

## ÎMBĂTRÂNIREA, UN PROCES IREVERSIBIL

### AGEING, AN IRREVERSIBLE PROCESS

Dorin BĂTRÂN

Facultatea de Psihologie, Științe ale Educației și Asistență Socială

Universitatea de Vest "Vasile Goldiș" Arad

E-mail: dorin\_batrin@yahoo.co.uk

*„A îmbătrâni este singurul mijloc de a trăi mai mult” Voltaire*

#### ABSTRACT

*The social protection system provides special services for elder people as a result of an elaborate analyze of their needs, complying their rights established by legal regulations. In every country world wide, the ageing phenomenon is present. The causes of the ageing phenomenon are various, some of the more important being considered the increasing average life span as a consequence of the medical progresses and, also, the population fertility decline.*

**Key words: ageing process, the average life span, population, fertility.**

#### INTRODUCERE

Sistemul de protecție socială oferă servicii adaptate persoanelor vârstnice, ca urmare a analizei nevoilor acestora, respectând drepturile pe care le au stabilite prin reglementările legale. În toate țările lumii este prezent fenomenul de îmbătrânire a populației, cauzele fiind diverse, cele mai importante fiind creșterea speranței de viață ca urmare a progreselor în medicină și accentuarea declinului fertilității populației.

**Îmbătrânirea** nu este o stare, ci un proces de degradare graduală și diferențială, este un ansamblu de fenomene, care apar ca urmare a încheierii fazei de dezvoltare și care implică schimbări din punct de vedere biologic și psihologic. Procesul de îmbătrânire însă se manifestă diferit, individualizarea fiind determinată de: gradul de autonomie; degradările fizice; degradări psihologice; de starea emoțională și mentală; de posibilitatea de a se manifesta comportamental, cum ar fi implicarea în viața comunității, modul în care suportă pierderea rolurilor sociale ca urmare a decesului cunoștințelor și a partenerului de viață, a modului în care se adaptează la noile roluri sociale, uneori datorită instituirii unei măsuri de protecție în instituțiile de îngrijire de tip

rezidențial.

Dicționarul Larousse (1991) definește îmbătrânirea ca fiind ansamblul de transformări ce afectează ultima perioadă a vieții și care constituie un proces de declin, semnele îmbătrânirii fiind: slăbirea țesuturilor, atrofie musculară cu scăderea funcțiilor și performanțelor, toate acestea concurând la limitarea progresivă a capacităților de adaptare.

Teorii privind factorii care influențează îmbătrânirea:

- cantitatea de energie determinată genetic;
- numărul de calorii puse la dispoziția organismului;
- capacitatea de adaptare la factorii stresanți;
- capacitatea celulei de a se diviza, prin urmare, odată cu epuizarea capacității celulei de a se divide, viața încetează;
- distrugerea celulelor de către radicalii liberi;
- programarea genetică a îmbătrânirii.

Aspecte care pot fi luate în considerare când vorbim de îmbătrânire:

- îmbătrânirea primară, care nu este însoțită de probleme de sănătate și vine în mod firesc după perioada adultă;
- îmbătrânirea secundară, este însoțită de o alterare a stării de sănătate;
- îmbătrânirea terțiară, este perioada care precede moartea (Muntean 2006).

**Bătrânețea** este starea ce caracterizează o grupă de vârstă particulară, cea a persoanelor de peste 60 de ani (Fontaine 2008).

Dicționarul Larousse de psihiatrie (1991) definește bătrânețea ca fiind ultima perioadă a vieți, corespunzând rezultatului normal al senescenței. Senescența este termenul folosit ca sinonim cu îmbătrânirea, iar senilitatea este termenul folosit ca sinonim cu îmbătrânirea patologică.

Din perspectiva stadiilor lui Erik Erikson, referitoare la evoluția individului avem: pruncia, copilăria timpurie, perioada de la 4 la 5 ani, perioada de la 6 la 11 ani, adolescența, prematuritatea, perioada adultă și bătrânețea. În fiecare dintre aceste stadii se evidențiază o criză care duce la mutații importante în viața individului. Astfel la bătrânețe, individul privește cu satisfacție realizările din trecut și cu regret ceea ce nu a realizat, trăiește eșecul nerealizărilor din viață.

În gerontologie, există diferențe între:

- vârsta cronologică care desemnează numărul anilor de la naștere;
- vârsta biologică care corespunde vârstei diferitelor componente ale organismului;
- Vârsta morfologică, aceasta desemnează modificări ale țesuturilor și ale organelor;
- Vârsta fiziologică sau funcțională, care desemnează diminuarea capacităților unor organe.

**Clasificări ale bătrâneții:**

Organizația Mondială a Sănătății consideră:

- Între 60 – 70 ani avem persoane în vârstă;
- Între 75 și 90 de ani avem persoane bătrâne;
- Peste 90 de ani avem marii bătrâni.

Americanii au următoarea clasificare:

- bătrâni tineri : 65 – 75 de ani;
- bătrânii bătrâni : peste 75 de ani.

Forma cea mai uzuală de clasificare a bătrâneții:

- 65-75 de ani, trecerea spre bătrânețe.
- 75 – 85 de ani, bătrânețea medie;
- Peste 85 de ani, stadiul marii bătrâneți.

**ÎMBĂTRÂNIREA LA NIVEL MONDIAL**

Segmentul populației vârstnice are pe zi ce trece o pondere tot mai mare, cauzele fiind progresele din medicina, care au făcut posibilă reducerea mortalității infantile prin eradicarea aproape integrală a bolilor infecțioase și prelungirea speranței de viață. Diferențierile între indivizi în ceea ce privește procesul de îmbătrânire, pot fi foarte mari deoarece vârsta cronologică diferă de cea funcțională, unii oameni pot fi productivi până la vârste înaintate de aproape 80 de ani iar alții devin neproductivi la 60 de ani. Speranța de viață influențează și încadrarea în categorii de persoane vârstnice populația unei țări, o persoană de 45 de ani în Zambia poate fi considerată bătrână, deoarece aici speranța de viață la 15 ani este de 59 de ani, comparativ cu Japonia unde speranța de viață este de 89 de ani iar o persoană de 45 de ani aici este considerată tânără. („Preintâmpinarea crizei vârstei a treia” raport al Băncii Mondiale de cercetare politica).

Numărul populației globului a evoluat după cum urmează:

1801	1925	1959	1974	1986
1 miliard	2 miliarde	3 miliarde	4 miliarde	5 miliarde

Ca urmare a evoluției populației, există posibilitatea ca tot la 10-12 ani populația globului să fie suplimentată cu câte un miliard de locuitori, ceea ce face posibilă previziunea ca în 2040 pe Terra să fie zece miliarde de oameni.

Evoluția numărului persoanelor cu vârste peste 60 de ani

1975	2000	2010
350 milioane	580 milioane	Vor fi un miliard

### Cum este perceput momentul pensionării

Retragerea din activitate a persoanelor vârstnice este văzută de societate ca un comportament normal și așteptat de persoana vârstnică. Realitatea este că nu toate persoanele vârstnice așteaptă cu bucurie momentul pensionării. Dezangajarea poate să fie un proces provocat de persoana vârstnică sau de către societate prin normele sociale stabilite care reglementează vârsta de pensionare și condițiile în care persoanele se pot pensiona anticipat sau pot prelungi vârsta pensionării. Dezangajarea este văzută de specialiști ca fiind un comportament adaptativ, ca urmare a faptului că pierderea unor abilități, din energie și din rolurile pe care le-au avut eliberează persoana vârstnică de expectanțele referitoare la competitivitate și productivitate, persoana vârstnică este astfel protejată, reușind să-și păstreze încrederea și stima de sine, chiar dacă realizează roluri sociale mai puțin importante, fiind mult mai implicată în viața de familie.

Înteruperea activității persoanelor vârstnice este necesară ca urmare a pierderii treptate a abilităților lor, ceea ce face posibilă transferarea și însoțirea în procesul de preluare a responsabilităților de către generațiile mai tinere. Diferențierile dintre bărbați și femei în ceea ce privește întreruperea activității profesionale sunt semnificative, bărbații fiind mai afectați de pierderea rolurilor deținute până atunci, de autoritatea profesională, de poziția socială și prestigiul funcției deținute, în timp ce pentru femei momentul pensionării este mai puțin dureros fiind realizat gradual, femeile fiind mult mai implicate în activități casnice decât bărbații, întreruperea activității profesionale oferind ocazia implicării mai accentuate în rolurile familiale.

Mediul influențează atitudinea față de momentul pensionării, persoanele din mediul urban care au fost implicate exclusiv în activități profesionale, sunt foarte pesimiste în ceea ce privește momentul pensionării, pe când în mediul rural ca urmare a specificului activităților desfășurate aici, în care persoanele sunt obligate să desfășoare și alt gen de activități de întreținere a locuinței, activități gospodărești și chiar agricole, pentru acestea încetarea activității nu este percepută ca o ruptură, nu se realizează brusc.

## Distribuția pensionarilor după sistemul de pensionare, procente

	2006	2007
Total	100,0	100,0
Asigurări sociale-total	99,6	99,7
Asigurări sociale de stat	80,0	80,9
Asigurări sociale agricultori	17,1	16,1
Asigurari sociale-culte	Sub 0,05	Sub 0,05
Asigurari sociale avocați	Sub 0,05	Sub 0,05
Beneficiari de ajutor social-tip pensie	0,1	Sub 0,05
I.O.V.R	0,3	0,3

Numărul mediu al pensionarilor de asigurări sociale, inclusiv pensionarii agricultori din trimestrul III 2007 era de 4.796.000 persoane.

(Sursa: Institutul Național de Statistică)

**Vârstnicul după ieșirea la pensie**

Adaptarea persoanei vârstnice la pensie este diferită, de la acceptare forțată cu un mare consum nervos și perceperea pensionării ca fiind o excludere și marginalizare după care nu mai există decât boli și moartea, la acceptarea firească echilibrată a pensionării, până la reacții optimiste, pensionarea fiind așteptată cu bucurie și ca o ocazie de a face ceea ce nu a putut face toată viața datorită implicării în activitatea profesională.

Studiile referitoare la conduita pensionarilor face posibilă încadrarea acestora în patru categorii, după implicarea în viața socială după cum urmează:

- pensionarii care desfășoară activități creatoare, lectură, grădinărit, pictură, activități care iau locul activităților profesionale și care le desfășoară în compania altor persoane;
- Pensionarul care folosește timpul pentru vizitarea locurilor de mult visate, pentru excursii, sau pentru activități desfășurate în familie și cu familia;
- Pensionarii care se implică în activități asociative care au ca scop obținerea unor drepturi suplimentare pentru pensionari, sunt persoane care își orientează toată energia spre revendicări și pentru evidențierea discriminărilor la care sunt supuși pensionarii;
- Pensionar mare consumator de mass-media și implicare socială redusă.

Altă grupare a pensionarilor în funcție de atitudinea față de pensionare:

- pensionarul deschis la viața socială și culturală reprezintă 24% din populația de peste 50 de ani;
- pensionari nefericiți, obligați să reducă consumul; majoritatea sunt femei și sunt mari consumatoare de mass-media și reprezintă 14 % din populația de peste 50 de ani;
- pensionarul fericit, provine din orice clasă socială și este consumator activ. Este amical și familial și reprezintă 22% din pensionarii de peste 50 de ani;
- pensionarii care se izolează, sunt orientați spre sine, provin din clase sociale modeste și reprezintă 12% din populația de peste 50 de ani;
- persoane grijulii, nu fac excese, provin din toate categoriile sociale și reprezintă 28% din pensionarii de peste 50 de ani (Gîrleanu-Șoitu 2006).

### **PERSOANELE DE VÂRSTA A TREIA ȘI MEDIUL**

Mediul supune persoana vârstnică la adaptări permanente iar capacitatea acesteia de a răspunde adecvat determină competențele individuale pe care le are. Presiunile mediului sunt de intensități diferite, astfel obligativitatea vârstnicului de a părăsi locuința creează o presiune ridicată datorită legăturilor afective, pe când solicitarea vârstnicilor într-o instituție de ocrotire este minimă deoarece responsabilitatea gospodăririi spațiului și a activităților de întreținere revine personalului centrului respectiv.

Vârstnicul reacționează prin plictiseală și dependență în situația în care presiunile mediului sunt sub nivelul lui de adaptare, aspect care se regăsește frecvent în instituțiile de ocrotire destinate persoanelor vârstnice sau care este regăsit în familiile care, în numele unei protecții prost înțelese, este prejudiciată persoana vârstnică de stimulii necesari pentru o buna funcționare fizică, socială și psihică. Dacă solicitările devin prea mari, persoana vârstnică resimte stres excesiv, situații întâlnite la vârstnicii care se confruntă cu tensiuni intrafamiliale sau în situații în care soția a decedat iar soțul este singur și nu știe să se autogospodărească. Pentru persoana vârstnică devine foarte importantă amplasarea locuinței și posibilitatea de a se descurca autonom în ea, precum și relațiile cu vecinii, care sunt de cele mai multe ori singura legătură cu comunitatea. Compatibilitatea dintre mediu și persoana vârstnică determină starea de bine a vârstnicului, deoarece acesta folosește din mediu ceea ce are nevoie, încearcă să-și adapteze ceea ce poate fi adaptat sau se adaptează dacă este nevoie mediului, astfel că politicile și măsurile de intervenție trebuie să țină cont de posibilitățile de intervenție prin adaptarea mediului fizic și social pentru a face posibilă manifestarea vârstnicului în încercarea acestuia de a rămâne independent. Gradul în care mediul răspunde nevoilor persoanei vârstnice determină răspunsul acesteia prin colaborarea cu cei din jur,

iar evoluția vârstnicului în ceea ce privește gradul de abilitare, statusul fiziologic, funcționarea senzorială, apariția diverselor boli precum și disfuncțiile cognitive sunt determinate de capacitatea de adaptare la mediu și la confortul psihic care rezultă din această adaptare. Persoanele vârstnice care au trăit toată viața lor în mediul rural în care au fost implicate în activități de grădinarit se vor adapta foarte greu și se vor simți frustrate în instituțiile de ocrotire care sunt amplasate în mediul urban sau care nu oferă condiții de manifestare comportamentală similare cu condițiile de acasă.

Înțelegerea reacției vârstnicului în relația cu mediul, este foarte importantă, mai ales în instituțiile de protecție, în care mediul poate fi mai ușor controlat și adaptat nevoilor beneficiarilor. Studiile de specialitate au scos în evidență reacții diferite ale vârstnicilor în funcție de nivelul solicitărilor la care sunt supuși; astfel, un nivel redus al solicitărilor are efect negativ, însă în anumite contexte poate avea efecte pozitive, de exemplu persoanele din instituțiile de ocrotire care locuiesc singure în cameră și beneficiază de mai puțini stimuli fizici cum sunt absența zgomotelor și comunicării cu un partener de cameră sau absența decorațiunilor cu care sunt personalizate locuințele în aceste instituții, creează condițiile care fac posibilă mulțumirea și starea de bine la un nivel superior celor care sunt 2 sau 3 în cameră și beneficiază de mai mulți stimuli fizici. Deci, absența stimulilor fizici creează condițiile unui confort sporit, a unei stări de bine și efecte benefice comparativ cu supraoferta sau cu congruența dintre nevoile optime ale vârstnicului și oferta mediului. Suprasolicitările mediului provoacă stres, acesta amplificându-se dacă în urma intervenției persoanei vârstnice, mediul nu a fost modificat astfel încât să răspundă la nivel acceptabil solicitărilor. Suprasolicitarea din partea mediului poate avea și efecte pozitive, acestea se manifestă când vorbim de intimitate, ordine și organizare; astfel, pentru persoana vârstnică care beneficiază de atâta ordine, intimitate și organizare de câtă are nevoie, este satisfăcută în mod egal ca și persoana care beneficiază de mai multă ordine, intimitate și organizare decât are nevoie. Astfel, pentru o persoană instituționalizată, care cultivă singură în grădina instituției pe o suprafață mică zarzavaturi, este posibil să beneficieze de mai multă ordine, intimitate și organizare decât preferă, dar va fi la fel de satisfăcută ca atunci când realizează atâta ordine și organizare cât consideră necesar, însă se va simți frustrată și în disconfort dacă o altă persoană instituționalizată se va implica în activitatea de grădinarit pe aceeași suprafață, deoarece se va ajunge în situația de subofertă.

Controlul mediului și adaptarea lui, trebuie să țină seama de necesitatea persoanei vârstnice de a avea timp pentru a putea controla situația și de a impune nivelul dorit. Mediul este foarte important pentru persoana vârstnică, capacitatea acesteia de adaptare este mult diminuată comparativ cu persoanele mai tinere, iar bătrânețea reușită este puternic influențată de omogenitatea dintre persoana vârstnică și mediu.

### **Relațiile vârstnicului cu ceilalți**

Mediul condiționează și relațiile cu ceilalți, care sunt influențate de omogenitatea de vârstă a celor din proximitate. Astfel, pentru vârstnicii care se află în comunități în care persoanele de vârstă a treia sunt majoritare și condițiile de mediu facilitează vizitele și colaborarea, relațiile de prietenie sunt întreținute și există posibilitatea ca altele noi să se constituie. Activitățile cele mai frecvente sunt mersul la biserică, întâlniri pentru a discuta politică, beau cafea împreună, etc.

Vârstnicii care locuiesc la bloc sau în case care se află la distanțe care fac mai greu posibile vizitele, sunt defavorizați în ceea ce privește interacțiunile sociale, deoarece datorită proximității scăzute, întâlnirile dintre aceste persoane se realizează mai greu, cu excepția acțiunilor care au ca scop acest lucru sau în activități în care este cuprinsă toată comunitatea, cu ocazia diferitelor sărbători sau evenimente. În casele în care locuiesc familii multigeneraționale, încheierea relațiilor de prietenie și colaborare dintre vârstnici este mai dificilă, deoarece aceștia chiar dacă se văd, se cunosc și au posibilitatea de a se întâlni, o fac destul de rar, fiind preocupați de realizarea rolurilor și sarcinilor pe care le au în familie. Aceste situații se găsesc frecvent în mediul urban în case și apartamente apropiate. Situațiile în care persoanele vârstnice sunt puține ca număr și distanța dintre ele este destul de mare sunt întâlnite în zonele rurale în care casele sunt la distanțe apreciabile; aici posibilitatea persoanelor vârstnice de a interacționa este mult diminuată.

Instituțiile de asistență socială oferă posibilitatea persoanelor vârstnice să interacționeze, ca urmare a faptului că se afla în proximitate iar omogenitatea de vârstă este asigurată, însă acest lucru nu este suficient. Persoanele instituționalizate interacționează până la un anumit moment, după care intervine saturația, apare nevoia de schimbare, de cunoaștere a altor persoane, care să ofere posibilitatea dobândirii de noi satisfacții și aprecieri. Pentru asigurarea respectării drepturilor tuturor beneficiarilor din aceste instituții, sunt elaborate regulamente și norme interne care sunt percepute a fi prea severe pentru unii dintre beneficiari, ca urmare apar nemulțumiri, conflicte interne între beneficiari, dar și între beneficiari și angajați. Cele mai contestate interdicții sunt cele legate de consumul de alcool, de respectarea normelor de igienă și de preferințele alimentare ale beneficiarilor.

### **Rolurile persoanelor vârstnice**

Rolurile persoanelor vârstnice sunt strâns legate de așteptările societății contemporane de la aceste persoane. Din acest punct de vedere există doi poli, primul care are ca reprezentare persoana vârstnică aflată în putere, activă, care este utilă societății, care profită de viața pe care o mai are de trăit și continuă viața adultă, iar la celalalt pol se situează persoana vârstnică dependentă, singură,

bolnavă și care nu mai are de așteptat decât moartea. Înaintarea în vârstă, precum și așteptările societății afectează modul în care persoanele vârstnice exercită aceste roluri.

Înaintarea în vârstă este caracterizată mai mult de pierderea rolurilor decât de achiziționarea altora noi; astfel, rolul de persoană activă în profesia exercitată se pierde odată cu ieșirea la pensie iar decesul partenerului de viață aduce cu sine pierderea rolului de soț/soție, pierderea prietenilor, a colegilor, a rudelor; ca urmare a decesului acestora se diminuează și mai mult din rolurile avute.

Rolurile persoanelor vârstnice sunt dependente și de alte aspecte, car, comparativ cu vârstnicii de acum două decenii sunt următoarele:

- vârstnicii de azi se simt mai puțin singuri; acest lucru este posibil datorită posibilității mai facile și în timp mai scurt de a se deplasa pe distanțe mari iar progresul tehnologic face posibil ca vârstnicii să aibă acces la telefon atât în mediul urban cât și în mediul rural; veniturile persoanelor vârstnice sunt mai mari și acoperă în proporție mai mare nevoile lor, ceea ce face atractivă conviețuirea sau întreținerea unei persoane vârstnice;
- Numărul persoanelor vârstnice cu studii superioare este mult mai mare, ceea ce influențează nivelul de relaționare, acceptarea echilibrată a vârstei de pensionare, identificarea și implicarea cu mai mare ușurință în activități aducătoare de venituri dar și de satisfacții;
- Locuințele sunt mai confortabile, condițiile de habitat mai bune;
- Accesul la serviciile medicale a scos în evidență ameliorări ale stării de sănătate iar speranța de viață a crescut;
- Accesul la informații este mai facil, oferta programelor TV este mult îmbunătățită;
- Persoanele vârstnice sunt mult mai active și preocupate de modalități de petrecere a timpului liber;
- A crescut toleranța în privința homosexualității și a avortului;
- Sunt tot mai reduse diferențierile dintre ofertele făcute persoanelor vârstnice și celelalte categorii, pentru petrecerea vacanțelor de exemplu.

Pierderea unor roluri obligă la achiziționarea altora noi. Timpul liber, vecinătatea, capacitățile fizice, abilitățile și valorile obligă implicarea vârstnicului în activități care sunt oferite de mediu sau de oportunități și care impun anumite responsabilități.

Responsabilitățile agreate de vârstnici:

- activități gospodărești și de întreținere a spațiului de locuit;
- În mediul rural, cultivarea grădinii;
- Activități de reparare și întreținere a casei de locuit;
- Ajutor acordat membrilor familiei, asumarea responsabilităților de îngrijire a nepoților;

- Persoanele instituționalizate sunt prejudiciate de achiziționarea acestor roluri deoarece deciziile sunt de competența personalului, prin urmare și implicarea în viața instituției este limitată.

Persoanele vârstnice se confruntă și cu problema pierderii din consistență a unor roluri, cum ar fi rolul de mamă și de tată, dar și a expectanțelor și a solicitărilor, care îi eliberează dar și le limitează opțiunile. Modalitățile optime de intervenție sunt implicarea persoanelor vârstnice în achiziționarea unor noi roluri în funcție de caracteristicile personale, așteptările ca o persoană care nu a fost activă toată viața, să devină un vârstnic implicat în viața comunității este nerealistă, însă rolurile de bunic sau responsabilizarea de a face piața sunt binevenite deoarece face posibilă păstrarea autonomiei pentru o perioadă cât mai mare. Instituționalizarea, indiferent de motivele ei este percepută de vârstnic ca o izolare de restul comunității în situația în care domiciliul lui se află în altă localitate și o stigmatizare dacă instituția se află în localitatea lui de domiciliu. Odată cu pierderea rolurilor datorate pensionării, pierderii partenerului de viață și a deteriorării celor de părinte, vârstnicul instituționalizat nu are posibilitatea de a câștiga alte roluri sau de a le păstra pe cele care presupun întreținerea gospodăriei proprii, a relațiilor cu prietenii care mai sunt în viața, sau de buna vecinătate, instituția obligă la dobândirea unor roluri la care se adaptează mai greu, iar mediul este mai greu de controlat sau de modificat.

## **INTERVENȚII ASUPRA BUNĂSTĂRII VÂRSTNICILOR**

Sprrijinul persoanelor vârstnice este asigurat prin două forme de solidaritate, cea familială și cea publică. Solidaritatea familială asigură transmiterea valorilor generațiilor următoare dar și resurse financiare, iar solidaritatea publică asigură transferuri financiare din partea adulților activi către persoanele vârstnice.

Cele două forme de solidaritate se intersectează și se completează, situațiile fiind diferite, unele persoane vârstnice în cadrul realizării rolurilor lor sprijină familia prin preluarea activităților de gospodărire a locuinței sau îndeplinirea sarcinilor de bunic, ceea ce face posibil ca adulții să-și desfășoare activitățile din câmpul muncii, sprijină financiar familia prin contribuția pe care o are, dar sunt și situații în care familia este obligată să-și reorganizeze modul obișnuit de viață ca urmare a faptului că vârstnicul din familie și-a pierdut autonomia și este dependent de ajutorul lor, situație în care pot păstra vârstnicul în familie sau pot apela la serviciile oferite de societate.

Familia se implică în servicii de sprijin informal acordate vârstnicilor prin activități curente de gătit, spălat, suport emoțional, etc, fiind evidențiat faptul că serviciile informale oferite de familie, prieteni, voluntari sunt asigurate în proporții diferite și depind de existența și de gradul de utilizare al serviciilor formale, de către vârstnici. Numărul persoanelor instituționalizate, care au

domiciliul în localitatea în care se află instituția de asistență socială, este mult mai mare comparativ cu alte localități. În același timp însă, apariția și dezvoltarea serviciilor comunitare sunt determinate de situația economică care împreună cu situația socială și politică influențează modalitatea de interpretare și intervenție în problemele persoanelor vârstnice. Este recunoscut faptul că nu procesul de îmbătrânire reprezintă problema și fac persoanele vârstnice vulnerabile, ci capacitatea acestor persoane de a face față cu veniturile pe care le au condițiilor din societate.

Persoana vârstnică transformată în persoană vulnerabilă de următorii factori:

- Sărăcie;
- Locuință inadecvată;
- Primirea de servicii de calitate inferioară;
- Reglementări legale neavantajoase.

Motivele care au determinat instituționalizarea persoanelor vârstnice în centrele de îngrijire din județul Arad au fost:

Dezinteres din partea aparținătorilor	Conflict cu aparținătorii	Violența intrafamilială	Sănătate	Singurătate	Venituri reduse	Lipsă locuință
6%	7,8%	5,22%	21,74	19,13%	15,66%	24,35%

Nu toate persoanele vârstnice sunt vulnerabile din perspectiva veniturilor pe care le au, iar noile reglementări legislative care au făcut posibilă majorarea semnificativă a pensiilor, ridică venitul acestora uneori cu mult peste veniturile persoanelor active cu studii superioare din sectorul de stat.

Posibilitățile reduse ale vârstnicului de adaptare și răspuns la solicitările societății, au dus la apariția diferitelor tipuri de servicii prezentate în Ghidul european al vârstei a treia (Gîrleanu-Șoitu 2006), după cum urmează:

- a) *servicii medicale*: spitale generale, spitale cu compartimente speciale de geriatrie, spitale de psihiatrie, medici generalişti care lucrează în spital sau care fac vizite la domiciliu;
- b) *Servicii rezidențiale*: adăposturi sau locuințe colective; apartamente de serviciu; case ale vârstnicilor; centre de îngrijire; cămine de bătrâni; spitale care acorda îngrijire pe termen mediu și lung;
- c) *Servicii comunitare*: servicii de îngrijire la domiciliu; asistență medicală comunitară; centre de zi sau sociale pentru vârstnici; servicii de furnizare a hranei la domiciliu; centre de îngrijire pe parcursul zilei; servicii de curățenie la domiciliu.

Accesarea serviciilor de protecție socială este un drept al persoanelor vârstnice prevăzut în Carta socială europeană, aceștia având posibilitatea de a decide pentru ei care le este cel mai

adecvat stil de viață, fiind sprijiniți în acest demers de reglementările legale cuprinse în: Legea 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice; Ordinul Nr. 246 din 27 martie 2006 privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoanele vârstnice; Legea 47 Privind sistemul național de asistență socială; Ordinul nr. 68/ 28.09.2003 privind serviciile sociale; H.G. 541 privind aprobarea Strategiei Naționale pentru dezvoltarea asistenței sociale pentru persoanele vârstnice; Legea 448 /2006 privind protecția drepturilor persoanelor cu handicap.

Sistemul național de asistență socială pentru persoanele vârstnice din România oferă următoarele tipuri de beneficii și servicii:

- a) transferuri bănești: ajutoare sociale; ajutoare pentru încălzirea locuinței; ajutoare de urgență; indemnizații sau alte pensii decât cele provenite din sistemul de asigurări sociale;
- b) gratuități sau reduceri de costuri pentru: tratament balnear și odihnă; transport în comun sau interurban; abonamente radio-TV; magazine de tip economat;
- c) facilități pentru îngrijirea sănătății: asistență medicală fără plata unei contribuții cu excepția celor care au pensii peste 900 lei; compensări și reduceri ale costurilor la medicamente;
- d) servicii acordate în instituții de asistență socială de tip rezidențial: găzduire, îngrijire, asistare, recuperare, suport și consiliere;
- e) servicii de îngrijire la domiciliu. Aceste servicii pot fi accesate de către vârstnicii cu venituri reduse;
- f) Servicii alternative de tip centre de zi, centre de odihnă, cluburi.

Serviciile destinate persoanelor vârstnice sunt în principal responsabilitatea comunităților locale, fiind reglementate de Legea 17/2000 care prevede modalitatea de finanțare, sistemul de implementare, responsabilitățile diferențiate conform serviciilor oferite, ca urmare a evaluării nevoilor persoanelor vârstnice.

Servicii comunitare pot să fie:

- servicii asigurate persoanelor vârstnice la domiciliu;
- Servicii asigurate persoanelor vârstnice în cămine.

Serviciile asigurate persoanelor vârstnice la domiciliu sunt:

a) servicii sociale privind, în principal, îngrijirea persoanei, prevenirea marginalizării sociale și sprijinirea pentru reintegrarea socială, consiliere juridică și administrativă, sprijin pentru plata unor servicii și obligații curente, îngrijirea locuinței și gospodăriei, ajutor pentru menaj, prepararea hranei. Aceste servicii sunt constituite și funcționează în principal în orașele mari, care au fonduri suficiente care să facă posibilă dezvoltarea acestor servicii. Serviciile de consiliere

juridică sunt foarte importante pentru persoanele vârstnice deoarece absența informației și consilierii de specialitate face posibilă prejudicierea vârstnicilor prin semnarea de către aceștia în necunoștință de cauză a unor acte care îi prejudiciază de bunurile pe care le au în favoarea unor terțe persoane.

b) servicii socio-medicale privind, în principal, ajutorul pentru realizarea igienei personale, readaptarea capacităților fizice și psihice, adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice și antrenarea la activități economice, sociale și culturale, precum și îngrijirea temporară în centre de zi, aziluri de noapte sau alte centre specializate; Serviciile specializate sunt oferite în general de către Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului care oferă servicii și persoanelor vârstnice ca urmare a solicitărilor serviciilor sociale comunitare, care trebuie să justifice toate serviciile oferite persoanei vârstnice până atunci.

c) servicii medicale, sub forma consultațiilor și îngrijirilor medicale la domiciliu sau în instituții de sănătate, consultații și îngrijiri stomatologice, administrarea de medicamente, acordarea de materiale sanitare și de dispozitive medicale.

Serviciile comunitare asigurate persoanelor vârstnice în cămine sunt:

a) servicii sociale, care constau în:

- ajutor pentru menaj;
- consiliere juridică și administrativă;
- modalități de prevenire a marginalizării sociale și de reintegrare socială în raport cu capacitatea psihoafectivă;

b) servicii sociomedicale, care constau în:

- ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale;
- asigurarea unor programe de ergoterapie;
- sprijin pentru realizarea igienei corporale;

c) servicii medicale, care constau în:

- consultații și tratamente la cabinetul medical, în instituții medicale de profil sau la patul persoanei, dacă aceasta este imobilizată;
- servicii de îngrijire-infermerie;
- asigurarea medicamentelor;
- asigurarea cu dispozitive medicale;
- consultații și îngrijiri stomatologice.

În încercarea de a oferi servicii care să asigure confortul psihic necesar, costuri reduse și pentru a nu supune vârstnicul unui efort deosebit de adaptare, serviciile medicale au fost identificate ca fiind foarte importante în încercarea de a realiza păstrarea vârstnicului la domiciliu, iar dacă

acest lucru nu este posibil suportul necesar este asigurat de o instituție de asistență socială.

Beneficiază de prevederile legii 17/2000, persoană vârstnică, care se găsește în una dintre următoarele situații: a) nu are familie sau nu se afla în întreținerea unei sau unor persoane obligate la aceasta, potrivit dispozițiilor legale în vigoare; b) nu are locuința și nici posibilitatea de a-și asigura condițiile de locuit pe baza resurselor proprii; c) nu realizează venituri proprii sau acestea nu sunt suficiente pentru asigurarea îngrijirii necesare; d) nu se poate gospodări singur sau necesită îngrijire specializată; e) se afla în imposibilitatea de a-și asigura nevoile socio-medicale, datorită bolii ori stării fizice sau psihice.

Politicile sociale sunt preocupate de păstrarea pentru o perioadă cât mai mare a vârstnicului în familie, prin oferirea sprijinului informal, cu asigurarea sprijinului prin serviciile de prevenție de la nivel comunitar, deoarece costurile acestor servicii sunt semnificativ mai mici decât costurile într-o instituție rezidențială. Responsabilitatea asigurării fondurilor necesare oferirii acestor servicii atât la domiciliu cât și în centre se realizează conform principiului împărțirii responsabilităților între administrația publică centrală și cea locală. Persoanele vârstnice care beneficiază de serviciile de îngrijire de tip rezidențial, contribuie cu 60% din venitul propriu, dar nu mai mult de 390 lei lunar. Evaluarea nevoilor persoanelor vârstnice este foarte importantă în vederea oferirii serviciilor adecvate în concordanță cu nevoile lor, în funcție de care să se ofere modalități eficiente de intervenție.

#### **Măsuri suplimentare necesare**

Pentru elaborarea politicilor sociale în ceea ce privește îmbătrânirea și persoanele vârstnice, se impune luarea în considerare a tuturor aspectelor care să asigure consistența și imaginea de ansamblu a întregului proces după cum urmează: medical; juridic; administrativ; economic; social; demografic; gerontologic.

Activități concrete conform reglementărilor Strategiei Naționale de Dezvoltare a Serviciilor Sociale pentru Familii și Persoane Vârstnice în România:

- alcătuirea unei baze de date privind nevoile persoanelor vârstnice. Evidența este absolut necesară și trebuie să constituie baza de elaborare a politicilor sociale pentru persoanele vârstnice.
- Încurajarea studiilor și cercetărilor privind fenomenul îmbătrânirii și tendințelor demografice, problemelor specifice vârstei a treia.
- Îmbunătățirea calității serviciilor prin dezvoltarea de servicii sociale integrate, acest lucru fiind posibil doar în condițiile în care va exista un departament specializat în elaborarea, coordonarea și monitorizarea politicilor sociale și a programelor naționale.

- Elaborarea unui sistem legislativ clar și coerent care să asigure transparență în procesul de acordare al serviciilor persoanelor vârstnice, în momentul de față evidența persoanelor vârstnice care beneficiază de servicii de asistență socială, deoarece în momentul în care persoana vârstnică dobândește un certificat de încadrare într-o categorie de handicap intră în evidența Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap.
- Crearea unei rețele naționale de servicii de îngrijire pentru persoanele vârstnice, identificarea surselor de finanțare și stabilirea autorității care are responsabilitatea constituirii, monitorizării și dezvoltării acestor servicii.
- Creșterea calității pregătirii personalului, prin stabilirea unor criterii unitare privitoare la formarea inițială și formarea continuă.
- Dezvoltarea serviciilor la domiciliu, prin asigurarea fondurilor inițiale necesare de către autoritatea centrală, asigurarea continuității fiind în responsabilitatea comunității locale.
- Promovarea parteneriatului public-privat pentru asigurarea unei distribuții uniforme a serviciilor oferite la nivel național dar și pentru ridicarea calității serviciilor oferite persoanelor vârstnice.
- Elaborarea unor criterii clare privind colaborarea dintre serviciile de asistență socială și cele ale Ministerului Sănătății.

## CONCLUZII

Diferențele dintre persoanele vârstnice în ceea ce privește starea de sănătate, nivelul de școlarizare, gradul de formare profesională sau stilul de viață contribuie la imaginea de grup neomogen. Încadrarea deficitară a vârstnicilor într-o categorie de vârstă, fiindu-le atribuite și roluri de adulți activi dar și de persoane pasive, inutile și care nu mai au ce da la schimb, face greu de fundamentat un buget sau politici sociale care să facă posibilă dezvoltarea serviciilor de asistență socială adaptate nevoilor persoanelor vârstnice, cu atât mai mult cu cât nu există studii și evidențe privitoare la venituri, condiții de habitat, resurse în sistemul formal de la nivel local, precum nici gradul de implicare din mediul informal.

### Glosar de termeni:

a) **procesul de incluziune socială** reprezintă setul de măsuri și acțiuni multidimensionale din domeniile protecției sociale, ocupării forței de muncă, locuirii, educației, sănătății, informării-comunicării, mobilității, securității, justiției și culturii, destinate combaterii excluziunii sociale;

- b) **nevoia socială** reprezintă ansamblul de cerințe indispensabile fiecărei persoane pentru asigurarea condițiilor de viață în vederea interării sociale;
- c) **prestațiile sociale** sunt măsuri de redistribuție financiară destinate persoanelor sau familiilor care întrunesc condițiile de eligibilitate prevăzute de lege;
- d) **serviciile sociale** reprezintă ansamblul complex de măsuri și acțiuni realizate pentru a răspunde nevoilor sociale ale persoanelor, familiilor, grupurilor sau comunităților, în vederea prevenirii și depășirii unor situații de dificultate, vulnerabilitate ori dependență, pentru creșterea calității vieții și promovarea coeziunii sociale; serviciile sociale se pot organiza în forme diverse, stabilite prin nomenclatorul serviciilor sociale;
- e) **furnizorii de servicii** sociale sunt persoanele fizice sau juridice, de drept public ori privat, care acordă servicii sociale în condițiile prevăzute de lege;
- f) **șezământul** reprezintă amplasamentul social organizat pentru desfășurarea serviciilor sociale și a altor activități de interes obștesc;
- g) **colectivitatea locală** reprezintă totalitatea locuitorilor dintr-o unitate administrativ-teritorială cu interese, credințe sau norme de viață comune;
- h) **comunitatea locală** reprezintă membrii organizați ai colectivității locale, formele de asociere a acestora, instituțiile administrației publice locale, precum și alte instituții publice ori private din domeniul educației, sănătății sau altele asemenea;
- i) **acreditarea** reprezintă procesul prin care furnizorul de servicii sociale își demonstrează propria capacitate funcțională, organizațională și administrativă în acordarea serviciilor sociale, cu condiția respectării standardelor de calitate în vigoare, iar statul recunoaște competența acestuia de a acorda servicii sociale;
- j) **standardele generale** și specifice de calitate reprezintă ansamblul de norme pe baza cărora sunt evaluate și monitorizate activitatea furnizorilor și calitatea serviciilor sociale acordate;
- k) **ancheta socială** este o metoda de investigație întemeiată pe diferite tehnici de culegere și de prelucrare a informației, în scopul analizei situației sociale și economice a persoanelor, familiilor, grupurilor sau comunităților, având rol de diagnostic social;
- l) **dezvoltarea comunitara** reprezintă procesul prin care o comunitate își identifică anumite probleme prioritare, se implică și cooperează în rezolvarea lor, folosind preponderent resurse interne;
- m) **societatea civilă** este formată din persoane asociate sub diferite forme, pe baza unor interese comune, și care își dedica timpul, cunoștințele și experiența pentru a-și promova și apăra drepturile și interesele; formele asociative pot fi, în principal, asociații și fundații, organizații sindicale și patronale, organizații culturale și de cult, precum și grupuri comunitare informale.

- n) **aparținători** – persoane care, fiind sau nu rude cu beneficiarul de servicii sociale, și-au asumat formal sau informal sarcina de a-l sprijini material și moral.
- o) **beneficiar** – utilizator de servicii sociale; termenul este preferabil celui de „asistat”, a cărui conotație pasivă nu concordă cu viziunea modernă asupra protecției speciale; nici termenul de „client” nu este indicat, dată fiind conotația mercantilă pe care acest termen o are în limba română.
- p) **contract (de servicii)** – înțelegere, acord scris care produce efecte juridice, între un furnizor de servicii sociale specializate și un beneficiar, prin care se stipulează condițiile în care se desfășoară activitățile de asistență socială (drepturile și obligațiile fiecăreia dintre părți).
- r) **evaluare (a cerințelor)** – proces prin care o echipă multidisciplinară de specialiști stabilește cerințele de îngrijire, asistență, recuperare etc. ale unei persoane (cu handicap) în vederea instituirii unor măsuri terapeutice individualizate; acest proces se realizează pe trei direcții de abordare: medicală, psihologică și socială.
- s) **individualizare** – tratare individuală a beneficiarilor în procesul de furnizare a serviciilor (evaluarea nevoilor, planificarea serviciilor etc.).
- s) **senescența** : este termenul folosit ca sinonim cu îmbătrânirea normală.
- t) **senilitatea** : este termenul folosit ca sinonim cu îmbătrânirea patologică.
- t) **îmbătrânire** : un proces de degradare graduală și diferențială, este un ansamblu de fenomene, care apar ca urmare a încheierii fazei de dezvoltare și care implică schimbări din punct de vedere biologic și psihologic.
- u) **bătrânețea** : este starea ce caracterizează o grupă de vârstă particulară, cea a persoanelor de peste 60 de ani.
- v) **dezangajarea** : este procesul prin care vârstnicii devin mai preocupați de viața lor interioară, drept urmare implicarea lor în activitate este tot mai scăzută și caută roluri tot mai pasive.

## BIBLIOGRAFIE

1. FONTAINE, Roger, *Psihologia îmbătrânirii*, Polirom, Iași, 2008.
2. GÎRLEANU- ȘOITU, Daniela, *Vârsta a treia*, Institutul European, Iași, 2006.
3. GOFFMAN, Erving, *Aziluri: eseuri despre situația socială a pacienților psihiatrici și a altor categorii de persoane instituționalizate*, Polirom, Iași, 2004.
4. MIFTODE, Vasile, *Dezvoltarea comunităților etno-culturale*, Editura Expert Projects, București, 2004.
5. MUNTEAN, Anca, *Psihologia dezvoltării umane*, Polirom, Iași, 2006.
6. PUWAK, Hildegard, *Încetinirea ireversibilității. Eseu de cercetare despre vârsta a treia*, Editura Expert, București, 1995.

7. ZAMFIR, Elena, *Sistemul de asistență socială*, curs, București, 2005.
8. ZAMFIR, Elena (coord.), *Strategii anti-sărăcie și dezvoltare comunitară*, Editura Expert, București, 2000.
9. Dicționarul Larousse de Psihiatrie (ediția română) Editura Univers Enciclopedic, București, 1993.
10. Organizația Mondială a Sănătății (WHO) Page n.d. <http://www.who.int/en/>
11. Institutul național de Statistică (INSSE) Page n.d.  
<http://www.insse.ro/cm/rw/pages/index.ro.do>
12. Banca Mondială (The World Bank) Page n.d. <http://www.worldbank.org/>
13. Consiliul Europei, Biroul de informare București Page n.d. <http://www.coe.ro/>.
14. Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice republicată în M.O. nr. 157/06.03.2007.
15. OUG nr. 246/2006 pentru abrogarea unor articole din Ordinul Ministrului Sănătății nr. 975/1998 privind aprobarea Normelor igienico-sanitare pentru alimente publicat în M.O. nr. 253/21.03.2006.
16. Legea nr. 47/2006 privind sistemul național de asistență socială publicată în M.O. nr. 239/16.03.2006.
17. OUG nr. 68/2003 privind serviciile sociale publicată în M.O. nr. 619/30.08.2003.
18. HG nr 541/2005 pentru aprobarea Strategiei naționale de dezvoltare a sistemului de asistență socială pentru persoanele vârstnice în perioada 2005 – 2008 publicată în M.O. nr. 541/27.06.2005.
19. Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap republicată în M.O. nr 1/3.1.2008.