adresează populației adulte, care are ca principal obiectiv reluarea activității profesionale, recuperarea geriatrică urmărește, în primul rând, redarea capacității de autoservire și prevenirea dependenței sociale.

Până în momentul de față nu s-a cristalizat, în nici o țară, un punct de vedere unitar în ceea ce privește formele de îngrijire medicală și socială a vârstnicilor și, prin urmare, nu există încă un sistem specializat și unitar pentru protecția și asistența medico-socială a bătrânilor care să cuprindă toți vârstnicii din țara respectivă. Totuși, în numeroase țări în care procesul de îmbătrânire demografică este mai avansat, s-au experimentat și aplicat o serie de forme și metode de asistență medicală curativo-profilactică, de supraveghere medico-socială activă și de recuperare, de rezolvare socială a problemelor specifice acestui contingent de populație. De regulă, principalele forme de asistență medicală sunt acordate vârstnicilor de către rețeaua medico-sanitară pentru adulți, rețea suprasolicitată de numărul mare de bătrâni bolnavi cronici, care necesită un consum medical ridicat și o durată crescută de spitalizare. Cercetătorii din diferite țări au constatat că are loc o „geriatrizare” a spitalelor, ca și a serviciilor medicale ambulatorii. Asistența medicală pentru persoanele vârstnice devine – paralel cu creșterea numărului lor – insuficientă, existând în general o neconcordanță între volumul asistenței medicale acordate efectiv și nevoile mari ale populației vârstnice. La aceasta se adaugă nesensibilizarea personalului medico-sanitar la specificul asistenței medicale geriatrice.

Reieșind din faptul că până în prezent în Moldova nu s-au stabilit definitiv formele de organizare a asistenței medicale bătrânilor, le descriem în linii generale pe cele din România și alte state. Principalele forme de asistență geriatrică sunt reprezentate de:

**1. Asistența profilactică** – constă, în principal, în dispensarizarea gerontologică, care se desfășoară în cadrul dispensarelor medicale ale întreprinderilor industriale, ale unităților agricole, precum și în cabinetele de geriatrie din policlinici, organizarea „punctelor de dispensarizare” revenind direcțiilor sanitare județene, sub îndrumarea tehnică și metodologică a Institutului Național Gerontologic-Geriatric.

**2. Asistența geriatrică curativă** – se adresează pacientului vârstnic și se acordă prin cabinetele geriatrice din cadrul policlinicilor județene, precum și la domiciliul vârstnicilor-invalizi aflați în evidență. Ea este acordată de către medicii de specialitate, instruiți în probleme de geriatrie prin cursuri postuniversitare în cadrul Universității de Medicină și Farmacie.

Principalele instituții de protecție socială a bătrânilor sunt: Ministerul Muncii, Direcțiile municipale pentru problemele de muncă și protecție socială, În cadrul unor spitale, funcționează secții pentru bătrâni bolnavi cronici irecuperabili.

Casele de Ajutor Reciproc al Pensionarilor organizează activități sociale și ocupaționale pentru vârstnici: împrumuturi bănești, ajutoare materiale, excursii, cluburi pentru vârstnici, activități cultural-artistice, sociale, lectorate pentru vârstnici și chiar forme de asistență medicală gratuită.

Sociologii atrag atenția asupra unor aspecte privind accentuarea „conflictului” dintre generații, mai cu seamă în țările în care structura demografică este „deteriorată” în ceea ce privește raportul dintre populația productivă și cea neproductivă. În Germania, Marea Britanie ș.a. legea pensiilor și asigurărilor sociale a fost amendată

și modificată în defavoarea pensionarilor, din cauza dificultăților asigurării fondului de pensii. Unii specialiști sunt convinși, că această schimbare demografică va duce la grave situații conflictuale, chiar la „lupte nemiloase” între generații și va modifica substanțial structura populației, modul de viață, inclusiv peisajul politic.

Aspectele prezentate mai sus, deși sub o formă mult atenuată, se constată și în Republica Moldova. Unele neînțelegeri inevitabile dintre generații, atitudinea tineretului împotriva gerontocrației (promovată de regimul comunist), creșterea marcantă a numărului de pensionari (care solicită inevitabil mărirea simțitoare a fondului de pensii) constituie probleme, care vor trebui rezolvate și depășite printr-un efort de conciliere între generații, prin instaurarea unui climat sănătos, de deplină colaborare între oameni, indiferent de vârstă.

Conceptul „Sănătate pentru toți locuitorii planetei până în anul 2000” a fost adoptat de către Organizația Mondială a Sănătății ca o strategie globală, de perspectivă, menită să transpună în viață asigurarea dreptului fundamental al omului la sănătate. În acest context, s-a vorbit tot mai mult despre „Sănătate pentru toți oamenii vârstnici până în anul 2010”.

Anul 2000 a constituit un bilanț, un moment de referință pentru o serie de țări care au inițiat, cu decenii în urmă, programe de gerontoprofilaxie și terapie, de protecție medico-socială a vârstnicilor, acțiuni cu „bătaie lungă” în care rezultatele se pot evalua foarte târziu, după o perioadă îndelungată de timp.

La rândul său, ONU a făcut o analiză aprofundată a problematicii populației vârstnice cu prilejul Adunării mondiale asupra îmbătrânirii desfășurată la Viena (1982), adoptând un program mondial de acțiune și formulând o serie de recomandări de protecție socio-economică și medico-sanitară a persoanelor de vârsta a treia. Pe linia sensibilizării opiniei publice internaționale și a factorilor de decizie, forumul mondial a proclamat anul 1982 drept „Anul internațional al bătrânilor”. În 1991, Adunarea Generală ONU a decretat ziua de 1 octombrie drept Ziua Internațională a Vârstnicului.

Ultimul congres al Asociației Internaționale de Gerontologie (al XIV-lea, desfășurat la Acapulco, Mexic) a avut ca temă: „Bătrânul într-o lume nouă”. Larga participare a specialiștilor de pe numeroase meridiane ale Globului la această reuniune științifică a demonstrat că secolul al XXI-lea va trebui să ne găsească pregătiți pentru impactul cu acest fenomen natural în continuă creștere și accentuare, care este îmbătrânirea demografică și, ca atare, gerontologia are toate șansele să devină pretutindeni o specialitate medicală de vârf. Se impune, de asemenea, ca între țările supradezvoltate și cele în curs de dezvoltare să se stabilească un mod echitabil de colaborare, ținându-se seama de factorii economici și sociali specifici.

Descoperirea unui mijloc eficient de prelungire a vieții și de întârziere a bătrâneții constituie unul dintre visele, dintre dezideratele cele mai vechi și mai importante ale omenirii. Astăzi, acest obiectiv se realizează treptat grație progresului medicinei, igienei și ameliorării condițiilor de trai. Totuși, fără o descoperire medico-biologică epocală este foarte puțin probabil ca, în țările avansate, durata medie a vieții și longevitatea umană să mai înregistreze progrese notabile în viitor.

Astăzi se vorbește tot mai mult și mai optimist despre posibilitatea unor „intervenții radicale” în procesul îmbătrânirii. Datele experimentale recente deschid astfel noi perspective în ceea ce privește descifrarea și influențarea procesului de

senescență, datorită progreselor înregistrate în domeniul biologiei moleculare. Nu este vorba, deci, numai de prelungirea vieții până la limitele senescenței fiziologice și ale morții naturale, ci și de posibilitatea mutării acestei „bariere” a vieții umane, care ni se pare astăzi de netrecut.

În consecință, eforturile ca o parte tot mai mare a populației să atingă vârstele longevității, oferite de imensele progrese ale medicinei și societății, prin reducerea continuă a deceselor premature, se conjugă astfel cu lupta grea, pe plan biologic și genetic, pentru prelungirea limitelor biologice actuale ale vieții. Însă o viață respectabilă și trăită plener până la adânci bătrâneți e posibilă doar într-o societate dreaptă și prosperă, orientată spre binele și fericirea omului.

### 3.2. MORBIDITATEA POPULAȚIEI

Morbiditatea reprezintă un criteriu important în aprecierea stării de sănătate a populației sub diverse aspecte ale ei, acestea fiind: vârsta, sexul, profesia, condițiile de trai, muncă, factorii de mediu etc.

Morbiditatea, la fel ca și starea sănătății populației, este determinată de mai mulți factori ca:

- condițiile de viață și de activitate;
- nivelul și caracterul forțelor de producere;
- bunăstarea populației, inclusiv alimentarea, odihna și educația;
- factorii psiho-emoționali, ereditatea și constituția;
- protecția socială și asigurarea socială;
- nivelul, accesibilitatea și calificația asistenței medicale;
- condițiile mediului ambiant etc.

Acești factori cu gradul de influență a lor asupra sănătății populației sunt grupați în 4 grupe, aceștia fiind:

- factorii social-economici;
- factorii biologici;
- factorii mediului ambiant;
- factorii accesibilității și calității asistenței medicale.

Prin **morbiditate** – ca termen general, înțelegem fenomenul îmbolnăvirilor la populația unui teritoriu sau a unei colectivități. Ea cuprinde totalitatea cazurilor de îmbolnăvire într-o perioadă de timp, constatate la un moment dat, sau în dinamică.

Boala considerată ca o alterare a „bunăstării fizice, psihice și sociale”, poate avea intensități și delimitări: de la o simplă senzație de jenă, de rău, de suferință până la starea gravă (alterare bruscă a sănătății sau agravarea bolii existente) ce pune în pericol viața sau funcția unui organ.

Din cele peste 5 mii de boli existente, unele pot fi diagnosticate aproape cu exactitate (rujeolă, fractură de femur etc.), iar altele, având limite neprecise, servesc drept surse de interpretări greșite sau de erori (viroză, nevroză etc.).

Boala poate fi depistată și tratată numai atunci, când bolnavul se adresează la medic. De aici și provine noțiunea de „**adresabilitate**”, care este numărul absolut de adresări primare la medic în cazuri de îmbolnăvire, pe parcursul anului de gestiune.

Totalitatea adresărilor primare și a adresărilor repetate în anul de gestiune se numește **rată a vizitelor**.

Pentru studiul mai profund al morbidității se utilizează trei termeni speciali:

1. incidență;
2. prevalență;
3. afecțiune patologică.

**Incidența** reprezintă o totalitate de maladii, depistate pentru prima dată în viață la un grup de populație și înregistrate pentru prima dată în anul de gestiune.

**Prevalența** este totalitatea bolilor prima dată înregistrate în decursul anului de gestiune la populația unui teritoriu.

**Afecțiunea patologică** constituie totalitatea afecțiunilor morfologice și funcționale depistate, de regulă, în timpul examenului medical complex (*inclusiv stările premorbide, care la moment nu-l deranjează pe pacient, dar în cazul acțiunii negative a unor factori pot favoriza îmbolnăvirea*).

Afecțiunea patologică se determină activ în timpul examenului medical și rar servește drept motiv de adresare la medic, dat fiind caracterul ei static.

Componența afecțiunii patologice poate fi cea mai diversă. În majoritatea cazurilor acest fenomen include:

- defecte profunde (orbire, asurzire, anomalii congenitale);
- procese patologice finalizate (invaliditate prin enoftalmie, lipsa unei extremități etc.);
- forme și stări premorbide (ametropie, daltonism, scolioză etc.).

Nivelul sau rata acestor trei fenomene, se poate determina prin calcularea indicilor intensivi respectivi la 1 000 de locuitori.

Rezultatele studierii diferitor aspecte ale morbidității generale se utilizează în practica activității instituțiilor și organelor ocrotirii sănătății în următoarele scopuri:

- aprecierea stării de sănătate a populației;
- analiza schimbărilor în patologia populației;
- determinarea factorilor de risc la anumite patologii;
- argumentarea măsurilor de asanare incluse în planul de activitate;
- evaluarea eficacității măsurilor întreprinse;
- dirijarea operativă a activităților instituției curativ-profilactice;
- planificarea curentă și de perspectivă a cadrelor medicale;
- optimizarea structurilor ocrotirii sănătății și instituțiilor medicale;
- organizarea științifică a activităților;
- planificarea curentă și de perspectivă a rețelei de instituții medicale și a organelor ocrotirii sănătății;
- coordonarea și confirmarea politicii statului în pregătirea cadrelor medicale;
- argumentarea politicii de sănătate a statului în cadrul reformelor efectuate;
- argumentarea normativelor necesității în asistență medicală specializată,
- evaluarea eficacității activității instituțiilor medicale și a organelor ocrotirii sănătății;
- planificarea direcțiilor de investigații științifice.

Dar mai întâi de toate, rezultatele studierii morbidității se folosesc în planificarea și efectuarea măsurilor curativ-profilactice, sanitaro-antiepidemice și de dispensarizare a pacienților din grupele de risc.

Sursele de informație în studiul morbidității sânt: datele despre adresabilitate în instituțiile medicale, datele examenului medical complex, datele cauzelor deceselor.

Informația se colectează prin următoarele canale:

- toate tipurile de instituții curativ-profilactice (morbiditatea generală și tipurile ei);
- sindicatele (incapacitatea temporară de muncă);
- organele protecției sociale (incapacitatea permanentă și invaliditatea);
- organele statistice (mortalitatea populației).

**Tipurile de morbiditate.** Deosebim următoarele tipuri de morbiditate:

1. Morbiditatea după datele adresabilității, care include subtipurile:
  - a) morbiditatea generală;
  - b) morbiditatea infecțioasă;
  - c) morbiditatea spitalicească;
  - d) morbiditatea cu incapacitatea temporară de muncă;
  - e) morbiditatea neepidemică.
2. Morbiditatea după datele examenului medical complex și dispensarizării;
3. Morbiditatea după datele cauzelor mortalității.

Studiul separat al tipurilor de morbiditate se explică prin următoarele cauze:

- în cazul morbidității infecțioase se cer imediat efectuate măsurile anti-epidemice;
- în cazul morbidității spitalicești este necesar de a planifica și reprofila fondul de paturi;
- în cazul morbidității cu incapacitate temporară pentru determinarea prejudiciilor economice;
- în cazul morbidității neepidemice se furnizează date despre răspândirea maladiilor social periculoase.

Fiecare tip de morbiditate își are formularul său statistic de evidență și totalizare:

- În studiul morbidității generale folosim Tichetul statistic și Cartela ambulatorică.
- În studiul morbidității infecțioase folosim Fișa de comunicare urgentă.
- În studiul morbidității spitalicești folosim Fișa de externare.
- În studiul morbidității cu incapacitate temporară de muncă Buletinul de concediu medical.
- În studiul morbidității neepidemice Avizul special în caz de îmbolnăvire cu ...

Pentru evaluarea morbidității se utilizează coeficienți calculați ca raport dintre numărul absolut de maladii către numărul de populație de pe teritoriul deservit, exprimat în %, promile, prodecimile.

### 3.2.1. METODELE DE STUDIERE A MORBIDITĂȚII

Studiul morbidității populației se efectuează prin:

1. metoda adresabilității populației în instituțiile medicale;
2. metoda examenului medical complex;
3. metoda studiului cauzelor deceselor.

#### 3.2.2. MORBIDITATEA STUDIATĂ PRIN METODA ADRESABILITĂȚII

##### 3.2.2.1. MORBIDITATEA GENERALĂ

Prelucrarea informației colectate prin adresabilitatea populației în instituțiile medicale este metoda de bază în studiul morbidității.

Totuși, această informație nu permite să depistăm toate bolile în starea premorbidă sau cronică. Informația dată are mai mult caracter informativ sau de semnali-zare. În baza ei se trag concluzii despre răspândirea și dinamica relativă a morbi-dității populației.

Pentru a obține rezultate mai aproape de adevăr, mai reale, se impun cercetări speciale în baza totalităților selective. Asemenea cercetări se întreprind periodic, de obicei o dată în 10 ani, când se efectuează recensământul populației.

Cu acest scop, morbiditatea se poate studia profund sub diverse aspecte (con-tingente ale populației, vârste, sex, profesii, localitate, forme nosologice etc.), în funcție de scopul cercetării planificate.

Adresabilitatea populației în instituțiile medicale ne permite de asemenea, să determinăm și așa indici, cum sunt:

- asigurarea cu medici;
- volumul și specializarea asistenței medicale;
- accesibilitatea la asistența medicală specializată;
- atitudinea bolnavului față de propria sănătate;
- nivelul pregătirii statistice a personalului medical;
- dezvoltarea științei medicale și practicii ocrotirii sănătății în genere;
- competența de îndeplinire a documentației medicale;
- nivelul de cultură generală și sanitară a pacienților și personalului medical etc.

La studierea morbidității generale, ca unitate de observație este considerată cea dintâi adresare (adresare primară) cu maladia dată în instituțiile medicale sau la domiciliul bolnavului în decursul anului calendaristic.

Ca sursă de informare servește Tichetul statistic pentru înregistrarea diagnos-ticelor finale (025–2/u).

În acest tichet, în rubrica diagnosticului depistat și precizat de medic pentru prima dată în viață se înscrie semnul plus (+), dar dacă bolnavul s-a adresat prima dată în anul curent cu o boală al cărei diagnostic a fost stabilit în anii precedenți, atunci în această rubrică se notează semnul minus (–). Tichetele cu semnul (+) servesc la determinarea incidenței absolute, iar împreună luate cu semnul (–) – la determinarea prevalenței absolute a populației, iar recalculat la 1 000 de locuitori vor reprezenta indicii respectivi.

În cazul adresărilor repetate pentru aceeași boală în decursul anului, la îndepli-nirea tichetului nu se pune nici un semn sau se înscrie cifra 0. Acestea se numesc vizite repetate, iar luate împreună cu tichetele însemnate cu semnele (+) și (–) vor determina volumul asistenței medicale prestate în decursul anului.

În cazul bolilor acute, fiecare primă adresare poate fi considerată ca primară (fractură, anghină, carbuncul, furuncul etc.).

Tichetele statistice sunt completate de asistenta medicală sub indicațiile me-dicului, care mai apoi se transmit în cabinetul statistic al instituției medicale, unde acestea se repartizează după circumscripții, iar în cadrul lor, după boli, clase noso-logice sau după alte principii.

Această formă de păstrare favorizează prelucrarea datelor și estimarea nivelu-lui morbidității incidente și prevalente a populației în decursul anului viitor.

În activitatea instituțiilor curative de ambulatoriu se practică înscrierea dia-gnosticului precizat nu numai în tichetul statistic pentru înregistrarea diagnostice-



lor finale, dar și în fișa medicală de ambulatoriu, în „Lista diagnosticelor (precizate finale”. Consultând această listă, medicul poate face o legătură între aceste maladii și starea generală curentă a bolnavului.

Informația privind adresările la medic nu include cazurile de internare în spitalul de urgență, cazurile de moarte subită în urma unei boli acute sau acutizarea celei cronice, dacă rudele nu s-au adresat la medic. În acest caz, nefiind vorba de un număr prea mare de cazuri, s-a constatat, că ele nu influențează esențial nivelul morbidității populației.

Acest fapt denotă că adresările populației în instituțiile curativo-profilactice sunt criteriul de bază în determinarea nivelului incidenței și prevalenței.

Nivelul adresabilității populației poate fi completat prin datele examenului medical (preventiv, periodic sau cu un anumit scop), care pune în evidență diverse stări premorbide. Descoperirea stărilor premorbide favorizează efectuarea profilaxiei primare.

Pe baza informației despre nivelul morbidității generale și particularitățile ei de vârstă, sex, caracterul sezonier, localitate, profesie, ocupație, condiții de trai etc. se elaborează măsurile concrete de profilaxie primară și secundară, se stabilește necesitatea în cadre medicale, necesitatea în paturi de spital etc.

Nivelul și structura morbidității generale a populației republicii noastre sunt expuse în *tabelul 43*.

În tabel observăm că cele mai frecvente sunt următoarele maladii:

- bolile organelor respiratorii,
- traumatismele și intoxicațiile,
- bolile infecțioase și parazitare.

Cercetarea profundă a morbidității generale favorizează stabilirea diagnosticului la persoanele foste bolnave, iar pe baza acestor date se calculează indicii morbidității persoanelor, care au suferit de diferite boli și numărul mediu de boli, care revin la un bolnav în decurs de un an. În acest scop toate tichetele statistice pentru înregistrarea diagnosticului final se aranjează în ordinea alfabetică, după numele de familie și viza de reședință.

*Tabelul 43*

**MORBIDITATEA GENERALĂ  
A POPULAȚIEI MOLDOVEI DUPĂ DATELE ADRESABILITĂȚII  
a. 2005 (la 10 000 de locuitori)**

Nr. clasei	Denumirea claselor	Incidența				Prevalența			
		structura %	total	adulți	copii	structura %	total	adulți	copii
I	Boli infecțioase și parazitare	10,9	439,1	248	1021,3	9,3	667,3	518,5	1120,8
II	Tumori	1,0	39,3	50,3	5,9	2,5	175	229,1	12,7
III	Bolile sistemului sangvin, hematopoietic și imun	1,7	45,1	11,9	146,0	1,3	94,3	28,9	293,7
IV	Bolile endocrine, de nutriție și metabolism	0,9	35,5	23,5	71,9	2,5	175,1	188,2	135,2
V	Tulburări mintale și de comportament	2,2	88,5	91,7	78,6	6,6	458,5	525,5	254,2

VI	Bolile psihice	1,5	60,2	60,6	59,2	6,4	463,7	541,7	158,3
VII	Bolile sistemului nervos	1,6	63,2	54,1	90,9	2,0	151,8	128,4	223,2
VIII	Bolile urechii și apofizei mastoide	3,5	140,8	110,1	234,3	2,2	175,4	144,6	269,1
IX	Bolile aparatului circulator	2,3	89,2	112,0	19,7	7,3	514,7	662	65,8
X	Bolile aparatului respirator	<b>34,4</b>	1353,2	769,6	3131,4	22,1	1538,9	963	3293,4
XI	Bolile aparatului digestiv	5,4	214,5	186,9	298,6	12,8	904,3	847,5	1077,5
XII	Bolile pielii și țesutului celular subcutanat	6,5	246,8	197,4	397,4	3,8	274,9	223,7	438,8
XIII	Bolile sistemului locomotor și țesutului conjunctiv	3,5	136,9	167,7	43	4,1	288	355,1	85,8
XIV	Bolile aparatului urogenital	6,1	238,7	286,5	92,9	6,3	472,1	543,5	254,4
XV	Sarcina, nașterea, lăuzia	3,2	125,7	166,2	2,5	1,5	130,9	173,1	2,5
XVI	Afecțiuni perinatale	0,6	27	109,3	34,5	–	–	–	139,6
XVII	Malformații și anomalii cromozomiale	0,2	9,8	2,6	31,9	0,5	43,3	17,2	122,6
XVIII	Simptome și alte manifestări neclasate	0,2	7,9	4,7	17,9	1,6	129	7,6	29,2
XIX	Traumatisme, intoxicații ș.a. afecțiuni exogene	<b>12,4</b>	490,4	498,8	477,2	7,3	504,0	509,5	487,4
	Sumar pe clase	100,0	39272	3107,7	6424,2	100,0	6897	6334,7	8610,4

La studierea morbidității generale se folosesc valorile relative (indicii intensivi, extensivi, ilustrativi și dinamici) și medii, coeficientul corelației, prezentarea grafică etc. Există, însă, și indici intensivi speciali, cu ajutorul cărora se determină frecvența anumitor boli la 1 000 de locuitori în funcție de vârstă, sex, mediu de trai etc.

Astfel, cel mai mare nivel al morbidității se înregistrează în vârsta copilăriei și adolescenței (0–18 ani) și la vârstele înaintate (peste 60 de ani).

Analiza morbidității sub aspectul sexului arată că la bărbați predomină boala ulcerosă, gastrita etc., iar la femei afecțiunile căilor biliare.

### 3.2.2.2. MORBIDITATEA INFECȚIOASĂ

O sarcină importantă a organelor și instituțiilor ocrotirii sănătății o constituie efectuarea permanentă a măsurilor profilactice preventive și curente în combaterea bolilor infecțioase. Toate cazurile de boli infecțioase depistate în instituțiile curativ-profilactice se înregistrează într-un registru special; despre ele este informat și centrul teritorial de medicină preventivă.

Instituțiile medicale prezintă în centrele de medicină preventivă și dări de seamă aparte pe gripă și bolile acute ale organelor respiratorii.

Pentru studierea morbidității infecțioase, ca unitate de observare se folosește fiecare caz sau suspiciune de boală infecțioasă, iar ca sursă de informație „Fișa de declarare urgentă despre depistarea bolilor infecțioase, intoxicațiilor și toxiinfecțiilor alimentare și profesionale acute, reacții adverse la administrarea preparatelor

imunobiologice – formularul nr. 058/e”. La completarea acestui document se acordă o deosebită atenție măsurilor sanitare antiepidemice și confirmării pe cale de laborator a diagnosticului stabilit.

Alt document de înregistrare a bolilor infecțioase este “Fișa epidemiologică de examinare a focarului cu afecțiune infecțioasă” (formularul nr. 357/u), care are trei variante:

- infecții intestinale;
- tifosul transmis prin paraziți;
- infecții aerogene.

Pe baza acestor documente Centrul Teritorial de Medicină Preventivă întocmește dări de seamă lunare și anuale despre morbiditatea infecțioasă și otrăviri ale populației urbane și rurale. Analiza morbidității infecțioase se efectuează prin următorii indici:

- intensivi (după boli, vârstă, sex etc.);
- extensivi (structura morbidității);
- privind particularitățile sezoniere și dinamica;
- de răspândire a morbidității prin focare și teritoriale;
- termenul depistării bolii și de stabilire a diagnosticului final, de internare în spital;
- privind rezultatul tratamentului etc.

Acești indici se calculează pe anumite boli (otrăviri) și grupuri de boli la adulți și la copii, care locuiesc în localitățile urbane și rurale.

Nivelul morbidității infecțioase în mediul urban, rural și pe republică la 100 mii de locuitori, constituie 953, 1 524 și 1 238 de cazuri respectiv. De aceasta se ține cont la elaborarea măsurilor profilactice.

Înregistrarea și evidența se efectuează pe următoarele grupe de boli infecțioase:

- bolile care necesită respectarea carantinei (holera, pesta, variola, tifosul recurent etc.);
- tuberculoza și bolile dermatovenerologice;
- bolile la care instituțiile curativ-profilactice prezintă Centrului Teritorial de Medicină Preventivă numai date sumare (gripa, infecțiile căilor respiratorii etc.);
- bolile despre care se prezintă informații detaliate în Centrul Teritorial de Medicină Preventivă (febra tifoidă, dizenteria, enteritele, tusea convulsivă, scarlatina etc.).

### 3.2.2.3. MORBIDITATEA NEEPIDEMICĂ

În sistemul operativ statistic de stat se efectuează și evidența bolilor neepidemice, se determină frecvența lor, sfârșitul letal, însemnătatea socială și epidemiologică. Aceste boli urmează să fie depistate și luate la evidență cât mai precoce și necesită examinare detaliată și tratament specializat. Studiul epidemiologic, stabilirea cauzelor apariției și factorilor de risc mai prevăd și efectuarea profilaxiei primare în cazul lor.

În ultimii ani s-a schimbat considerabil structura morbidității populației, de aceea organele și instituțiile ocrotirii sănătății acordă o deosebită atenție evidenței

stricte, în toate localitățile, a bolilor neepidemice (tuberculoza activă, sifilisul, gonoreea, tricofitia, microsporia, favusul, trahomul, cancerul, bolile psihice).

Studierea acestor afecțiuni se bazează pe unitatea de observare, care este bolnavul cu diagnosticul acestor maladii depistate și precizate pentru prima dată în viață la persoana în cauză. Sursa de informare este documentul statistic „Avizul despre bolnavul cu diagnostic, caz de boală ...” (formularul nr. 089/u). Fiecare medic, după ce a pus un astfel de diagnostic, este obligat să expedieze în decurs de trei zile acest document în dispensarele teritoriale respective, iar în lipsa lor – la spitalul central, județean. În aceste instituții documentele se prelucrează și se analizează indicii analogi privind morbiditatea generală (la 100 mii de locuitori). Tot aici fiecare caz de boală depistat pentru prima dată este înregistrat în „Fișa de dispensarizare”, efectuându-se astfel dispensarizarea activă a acestor contingente de bolnavi.

Nivelul incidenței și prevalenței bolilor neepidemice în diferite localități și în total pe republică este reprezentat în tabelul de mai jos (tabelul 44).

Tabelul 44

**Incidența și prevalența bolilor neepidemice  
la 100 mii de locuitori, în a. 2005, după datele adresabilității**

Localitatea	Incidența				Prevalența			
	cancer	boli psihice	tuberculoză	alcoolism	cancer	boli psihice	tuberculoză	alcoolism
Urbană	175,3	485,7	79,1	118,7	1187,1	2501,2	177,8	1025,3
Rurală	155,5	350,7	51,2	103,0	818,3	2307,9	182,4	1339,9
Pe republică	161,2	389,7	59,2	120,3	924,6	2376,8	250,0	1354,3

Studierea bolilor neepidemice principale în majoritatea cazurilor are caracter de cercetare epidemiologică. În prezent există metodologii cu un grad înalt de precizie și foarte amănunțite pentru determinarea datelor epidemiologiei cancerului, bolilor cardiovasculare. Pe baza datelor obținute se alcătuiesc programe complexe privind combaterea și profilaxia maladiilor neepidemice respective.

#### 3.2.2.4. MORBIDITATEA CU INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ

Incapacitatea temporară de muncă este starea organismului când dereglările funcționale provizorii, determinate de boală, împiedică efectuarea funcțiilor profesionale. Prin urmare, morbiditatea în cauză se studiază numai la populația care lucrează la întreprindere, fabrică, uzină etc. și care posedă dreptul la compensarea salariului din contul statului sau al patronului în caz de incapacitate de muncă. Prin această morbiditate se poate caracteriza starea sănătății persoanelor lucrătoare și determina eficacitatea măsurilor de profilaxie.

Drept unitate de evidență a morbidității cu incapacitate temporară de muncă este folosit cazul respectiv, iar sursa de observație este Certificatul de concediu medical, care are însemnătate statistică (la studierea morbidității cu incapacitate temporară de muncă), financiară (la compensarea salariului prin asigurările sociale) și juridică (motivează lipsa legitimă a lucrătorului de la serviciu).

La toate întreprinderile, instituțiile etc., comitetele sindicale și medicii unităților medico-sanitare întocmesc o dare de seamă specială (formularul nr. 16) (Z-1) în fiecare trimestru, semestru și anual, care se expediază comitetului sindical de ramură. În această dare de seamă se indică numărul muncitorilor, cazurilor și zilelor cu incapacitate de muncă. Descrierea se efectuează conform listei de boli menționate mai sus, celelalte cazuri se înscriu la rubrica „alte boli”. Pe baza informației din formular se calculează următorii indici:

1. numărul de cazuri cu incapacitate temporară de muncă la 100 de lucrători;
2. numărul de zile cu incapacitate temporară de muncă la 100 de lucrători;
3. durata medie a unui caz de boală cu incapacitate temporară de muncă;
4. structura zilelor și cazurilor cu incapacitate temporară de muncă;
5. procentajul incapacității temporare de muncă;
6. numărul persoanelor, care sunt bolnave frecvent și o perioadă îndelungată.

Astfel, nivelul morbidității cu incapacitate temporară de muncă în Republica Moldova constituie la 100 de lucrători:

1. numărul de cazuri cu incapacitate de muncă la 100 de lucrători – 67;
2. numărul de zile cu incapacitate de muncă la 100 de lucrători – 853;
3. durata medie a unui caz cu incapacitate temporară de muncă – 12,7 zile.

De multe ori este necesar, însă, a studia mai aprofundat particularitățile morbidității cu incapacitate de muncă. Pentru aceasta se folosesc următoarele surse de informație:

1. certificatul de concediu medical;
2. fișa evidenței personale a lucrătorilor cu incapacitate temporară de muncă din cauza bolii;
3. fișele speciale pentru efectuarea cercetării științifice a fenomenului, unde se includ toate aspectele conform scopului cercetării.

Pentru o analiză a morbidității se mai calculează următorii indici:

1. procentul lucrătorilor care în decursul anului n-au fost bolnavi;
2. indicii morbidității pe grupe de vârstă, sex etc.

Repartizarea lucrătorilor bolnavi conform duratei incapacității temporare de muncă ne permite să aflăm :

- cota lucrătorilor, care sunt frecvent bolnavi (40%);
- cota celor, care sunt bolnavi timp îndelungat (17%);
- cota celor, care se îmbolnăvesc frecvent și îndelungat (4%).

Se calculează, de asemenea, și procentul recidivelor, acutizărilor și complicațiilor etc.

Aplicarea în practică a măsurilor curativ-profilactice bazate pe aceste cercetări aprofundate contribuie la micșorarea nivelului morbidității cu incapacitate temporară de muncă.

### 3.2.2.5. MORBIDITATEA SPITALICEASCĂ

Morbiditatea spitalicească reprezintă evidența tuturor cazurilor de internare în spital și se calculează, ca și morbiditatea generală, la 1 000 de locuitori în indici totali și speciali. Această morbiditate include un număr mai mic de boli decât morbiditatea generală, și anume acele maladii, care sunt mai grave și decurg mult mai îndelungat.

Unitatea de observare este cazul de internare în spital, iar sursă de evidență – „Fișa statistică a persoanei externate din staționar” (formularul nr. 066/u), fișa medicală a bolnavului de staționar (formularul nr. 003/u). Pe baza prelucrării statistice a acestor date se obține informația necesară pentru aprecierea nivelului și structurii morbidității spitalicești în diversele ei aspecte (teritorial, clase, forme, grupe de boli, vârstă, sex etc.).

Informația privind morbiditatea spitalicească ne permite:

- să precizăm termenul internării în staționar;
- nivelul asistenței medicale acordate bolnavului;
- durata și rezultatul tratamentului etc.

O importanță deosebită are calcularea indicelui letalității spitalicești.

Pe baza datelor morbidității generale și spitalicești se poate calcula nivelul necesității populației în spitalizare și eficacitatea ei.

Morbiditatea spitalicească se studiază și prin următorii indici:

- nivelul spitalizării;
- structura morbidității spitalicești;
- durata medie a unui caz de internare în spital;
- repetarea spitalizării;
- rezultatul tratamentului;
- calitatea diagnosticului;
- eficacitatea diferitor metode de tratament etc.

Structura morbidității spitalicești diferă cu mult de structura morbidității generale. În funcție de rang, pe primele trei locuri se plasează următoarele grupe de maladii:

- I. Bolile infecțioase și parazitare.
- II. Bolile organelor digestive.
- III. Traumatismele.

Aceste grupe de maladii constituie  $\frac{2}{3}$  din toată morbiditatea spitalicească.

Spitalizarea repetată pe una și aceeași boală în decursul anului este condiționată de următorii factori organizatorici:

1. examinarea superficială a bolnavului;
2. tratamentul inefficient;
3. prognozarea și decizia incorectă a expertizei;
4. lipsa sau dispensarizarea superficială;
5. nerespectarea regimului de activitate și odihnă de către bolnav.

Analiza cazurilor de spitalizare repetată cu una și aceeași boală în decursul anului favorizează cunoașterea schimbărilor în evoluția bolii, fapt care nu este posibil în cazul unei singure spitalizări.

De informația privind nivelul și structura morbidității spitalicești se ține cont la planificarea și reprofilarea fondului de paturi în spital. În republică, nivelul spitalizării constituie 14% din numărul bolnavilor care s-au adresat în decursul anului în instituțiile curativ-profilactice.

### 3.2.3. STUDIUL MORBIDITĂȚII ÎN BAZA REZULTATELOR EXAMENELOR MEDICALE

Această metodă permite depistarea unor stări premorbide puțin manifeste și boli cronice latente nesesizate încă de pacient. Rezultatele examenului medical le putem