

Capitolul 6 - Problematika medico-socială a categoriilor defavorizate

Obiective educationale:

- intelegerea importantei medico-sociale a populatiei la risc;
- descrierea unor fenomene demografice legate de imbatrinirea populatiei;
- descrierea caracteristicilor medico-sociale ale populatiei la risc;
- descrierea impactului efectului de imbatrinire a populatiei.

INTRODUCERE

În întreaga lume, starea de sănătate a persoanelor care se confruntă cu instabilitatea socială, economică și politică este precară.

În anul 2000, reprezentanții a 189 de țări s-au reunit la New York pentru a adopta Declarația Mileniului, privind principiile și valorile ce urmează să fie abordate în secolul XXI, în cadrul relațiilor internaționale. Dintre cele șapte priorități sanitare mondiale ale mileniului actual, trei au în vedere dezvoltarea și abolirea sărăciei, protejarea grupurilor vulnerabile, respectarea drepturilor omului.

Din acest motiv, este dezirabilă identificarea cât mai corectă a grupurilor la risc, a indivizilor care sunt cei mai predispuși unor anumite condiții defavorabile, pentru a utiliza direct și în mod eficient resursele sanitare.

În categoria persoanelor defavorizate se încadrează familiile numeroase cu venituri insuficiente, familiile dezorganizate, persoanele de etnie romă, unii copii și tineri, șomerii, femeile, bătrânii, refugiații.

În rândul acestor persoane apar fenomene precum sărăcia, șomajul, stigmatizarea și marginalizarea socială, infraționalitatea, vagabondajul, prostituția, toxicomania.

Reducerea acestor fenomene de o gravitate extremă presupune nu numai intervenția statului, ci și implicarea activă a tuturor membrilor comunității.

Hotărârea nr. 829/2002 privind aprobarea planului național antisărăcie și de promovare a incluziunii sociale realizează următoarea clasificare a principalelor categorii sociale vulnerabile din România:

- grupurile care tradițional se confruntă cu un risc ridicat de sărăcie și excluziune socială și îndeosebi:
 - o parte importantă a celor de etnie romă;
 - familiile cu mulți copii;
 - familiile dezorganizate;
 - familiile monoparentale;

- familiile cu persoane aflate în șomaj de lungă durată;
- grupuri care se confruntă cu situații dificile în ceea ce privește condițiile de locuit:
- familiile străzii, care trăiesc în adăposturi improvizate în parcuri, în apropierea gropilor de gunoi, în ghelele de gunoi, lângă bălți și diferite terenuri abandonate
- copiii străzii, care în marea lor majoritate trăiesc prin canale sau prin gări;
- copiii care părăsesc instituțiile de ocrotire la vârsta de 18 ani;
- un grup masiv, acoperit satisfăcător înainte de 1989, dar cvasiabandonat după 1990:
- tinerii, ale căror posibilități financiare sunt extrem de reduse în vederea achiziționării unei locuințe.

Deși marea majoritate a celor în vârstă de peste 35 de ani locuiesc în general în locuințe proprietate personală, achiziționate în timp, în cazul lor apare adesea problema calității condițiilor de locuit, determinată fie de vechimea și lipsa de întreținere a locuinței, fie de absența sau problemele sistemului de furnizare a unor utilități publice.

SĂRĂCIA SI STAREA DE SĂNĂTATE A POPULATIEI

„ Acolo unde oamenii sunt condamnați să trăiască în mizerie, drepturile omului sunt violate : a ne uni pentru a le respecta este o datorie sacră ” (J. Wresinski, Paris, 1987)

„ Sărăcia reprezintă forma cea mai rea a violenței ” (M. Ghandi)

Introducere. În ultimele 5 decenii, progresele realizate în domeniul medical au făcut ca starea de sănătate în lume să se îmbunătățească considerabil. Cu toate acestea, starea de sănătate a categoriilor de populație afectate de sărăcie rămâne precară, iar a celor afectate de sărăcie extremă, cu atât mai mult. În paralel cu creșterea inegalităților sociale determinate de libertatea comerțului și a investițiilor se observă o creștere a inechităților în sănătate. În multe țări ale lumii, există un mare decalaj între progresele înregistrate la nivelul stării de sănătate a păturilor sociale favorizate față de cele defavorizate.

Aproximativ un miliard trei sute de mii de persoane (20% din populația mondială) trăiesc în condiții de sărăcie absolută, având un venit inferior unui \$ pe zi. Aproape jumătate din locuitorii planetei trăiesc în condițiile unui venit mai mic de 2 \$/zi.

În România, ca de altfel în toate țările ex-comuniste din Estul Europei, tranziția economică și socială a determinat numeroase schimbări la nivelul populației. Creșterea sărăciei în ultimul deceniu este o trăsătură comună acestui grup de țări, care se datorează, în principal scăderii producției și creșterii inegalităților. Din perspectivă regională (Europa și Asia Centrală), România cunoaște niveluri moderate de sărăcie, mai mici decât în țările Comunității Statelor Independente, dar mai ridicate decât în țările Europei Centrale.

Un raport^{2,4} al Băncii Mondiale și al Comisiei Naționale pentru Antisărăcie și de Promovare a Incluziunii Sociale (CASPI), privind România, informează că, deși rata sărăciei a scăzut în 2003, ea se menține la 25,1%, iar a sărăciei extreme la 8,6% din populație.

În ceea ce privește Indicele de Dezvoltare Umană, România se situează printre țările având o dezvoltare umană medie, cu o valoare a IDU de 0,778 în 2002⁶.

Reducerea sărăciei și a inechităților sociale la nivel național și internațional reprezintă una din principalele mize ale secolului XXI.

Definiție, concepte

Conform Băncii Mondiale este considerată săracă, persoana care nu are acces la un pachet minimal de bunuri necesare supraviețuirii. Pragul sărăciei a fost stabilit la valoarea de 2\$, iar cel al sărăciei extreme la valoarea de 1\$/ zi/ locuitor.

În 1987, Consiliul economic și social francez¹³, într-un raport general asupra sărăciei, a dat următoarea definiție sărăciei: „Sărăcia și precaritatea existenței reprezintă o violare a drepturilor omului”

Raportul OMS privind sănătatea lumii în 2003 prezintă noi concepții despre sărăcie. OMS consideră că sărăcia este un fenomen multidimensional, care depinde nu numai de situația materială ci și de nivelul de educație, de starea de sănătate, de vulnerabilitatea și de expunerea la factorii de risc ecologici și profesionali, precum și de posibilitatea limitată a persoanei în cauză de a-și exprima și de a-și face auzite și înțelese nevoile.

De la începutul anilor 90, conceptul de sărăcie s-a modificat, în sensul că nu se mai pune accentul exclusiv pe nivelul venitului personal, drept determinant al sărăciei. Se trece de la conceptul de „bunăstare materială” la cel de „bunăstare umană”, evaluat cu ajutorul Indicelui de dezvoltare umană, elaborat în cadrul Programului Națiunilor Unite pentru Dezvoltare.

În virtutea acestui nou concept, sărăcia nu rezultă numai dintr-un venit insuficient ci și din alterarea unei serii de potențiale ale ființei umane, printre care se încadrează și starea de sănătate. Noțiunea de sărăcie se referă la privarea persoanei de mijloacele de realizare și de accesare la aceste potențiale.

Sărăcia este o sursă de marginalizare socială, deoarece privează individul de drepturile sale fundamentale și de libertatea de a-și satisface nevoile primare (de la cele legate de alimentație și igienă, până la obținerea de medicamente esențiale) și sociale, care includ capacitatea de a participa la viața comunității, de a se alătura discuțiilor publice, de a participa la luarea de decizii politice, etc. Ulterior, această lipsă de libertate împiedică dezvoltarea potențialului personal, și dăunează astfel dezvoltării societății.

Deși în prezent dezvoltarea comunităților umane se apreciază cu ajutorul Indicelui de Dezvoltare Umană, care reunește trei variabile, produsul intern brut pe cap de locuitor, drept determinant al dezvoltării economice, speranța de viață la naștere, indicator al stării de sănătate și rata școlarizării, indicator al nivelului de educație, conceptul este mult mai amplu. Dezvoltarea umană este strâns legată de posibilitatea libertății de alegere a individului și de respectarea demnității acestuia. Paradigma dezvoltării umane nu consideră indivizii drept beneficiari pasivi ai activităților economice și sociale, ci agenți activi ai schimbărilor sociale.

Conform ONU, conceptul dezvoltării comunităților umane este definit drept „procesul de lărgire a posibilităților prin care generațiile prezente și viitoare își pot manifesta deplin opțiunile în domeniul social, cultural sau politic, ființa umană în sine fiind așezată în centrul acțiunilor destinate dezvoltării”.

În considerațiile referitoare la sărăcie nu trebuie ignorat conceptul de precaritate. După Joseph Wresinski, persoanele cu risc de precaritate sunt indivizii care trăiesc în condiții de insecuritate materială și socială („people living in insecure conditions”). Existența noastră este strâns legată de forța relațiilor sociale. Ruperea uneia dintre aceste legături sociale (de exemplu lipsa unui loc de muncă), antrenează fragilizarea celorlalte și conduce la sărăcie și la precaritate.

Precaritatea se referă la absența securității individului în ceea ce privește construirea viitorului, la imposibilitatea acestuia de a-și asuma obligațiile profesionale, familiale și sociale, de a beneficia de drepturile sale fundamentale, și este strâns legată de sentimentul de fragilitate socială care apare în lipsa mijloacelor necesare conceperii de proiecte pe termen lung.

Relația existentă între sărăcie și starea de sănătate

Între starea de sănătate și nivelul de sărăcie există o relație directă și un cerc vicios. Sărăcia determină malnutriție, limitează accesul la îngrijiri, crește vulnerabilitatea la factorii de risc individuali sau de mediu. Starea de sănătate precară reduce capacitatea de muncă, productivitatea individului și veniturile familiei, afectează calitatea vieții acestuia, determinând sau perpetuând în cele din urmă sărăcia.

Modelul de morbiditate din populația generală se regăsește și în cadrul grupurilor populaționale afectate de sărăcie, dar o prevalență crescută o au bolile infecțioase și bolile cu transmitere sexuală (VIH/SIDA, paludismul, tuberculoza, sifilisul, hepatitele, bolile diareice). Mortalitatea infantilă și mortalitatea maternă, determinată de lipsa de educație, accesul dificil la produsele contraceptive, rata crescută a avorturilor, înregistrează valori crescute în rândul categoriilor de populație defavorizată.

Ultimele cercetări privind morbiditatea populației sărace constată faptul că, alături de bolile transmisibile apar cu o frecvență crescută, fenomene determinate de comportamentele viciate sau la risc. Studiile au demonstrat că fenomenele de violență îndreptate împotriva celorlalți, sau a propriei persoane, alcoolismul, tabagismul, accidentele rutiere, răspund gradientului social. Apariția lor este determinată de statutul socio-economic al individului, sau al grupului din care face parte și de condițiile de viață și de muncă (stress, insecuritate, șomaj, etc.),

Așadar, o stare de sănătate precară este atât cauză cât și consecință a sărăciei. Din acest motiv, o mare parte din intervențiile sectorului sanitar vizează în mod special promovarea sănătății la nivelul populației sărace.

Faptul că o stare bună de sănătate poate preveni sărăcia, sau cel puțin reprezintă o modalitate de a o evita, este un aspect care a fost inițial mai puțin luat în considerare. Studiile au demonstrat însă, că starea bună de sănătate, prin contribuția sa la dezvoltarea capitalului uman și social și în consecință a productivității, poate determina creșterea venitului personal și dezvoltarea economică națională.

Ameliorarea stării de sănătate a populației ar putea să se evidențieze la un moment prin creșterea veniturilor. Se apreciază⁷ că o creștere cu 5 ani a speranței de viață, ar putea ameliora rata dezvoltării economice cu 0,3-0,5% pe an.

Ameliorarea și protejarea stării de sănătate a categoriilor de persoane sărace devine astfel un element important în lupta împotriva sărăciei.

Implicarea sistemelor de sănătate în combaterea sărăciei

Relația directă existentă între sărăcie și starea de sănătate presupune necesitatea implicării sistemelor sanitare în activitățile de diminuare a fenomenului sărăciei. În cadrul sistemelor de sănătate se încearcă astăzi, găsirea unor soluții și răspunsuri referitoare la impactul pe care îl are sărăcia asupra stării de sănătate.

Recent, OMS a încercat să identifice exemple de intervenții¹ ale sistemelor de sănătate care pot remedia diferite aspecte specifice sărăciei. „Dar, datorită contextului cultural particular, a practicilor, legislațiilor, valorilor și aspirațiilor sociale diferite, este dificilă elaborarea unor politici și măsuri de intervenție universal valabile, posibile a fi aplicate la scară europeană”¹, se menționează în raportul OMS, privind implicarea sistemelor de sănătate în combaterea sărăciei.

Totuși, în urma studiilor efectuate au putut fi identificate câteva concluzii¹ privind implicarea serviciilor de sănătate în reducerea fenomenului sărăciei.

- Sistemele de sănătate pot contribui prin acțiuni eficiente la ameliorarea stării de sănătate a categoriilor defavorizate, fără a fi necesară reformarea practicilor existente sau dezvoltarea unor modele științifice complexe.
- Un sistem de sănătate poate fi uneori un obstacol și deveni astfel, o cauză a sărăciei pentru persoanele defavorizate, care nu-și pot permite plata serviciilor directe sau indirecte.
- Chiar dacă se asigură gratuitatea serviciilor de sănătate, uneori ele rămân în continuare inaccesibile, la nivel cultural sau geografic.
- Pe lângă deblocarea unor resurse financiare pentru combaterea sărăciei, este necesară și formarea unui personal specializat în întâmpinarea nevoilor populației paupere.

Câteva întrebări derivă din aceste concluzii: Care sunt acțiunile care pot avea cel mai mare impact asupra reducerii sărăciei? Care sunt inițiativele cel mai ușor de exploatat și de extins pe scară largă?

Pentru a putea răspunde acestor întrebări, se așteaptă crearea unei baze de date cuprinzând inițiativele de succes realizate la nivelul populației afectate.

Echitatea în sănătate

Echitatea și accesul universal la îngrijiri sunt principii unanim recunoscute pentru fundamentarea unor sisteme de sănătate performante.

Echitatea este un concept bazat pe justiția distributivă, care, aplicat domeniului sanitar înseamnă reducerea șanselor de a fi sănătos în cazul grupelor sociale mai puțin privilegiate.

Echitatea este un concept mai larg, deoarece cultivă asigurarea oportunității de șanse, tuturor grupelor de populație indiferent de categorie socială, mediu, domiciliu, nivel de instrucție, sex, nivel de sănătate, capacitate de muncă, etc.

Este binecunoscut faptul că în cazul categoriilor de populație defavorizate, morbiditatea, incapacitatea, invaliditatea și decesul precoce sunt mai frecvente, dar și faptul că, accesul grupelor defavorizate la îngrijiri, deși mai necesar, este mai dificil.

Printre obiectivele sanitare mondiale ale noului mileniu, stabilite în cadrul Declarației Mileniului și care se doresc a fi realizate până în anul 2015, se numără: accesul universal și echitabil la serviciile de sănătate, reducerea cu 50% a numărului persoanelor care trăiesc în condiții de sărăcie absolută, reducerea cu două treimi a ratelor mortalității infantile și juvenile, reducerea cu trei sferturi a ratei mortalității materne.

Sărăcia în România

În România, sărăcia este prevalentă² în regiunile de dezvoltare: NE, SV și SE, în mediul rural, în zonele cu șomaj crescut, în grupurile de romi, în gospodăriile de pensionari, în familiile numeroase și cele care au peste 3 copii, în gospodăriile în care capul familiei este neinstruit și în familiile uniparentale. Aici se găsesc persoanele cele mai susceptibile în a contacta o boală și a căror adresabilitate și acces la îngrijiri sunt limitate.

Rata sărăciei în România, în anul 2003 este de 25,1%, iar a sărăciei extreme este de 8,6%.

Ce poate face sistemul sanitar pentru ameliorarea nivelului precar al stării de sănătate, prin combaterea sărăciei?

- să cultive în mediile politice ideea că sănătatea este o investiție productivă,
- să pledeze pentru creșterea responsabilității autorităților publice referitoare la asigurarea condițiilor prin care se poate promova un acces echitabil la serviciile de sănătate,
- să se asocieze strategiilor naționale și sectoriale de combatere a sărăciei (învățământ, drumuri, dezvoltare rurală),
- să militeze pentru includerea sănătății în politicile sectoriale de dezvoltare,
- să cultive la nivelul îngrijirilor primare de sănătate, practica supravegherii medico-sociale active a persoanelor din grupele la risc înalt,
- să înființeze servicii preventive și medico-sociale în comunitățile/zonile cu o numeroasă populație defavorizată,
- să dezvolte acele servicii care răspund efectiv bolilor dominante din mediile defavorizate (sănătatea materno-infantilă, prevenirea bolilor infecțioase și cu transmitere sexuală) și să cultive comportamentele favorabile sănătății,
- să pledeze pentru buna funcționare a sistemului asigurărilor de sănătate și a celor de asistență socială.

Ministerul Sănătății a elaborat linii directoare în spiritul celor anterior prezentate. La elaborarea acestor proiecte au colaborat specialiști din Institute de Cercetări, din direcțiile de Sănătate Publică și practicieni din toate cele 8 regiuni ale țării.

În raportul Ministerului Sănătății pe anul 2003¹⁶, sunt prezentate câteva măsuri cu caracter social, privind grupurile vulnerabile:

- acordarea lunară în regim de gratuitate a trei medicamente de producție internă persoanelor vârstnice cu venituri de până la 1,4 milioane lei lunar, pentru afecțiuni cu impact major asupra morbidității acestei categorii de persoane. Lista elaborată în acest scop a fost extinsă de la 131 de medicamente, la 201.
- depistarea grupurilor sociale defavorizate, cu acces deficitar la serviciile medicale și asigurarea condițiilor legale pentru includerea acestora în categoria persoanelor beneficiare de servicii medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale (familii aflate în stare avansată de sărăcie, familiile cu mulți copii, șomerii, locuitorii din zonele rurale izolate, persoane fără loc de muncă și lipsite de venit constant, persoane fără locuință).
- includerea a peste 25000 de cetățeni de etnie rromă în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, în cadrul unui proiect având în perspectivă îmbunătățirea stării de sănătate a peste 125 000 de cetățeni de etnie rromă.

Liniile forță stabilite pentru următorii ani vizează optimizarea serviciilor de sănătate și creșterea eficienței acestora prin:

- articularea îngrijirilor medicale cu serviciile medico-sociale
- dezvoltarea asistenței ambulatorii
- dezvoltarea de îngrijiri la domiciliu
- conversia și restructurarea unor spitale ineficiente, slab dotate, cu un număr insuficient de specialiști, în alte tipuri de servicii - unități medico-sociale cu paturi, centre rurale multifuncționale care să asigure asistență de specialitate (cu personal permanent/ timp parțial – centre de permanență), stații de ambulanță, servicii medico-sociale și preventive destinate cu precădere programelor naționale de sănătate (TBC, ocrotirea mamei și copilului)

Se intenționează organizarea unor rețele coordonate de îngrijiri cu caracter orizontal, prin care să se amelioreze îngrijirile la domiciliu asigurate de medicii de familie și supravegherea medicală activă a bolnavilor cronici.

Programele de protecție socială

Statul român redistribuie aproximativ 10% din PIB prin intermediul programelor de protecție socială.

Programele de protecție socială sunt cuprinse în două mari categorii: de asistență socială și de asigurări sociale. Programele de asistență socială includ prestația Venitului Minim Garantat (VMG), alocații pentru căldură, alocația de stat pentru copii și alocația suplimentară pentru copii. În programele de asigurare

sociale intră, în principal, pensiile pentru foștii salariați sau agricultori și cei aflați în întreținerea acestora (de urmaș) și ajutoarele de șomaj. În afara acestora, sistemul de asigurări sociale asigură contribuitorilor o gamă largă de prestații bănești și servicii precum indemnizația de maternitate și concediul plătit pentru îngrijirea copiilor, ajutor în caz de deces, pe lângă asigurarea împotriva șomajului, plățile compensatorii și măsurile active pentru piața muncii.

Programul VMG (pe baza testării mijloacelor), legiferat în 2002, a înlocuit programul de Ajutor Social care a funcționat între 1995 și 2001 și care, datorită modului nesatisfăcător de finanțare, concepere și aplicare, a devenit ineficace. Eligibilitatea pentru VMG este stabilită pe baza testării venitului și dotării. Pragul de venit este stabilit în funcție de venitul și mărimea familiei. Prestația VMG acoperă diferența dintre pragul stabilit pentru program și venitul efectiv al familiei. Pentru membrii de familie cu capacitate de muncă, prestația este condiționată de efectuarea unui număr de ore de muncă în beneficiul comunității. În 2002, programul a acoperit aproape 619.000 familii, iar costul total a reprezentat 0,28% din PIB.

Prin programul *ajutorului pentru căldură* se acordă un ajutor bănesc familiilor cu venituri mici pe perioada sezonului rece (noiembrie – martie), cuantumul acestui ajutor depinzând de nivelul agregat al familiei și sursa/tipul de combustibil folosit pentru încălzit. Pentru gospodăriile neracordate la rețeaua de termoficare, ajutorul este acordat sub forma unei sume plătite odată sau în tranșe lunare.

Alocația de stat pentru copii și alocația suplimentară pentru familiile cu mai mulți copii alcătuiesc, împreună, de departe cea mai mare parte a transferurilor sociale.

Alocația de stat pentru copii este o prestație universală acordată lunar pentru fiecare copil până la vârsta de 16 ani (18 dacă urmează cursurile de zi ale învățământului secundar), cu condiția frecventării cu regularitate a școlii de către cei care au împlinit 7 ani.

În același timp, familiile cu 2 sau mai mulți copii beneficiază și de o *alocație suplimentară pentru copii*.

Alocația suplimentară a fost introdusă în încercarea de a îndrepta mai precis programul către familiile sărace, știut fiind că cele cu mai mulți copii se confruntă cu un risc sporit de sărăcie.

Ajutorul de șomaj acordat de sistemul de asigurare împotriva șomajului a fost raționalizat în 2002 când a fost votată o nouă lege. Cuantumul prestației este fixat la 75% din salariul mediu brut și se acordă timp de 6 până la 12 luni, în funcție de vechimea în muncă. Pe lângă acesta se acordă plăți compensatorii salariaților care și-au pierdut locurile de muncă prin concedieri colective, cuantumul lor depinzând de salariul mediu avut anterior și vechimea în muncă. În afara prestațiilor bănești, din fondul de șomaj se mai finanțează o gamă diversă de măsuri active pentru piața muncii cuprinzând programe de consiliere profesională, lucrări publice și microcredite.

MARGINALIZAREA ȘI STIGMATIZAREA

Sărăcia determină creșterea riscului de stigmatizare și marginalizare economică, socială și politică a categoriilor sociale afectate.

Marginalizarea se regăsește în accesul limitat la anumite drepturi și servicii sociale în comparație cu restul populației, în discriminarea acestora în funcție de diferite criterii de sex, vârstă, situație materială, număr de copii, apartenența la o anumită etnie sau comunitate religioasă.

Limitările discriminatorii se concretizează în acces limitat la piața forței de muncă, concedieri nejustificate, lipsa accesului la servicii medicale gratuite, cauzate de faptul că beneficiarii nu sunt cuprinși în sistemul de asigurări medicale, accesul limitat la cultură și educație. Copiii proveniți din familii sărace sunt mai expuși riscului de abandon școlar, de excludere din colectivitățile de la școală sau din vecinătate. Nivelul redus de pregătire școlară este întotdeauna asociat cu o poziție dezavantajoasă pe piața muncii.

Sărăcia nu este însă unica cauză a marginalizării. Studiile¹⁸ asupra marginalizării fac referiri la următoarele categorii sociale:

- șomerii, angajații în servicii necalificate;
- persoanele cu venituri mici, fără proprietăți/ teritorii;
- persoanele cu handicap mintal și fizic sau cu alte dizabilități;
- analfabeții, persoanele lipsite de calificare profesională
- toxicomanii;
- delicvenții;
- copiii abuzați sau care trăiesc în condiții improprii;
- copiii utilizați ca forță de muncă;
- părinții singuri;
- tinerii, în special absolvenții fără experiență;
- străinii, refugiații, imigranții;
- minoritățile etnice, lingvistice, religioase sau rasiale aflate în condiții de dificultate;
- beneficiarii de asistență socială, cei care au nevoie de asistență socială, dar nu o primesc;
- rezidenții cartierelor rău famate;
- devianții.

Stigmatizarea poate avea efecte constructive sau distructive. Stigmatizarea este etichetarea sau semnul care indică o însușire sau o particularitate jenantă, reprobabilă a unui individ în grupul populațional din care acesta face parte; este practic un proces social, care poate fi controlat prin educație, toleranță și voința societății.

.Persoanele care suferă de pe urma marginalizării sau stigmatizării sociale sunt și mai vulnerabile în viața socială și au un risc mai mare de încălcare a drepturilor fundamentale.

Printre posibilitățile de combatere ale marginalizării și stigmatizării sociale se încadrează prezentarea de informații exacte despre cauzele, prevalența, evoluția și efectele acestor atitudini, combaterea ideilor eronate, stereotipe, furnizarea de servicii special destinate categoriilor de persoane afectate.

Legea nr. 116/2002 stabilește principalele acțiuni pentru combaterea marginalizării sociale.

Suferința psihologică, indusă de fragilitatea psihosocială a persoanelor aflate în situații precare, accentuată de excluderea socială și de stigmatizare nu trebuie ignorată, pentru că reprezintă un obstacol major în accesul la îngrijiri, în reinserția socială, în sprijinul pe care l-ar putea obține persoanele afectate. Din păcate, există o lipsă de formare de specialiști pentru susținerea acestei categorii de populație.

Suferința psihosocială a persoanelor defavorizate se regăsește în sentimentul de vulnerabilitate apărut datorită dificultăților vieții cotidiene, stressului la locul de muncă, oboselii permanente, fragilității sociale, în sentimentul de insecuritate datorat precarității, marginalizării, excluderii sociale, anxietății legate de ziua de mâine, **în stima de sine scăzută și sentimentul de devalorizare apărută datorită depresiei, modului în care individul este privit în societate.** Manifestările suferinței psihosociale se reflectă în comportament de izolare, eșecuri repetate, comportament la risc, conduite adictive, violența îndreptată împotriva sa și a celor din jur.

PROBLEMATICA REFUGIAȚILOR

„Tu vezi doar un străin. Un refugiat vede 23 de milioane de străini”. Sub acest slogan a fost lansată în România, campania de sensibilizare a opiniei publice vizavi de existența refugiaților în țara noastră. Ideea campaniei este aceea de a schimba mentalitatea românilor față de refugiații care aleg să trăiască în România.

Refugiații sunt cetățeni străini care, din motive bine întemeiate – persecuția din cauza rasei, religiei, naționalității, opiniei politice sau apartenenței la un anumit grup social – se afla în afara țării de origine, într-o altă țară, care le-a oferit protecția, numită țară gazdă. Odată recunoscut statutul de refugiat unei persoane, aceasta are inclusiv dreptul la un loc de muncă similar cu românii, precum și drept de școlarizare până la cel mai înalt nivel. Până să obțină aceste drepturi, solicitanții de azil au asigurată o remunerație fixă pentru cazare, masă și alte cheltuieli. Numeroase ONG-uri au ca obiect de activitate sprijinirea și oferirea de protecție refugiaților.

De cele mai multe ori, străinii care vin în România provin din țările sărace, asiatice sau africane. Ei se îndreaptă spre țările europene occidentale, dar de multe ori aleg să se stabilească în România.

Prin ordonanța nr. 102/2000 privind statutul și regimul refugiaților în România a fost stabilit ajutorul rambursabil pentru refugiați. Străinul care a dobândit statutul de refugiat poate beneficia la cerere de ajutor rambursabil, stabilit la nivelul unui salariu minim brut pe țară, pentru o perioadă de maxim 6 luni, dacă, din motive obiective, este lipsit de mijloacele de existență necesare. Pentru motive bine întemeiate, acest ajutor poate fi prelungit pentru încă o perioadă de cel mult 3 luni. Ajutorul pentru refugiați se asigură

din fondurile cu această destinație prevăzute în bugetul Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei.

PROBLEMATICA MEDICO-SOCIALĂ A POPULAȚIEI VÂRSTNICE

În prezent, lumea întreagă se confruntă cu o adevărată revoluție demografică, datorată îmbătrânirii accentuate a populației.

În anul 2003, populația persoanelor în vârstă de peste 60 de ani era de 600 de milioane. Se apreciază că până în anul 2025 acest număr se va dubla. În anul 2005, OMS estimează ponderea vârstnicilor în rândul populației la 18%.

După vârsta de 65 de ani, 11% dintre bărbați și 16% dintre femei prezintă un anumit grad de incapacitate, după 80 de ani, 4 din 5 persoane sunt afectate de incapacitate rezultată în urma unei afecțiuni cardiovasculare, osteoartriculare sau psihice.

În România, în urma recensământului din 2002 s-a observat o pondere a populației în vârstă de peste 60 de ani de 18,3% din populația totală. Date privind distribuția populației pe grupe de vârstă și sexe, arată că fenomenul îmbătrânirii este mai accentuat la sexul feminin. În ceea ce privește distribuția în profil teritorial, zonele din România cu populația cea mai îmbătrânită sunt Banatul, Oltenia și municipiul București.

ONU a stabilit vârsta de 65 de ani drept limită de la care o persoană poate fi considerată vârstnică. OMS consideră :

- persoane în vârstă – între 60 și 74 de ani;
- persoane bătrâne – între 75 și 90 de ani;
- marii bătrâni – peste 90 de ani.

Metodele de apreciere a îmbătrânirii populației sunt reprezentate de aprecierea ponderii populației vârstnice în totalul populației, calculul vârstei medii a populației, raportul între numărul vârstnicilor și numărul copiilor și indicele de dependență, reprezentând raportul între numărul persoanelor inactive și numărul persoanelor aflate în activitate.

Cauzele principale ale îmbătrânirii populației sunt reducerea natalității, creșterea speranței de viață, scăderea mortalității generale și precoce, creșterii nivelului de trai, ameliorării accesului la serviciile de sănătate, progreselor medicale ale ultimelor decenii, orientării stilului de viață spre menținerea sănătății.

Consecințele fenomenului de îmbătrânire sunt multiple: demografice, economice, sociale și medico-sociale.

Fenomenul îmbătrânirii populației determină o suită de constrângeri economice și sociale și va provoca dificultăți decidenților din domeniul sanitar și economic, deoarece populația vârstnică este mare consumatoare de servicii medicale prin supra și polimorbiditate , prin vulnerabilitatea crescută la factorii perturbatori din mediul fizic și social.

Principalele cauze de îmbolnăvire ale vârstnicilor în țările dezvoltate sunt reprezentate de artroză, osteoporoză, căderile și fracturile consecutive, tulburările de vedere, hipoacuziile, boala Alzheimer, boala Parkinson, incontinența sfincteriană.

Principalele cauze de deces ale vârstnicilor în România sunt bolile cerebrovasculare, hipertensiunea pulmonară, boala cardiacă ischemică, hipertensiunea arterială, bolile respiratorii.

Exemple de intervenții din țările dezvoltate arată că acțiunile adecvate de promovare a sănătății și de prevenire a bolilor nontransmisibile în rândul vârstnicilor pot reduce prevalența bolilor cronice și rata de incapacitate. În țările dezvoltate, măsurile de susținere a populației vârstnice pentru a rămâne activă și sănătoasă sunt considerate o necesitate, deoarece aceasta reprezintă o resursă valoroasă, adesea ignorată.

Se caută astăzi strategii destinate creșterii eficienței serviciilor destinate populației vârstnice. În opinia OMS, principalele întrebări la care trebuie să răspundă decidenții sistemului sanitar sunt următoarele:

- Cum va fi în stare un procent tot mai redus al populației active să susțină nevoile în creștere ale populației vârstnice?
- Numărul tot mai mare de vârstnici nu va determina în cele din urmă falimentul sistemelor de îngrijiri de sănătate și sociale?
- Cum ajutăm persoanele vârstnice să rămână active și independente?
- Cum îmbinăm responsabilitățile statului și ale familiei în îngrijirea persoanelor dependente?
- Cum putem folosi experiența, talentele și abilitățile vârstnicilor?
- Odată cu creșterea duratei medii a vieții, cum putem îmbunătăți calitatea vieții persoanelor vârstnice?

În acest sens, OMS a lansat conceptul de "îmbătrânire activă", având drept scop menținerea autonomiei și independenței persoanelor vârstnice.. Acest concept vizează optimizarea oportunităților pentru sănătate și securitate, în scopul îmbunătățirii calității vieții persoanelor vârstnice. Noul concept propune promovarea unui stil de viață sănătos, prin programe de prevenire a principalelor cauze de îmbolnăvire ale vârstnicilor și permite indivizilor să-și îmbunătățească potențialul fizic, psihic și social. Cuvântul activă se referă la continuarea participării persoanelor vârstnice la viața economică, socială, culturală, spirituală și nu numai la abilitatea de a fi active din punct de vedere fizic sau de a-și continua munca.

Odată pensionați, vârstnicii pot contribui activ la binele familiei și comunității din care fac parte, iar scopul îmbătrânirii active este să crească speranța de viață sănătoasă și calitatea vieții persoanelor vârstnice, inclusiv a celor afectate de incapacitate sau handicap.

Obiectivele strategiilor de îmbătrânire activă sunt următoarele:

- reducerea numărului deceselor premature;
- limitarea dizabilităților și bolilor cronice la vârstnici;
- creșterea calității vieții vârstnicilor;
- reducerea costurilor îngrijirilor medicale;
- dezvoltarea continuă de servicii sociale și de sănătate, accesibile, permissive, calitative ;

- asigurarea educației și învățământului continuu pentru personalul implicat în îngrijirile sociale și de sănătate.

Serviciile de îngrijire integrată la domiciliu au apărut din necesitatea îngrijirii unui număr din ce în ce mai mare de vârstnici afectați de un anumit grad de incapacitate. Îngrijirea la domiciliu reprezintă activitate de îngrijire medicală prestată de personal specializat, la domiciliul pacientului asigurând accesibilitate crescută la îngrijire pacientului dependent.

Este de dorit, ca fiecare caz să fie rezolvat fără a se ține cont de gravitatea acestuia, după o evaluare prealabilă medico-socială, asigurând calitate și eficiență serviciilor prestate, evitând costurile inutile pentru sistemul medical și social.

Managementul îngrijirilor persoanelor vârstnice dependente la domiciliu presupune informarea populației despre pachetul de servicii oferit, luarea în evidență a persoanelor vârstnice dependente, evaluarea necesităților fiecărui caz în funcție de priorități și resursele instituției, elaborarea unui plan individualizat de îngrijire, monitorizarea nevoilor și reajustarea planului de îngrijire în urma efectuării examenelor de bilanț.

Finanțarea acestor servicii se realizează din sistemul de sănătate și din sistemul public social. Legea 34/1998 stabilește cofinanțarea serviciilor de îngrijire de către Ministerul Muncii sau autoritatea locală. Legea 17/2000 are în vedere protecția persoanelor vârstnice, legea 705/2001 reglementează funcționarea sistemului național de asistență socială din România.

Îngrijirea la domiciliu este considerată a fi strategia optimă de îngrijire a persoanelor vârstnice în situația de dependență, nu numai datorită costului mai scăzut comparativ cu cel necesar instituționalizării persoanelor dependente, ci și datorită păstrării calității vieții acestora. Locuința face parte din identitatea vârstnicului și îi conferă repere securizante.

Schimbările cu care se confruntă persoana vârstnică și care se reflectă asupra relațiilor sociale și în special familiale sunt determinate de funcțiile corporale resimțite alterate, statutul social modificat, reducerea timpului de viață și apropierea morții, scăderea stimei de sine datorată pierderii controlului asupra funcției și integrității corporale, dependenței de îngrijiri, pierderii unor roluri în cadrul familiei, pierderii motivației de viață, a capacității de a face planuri în viitor. Vârstnicii trăiesc doliul anticipat, se confruntă cu durerea fizică, singurătatea, frica ("Mi-e frică de singurătatea în fața durerii și a morții").

O altă temă de actualitate în cadrul problematicei persoanelor vârstnice, se referă la maltratarea acestuia. Maltratarea vârstnicului se referă la abuzul (vătămarea) fizic, emoțional, sexual sau juridic, sau la neglijarea care pune în pericol sănătatea fizică și/sau emoțională sau viața vârstnicului, determinate de copiii sau alți aparținători sau persoane din anturajul vârstnicului.

Persoanele vârstnice care necesită îngrijiri medicale permanente, nu se pot gospodări singure, nu au locuință, nu realizează venituri proprii și sunt lipsite de susținători legali sunt instituționalizate în cămine.

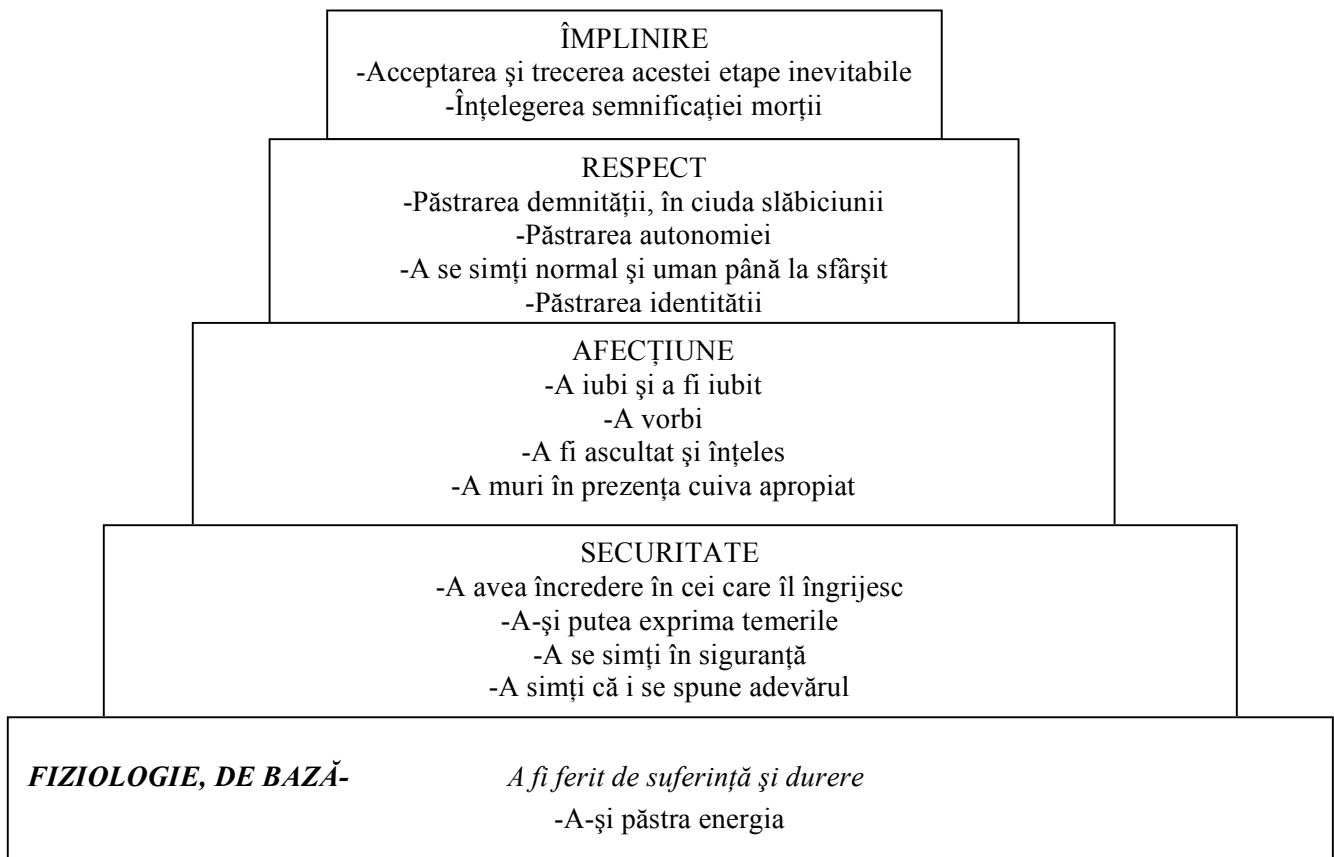
Serviciile asigurate persoanelor vârstnice în cămine sunt:

1. servicii sociale, care constau în :
 - a. ajutor pentru menaj
 - b. consiliere juridică și administrativă
 - c. modalități de prevenire a marginalizării sociale și de reintegrare socială
2. servicii sociomedicale:
 - a. ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice sau intelectuale
 - b. asigurarea unor programe de ergoterapie
 - c. sprijin pentru realizarea igienei corporale
3. servicii medicale:
 - a. consultații și tratamente în instituții medicale sau la patul persoanei, dacă aceasta este imobilizată;
 - b. servicii de îngrijire – infirmerie;
 - c. consultații și îngrijiri stomatologice.

Majoritatea deceselor în societățile contemporane dezvoltate se petrec în instituții – spitale și cămine- spital. Instituționalizarea îi obligă pe vârstnici să cedeze altora controlul vieții și morții lor. Acest lucru le afectează identitatea și stima de sine.

Nevoile vârstnicului muribund sunt complexe, de natură fizică, psihologică, socială și spirituală. Printre nevoile cel mai dificil de îndeplinit sunt: menținerea energiei, păstrarea stimei de sine, eliminarea suferinței și evitarea izolării. Ebersole și Hess pornind de la piramida lui Maslow au ierarhizat astfel nevoile muribundului.

Nevoile muribundului, pornind de la piramida lui A. Maslow



Necesitatea satisfacerii nevoilor persoanelor muribunde a determinat elaborarea de „charte ale drepturilor persoanelor muribunde”. O astfel de chartă a fost elaborată în cadrul simpozionului "Bolnavul terminal și persoanele care îl ajută (The terminally ill patient and helping person)", organizat la Wayne State University, Detroit, SUA.

Carta drepturilor muribundului

- ◆ Am dreptul să fiu tratat ca o persoană în viață, până la sfârșit;
- ◆ Am dreptul să-mi păstrez speranța (în mântuire, într-o viață viitoare etc.);
- ◆ Am dreptul să fiu îngrijit de persoane capabile să-mi întrețină speranța;
- ◆ Am dreptul să-mi exprim sentimentele și emoțiile legate de moarte;
- ◆ Am dreptul să particip la decizii;
- ◆ Am dreptul să beneficiaz de îngrijiri, chiar dacă vindecarea nu mai este posibilă;
- ◆ Am dreptul să nu mor singur;
- ◆ Am dreptul să nu sufăr;
- ◆ Am dreptul să primesc răspunsuri sincere la întrebări;
- ◆ Am dreptul să nu fiu mințit;
- ◆ Am dreptul să mor în pace și demnitate;
- ◆ Am dreptul să-mi mențin și să-mi exprim concepțiile și credințele religioase, fără a fi judecat, indiferent de concepțiile altora;

- ◆ Am dreptul să fiu îngrijit de persoane apte să-mi înțeleagă nevoile; să aibă satisfacția că m-au ajutat să traversez această ultimă etapă a vieții;

În aceeași idee, referitoare la faptul că, muribundul „are dreptul să trăiască până la capăt”, în cele mai bune condiții cu putință, au fost elaborate îngrijirile paliative. Conform SFAP (Societatea franceză pentru îngrijiri paliative, 1996), îngrijirile paliative au drept scop asigurarea calității vieții pacientului (și nu prelungirea ei cu orice preț) și familiei acestuia, având la bază conceptul „a trăi cu boala ta”. În aceste condiții, controlul durerii, asistența psihologică, socială și spirituală sunt esențiale.

Îngrijirile paliative sunt îngrijiri active care abordează global persoana afectată de o boală gravă.. Bolnavul terminal este privit ca o persoană în viață, până la capăt, iar moartea ca un proces natural în evoluția umană.

PROBLEMATICA MEDICO-SOCIALĂ A FEMEILOR

Problemele considerate a fi prioritare sau de interes pentru femeile din România se referă la: violență, prostituție și traficul cu femei, școlarizare, locuri de muncă, beneficii economice și sociale, sănătate, femeile din mediul rural, imaginea femeii în mass-media.

Violența domestică

O definiție larg acceptată este aceea că, violența domestică reprezintă orice acțiune fizică sau verbală, săvârșită cu intenție de către un membru al familiei împotriva unui alt membru al aceleiași familii, care provoacă o suferință fizică, psihică, sexuală sau un prejudiciu material. Violența domestică reprezintă un atentat la drepturile și libertățile fundamentale ale femeii.

« Drepturile femeii și ale fetei sunt o parte inalienabilă, integrală și indivizibilă a drepturilor omului. Violența bazată pe diferențe de gen, toate formele de hărțuire și exploatare sexuală, inclusiv acelea rezultate din prejudecăți culturale și trafic internațional sunt incompatibile cu demnitatea și valoarea persoanei și trebuie să fie eliminate » (Declarația și Programul de Acțiune de la Viena, 1993, p.33)

De la această declarație și până în prezent, au fost întreprinse numeroase acțiuni la nivel internațional, referitoare la problema violenței împotriva femeilor. În decembrie 1993, Adunarea Generală a Națiunilor Unite a adoptat Declarația de Eliminare a Violenței Împotriva Femeilor ». În 1995, Națiunile Unite au organizat cea de-a patra Conferință Mondială privind problemele femeilor, la Beijing, unde apărătorii drepturilor femeii au cerut factorilor de decizie ai statelor lumii, să ia măsuri concrete pentru îmbunătățirea statutului femeii. Documentul conferinței, intitulat „ Programul de acțiune de la Beijing” , include un capitol larg, dedicat eliminării violenței împotriva femeilor. În anul 2000 acest program a fost revizuit de Adunarea Generală a Națiunilor Unite, iar documentul rezultat cere din nou angajarea guvernelor în respectarea drepturilor femeilor, la scară mondială.

În România, fenomenul violenței domestice este în ascensiune, și reprezintă o problemă de sănătate publică.

Studiile²³ privind violența în familie în România, numărul de femei victime ale violenței domestice a crescut de 5 ori din 1996 până în 1998, și de 7 ori până în 2002. Pe durata vieții, 45% dintre femei au fost agresate verbal, 30% au fost abuzate fizic și 7% au fost abuzate sexual. În 1997, 23% din cazurile de divorț au avut drept cauză violența

Un alt studiu, realizat în 1998, de Centrul Pilot pentru Femeile Victime ale Violenței Domestice din București arată că 13% dintre femeile victime ale violenței domestice au murit, 74% dintre femeile victime ale violenței domestice au fost agresate de către soți, 4% de către concubini, 7% de către foștii soți, 15% de către alte rude.

Aceleași studii precizează faptul că, în ciuda severității actelor de violență din cadrul familiei, femeile ezită să se adreseze unei unități medicale sau unei autorități legislative. Deși între două treimi și o jumătate dintre femeile care au fost abuzate în ultimul an au discutat despre aceasta cu o rudă sau cu un prieten, doar 16% au reclamat episodul de violență domestică la poliție și doar 15% au discutat cu un cadru medical, numai 9% dintre femei au solicitat consultanță juridică pentru abuzul domestic suferit recent.

Având în vedere faptul că foarte puține femei au apelat la un cadru medical pentru consecințele violenței domestice, doar o femeie din cinci, în cazul celor care au suferit leziuni în urma abuzului solicitând servicii de îngrijire, sistemul de sănătate își propune să depisteze femeile abuzate și să inițieze măsuri de prevenire a abuzurilor ulterioare.

Se are în vedere constituirea unei Comisii Naționale de Prevenire și Monitorizare a Violenței Domestice, înființarea de Centre de Prevenire, Monitorizare și Combatere a Violenței Domestice și de adăposturi pentru victimele violenței domestice, la nivelul fiecărui jude.

Psihologic, s-a dovedit că abuzul apare în momentul în care victimei îi este teamă. Abuzul se manifestă sub mai multe forme: fizic, sexual, verbal, psiho-emoțional și financiar.

Violența este ciclică și evoluează în spirală, amplificându-se de fiecare dată. Agresorul își cere scuze pentru comportamentul abuziv, promite că nu se va mai repeta, dar după recăpătarea poziției și recâștigarea încrederii victimei, actele de violență reapar. Profilul psihologic al agresorului, îl descrie drept personalitate lipsită de maturitate emoțională, violentă temperamental, care nu reușește să se impună pe plan social, sau are dificultăți la locul de muncă, gelos, posesiv, critic, consumator de substanțe psihoactive. În multe cazuri, a preluat modelul violent din familie și, foarte probabil, a fost el însuși victimă a violenței domestice. La acest tip de personalitate, apare nevoia de dominare. De multe ori, victima depinde financiar și emoțional de agresor.

Consecințele violenței domestice se reflectă asupra stării de sănătate a victimei. Afectarea sănătății mintale se exprimă prin depresii, anxietate, stimă de sine scăzută, tulburări de stress post-traumatic, comportament adictiv, mergând până la suicid. La nivel somatic, pe lângă vătămările corporale, apar migrene, cefalee, boli ginecologice cronice, agravarea bolilor cronice (astm bronșic, boli coronariene), etc. Apar sarcini nedorite, nașteri premature, crește mortalitatea și morbiditatea maternă.

Creșterea copiilor, una din funcțiile principale ale familiei este afectată. Nevoile copilului de dragoste, armonie, siguranță sunt neglijate. Copiii care cresc în familii violente suferă de boli fizice,

anxietate, mânie, depresie, au sentimente de culpabilitate, capacitate scăzută de concentrare și performanțe școlare scăzute, devin consumatori de droguri și alcool.

Serviciile existente la care pot apela victimele violenței domestice sunt poliția, Institutul de Medicină Legală, liniile telefonice de urgență, camerele de gardă ale spitalelor, instanțele judecătorești, serviciile de consiliere, serviciile de asistență a victimelor violenței domestice, adăposturile de urgență.

Violența domestică prin implicațiile ei psihologice, sociale, medicale și juridice devine o problemă a abordării multidisciplinare.

Problema prostituției și a traficului de femei a apărut după 1989, când România a devenit o sursă din ce în ce mai mare de femei prostituate, care sunt recrutate și duse în alte țări prin rețelele internaționale de proxeneți.

Principala țintă pentru proxeneți și traficanți o reprezintă femeile tinere, cu nivel de trai scăzut sau lipsite de mijloace de întreținere, cu nivel educațional scăzut, provenind din familii destrămate sau disfuncționale.

În ceea ce privește **accesul femeilor la educație**, nu se poate vorbi de o discriminare explicită, persoanele de sex feminin având acces la toate nivelurile de educație publică. Totuși, condițiile economice precare și perpetuarea unor mentalități și idei stereotipe vechi împiedică existența unei egalități în ceea ce privește educația. Astfel, sărăcia și mentalitățile învechite referitoare la rolul social al femeii rămân principala cauză a analfabetismului și abandonului școlar la fetele care provin din familii cu mulți copii, din mediul rural sau din comunitățile de romi. La aceste categorii sociale persistă mentalitatea conform căreia, fetele își vor câștiga existența prin căsătorie și îndeplinindu-și ulterior obligațiile casnice, pe când băieții vor trebui să se implice în viața economică și socială a comunității.

Referitor la locurile de muncă pentru femei, numărul acestora este mult mai mic decât cel al locurilor de muncă oferite bărbaților. Femeile au acces mai mare la oferte de lucru part-time sau la locuri de muncă care presupun un nivel scăzut de calificare.

Șomajul afectează un număr mai mare de femei decât de bărbați, la toate categoriile de vârstă. Femeile șomere nu au nici un ajutor legat de maternitate și nici un beneficiu social.

Forța de muncă feminină este inegal distribuită. Femeile lucrează în sectoare ce asigură venituri mici (76% din forța de muncă prezentă în domeniul sanitar, 70,6% din forța de muncă distribuită în domeniul educațional). Pe de altă parte, femeile, foarte bine reprezentate ca forță de muncă la un nivel educațional pre-universitar, sunt slab reprezentate în pozițiile de profesor sau manager la un nivel educațional înalt.

Continuă să existe o oarecare suspiciune atunci când este vorba de numirea femeilor în funcții de decizie.

Datorită lipsei de oferte de muncă, unele femei aleg drept alternativă prostituția sau lucrul pe venituri mici, fără contract de muncă și fără asigurări sociale.

Conform estimărilor OMS, anumiți indicatori ai stării de sănătate a femeilor în România înregistrează valori îngrijorătoare. România are una dintre cele mai mari rate de mortalitate în ceea ce privește mortalitatea maternă, neoplasmul mamar și afecțiunile cardiovasculare la femei.

Anual se înregistrează de două ori mai multe avorturi decât nașteri. Un studiu ²⁴ privind sănătatea reproducerii a identificat, drept principale cauze pentru care femeile nu folosesc mijloacele moderne de contracepție, teama de reacțiile adverse ale acestora, preferința partenerilor pentru metodele tradiționale sau lipsa de informație.

Accesul la serviciile medicale este dificil pentru femeile șomere, sau cele cu venituri mici, femeile vârstnice, mamele singure și femeile din zonele rurale.

Femeile din mediul rural reprezintă una dintre cele mai vulnerabile categorii de populație din România. De obicei au venituri mici și posibilități reduse de angajare. Unele dintre acestea trăiesc și muncesc încă, conform unor vechi tradiții și obiceiuri, bazate pe instrumente de lucru din agricultura pre-modernă și pe relații interfamiliale arhaice. Femeile din mediul rural care muncesc în agricultură, pe terenurile personale nu sunt incluse în sistemele de asigurare socială și de sănătate. În aceste condiții, accesul la îngrijirile de sănătate, la planning-ul familial, la educația și metodele contraceptive este scăzut sau imposibil.

Foarte multe dintre ele au un acces limitat la orice tip de informație, ceea ce le limitează posibilitățile de îmbunătățire a condițiilor sociale și economice.

PROBLEMATICA MEDICO-SOCIALĂ A COPIILOR ȘI TINERILOR

Din categoria copiilor care se află în situații critice fac parte copiii care trăiesc în condiții de mizerie absolută, sau sărăcie severă, copiii abandonați, copiii fără identitate legală (în special copiii aparținând etniei rome), "copiii străzii", copiii maltratați, neglijați sau abuzați fizic și emoțional, tinerii lipsiți de familie care părăsesc instituțiile pentru copii la 18 ani.

Principalele probleme cu care se confruntă tinerii sunt sărăcia (în 2003, grupa de vârstă 15-24 de ani era cea mai afectată de sărăcie), condițiile de locuit precare, șomajul, degradarea situației educaționale a tinerilor, datorită lipsei resurselor familiei pentru susținerea financiară a studiilor (în special pentru tinerii provenind din mediul rural, sau din alte categorii populaționale defavorizate), creșterea consumului de droguri, concomitent cu scăderea vârstei la care tinerii încep să devină consumatori, creșterea delincvenței juvenile și reducerea vârstei la care debutează infracționalitatea.

În 2004, 140 000 de copii în România sunt exploatați prin forme severe de muncă (INS, 2004). Dintre aceștia 20 000 au vârsta cuprinsă între 10 și 14 ani. Consecințele acestei forme de exploatare sunt abandonul școlar, abuzurile fizice și psihice, creșterea riscului de infracționalitate, faptul că devin adulți needucați și necalificați.

Forme de maltratare a copilului

Conform DSM-IV, conceptul de maltratare regrupează trei componente principale: abuzul fizic , abuzul sexual și neglijarea.

Factori etiologici și factori de risc în maltratare

Numeroase studii evidențiază faptul că, de obicei, copiii maltratați provin din familii dezorganizate, cu nivel socio-economic scăzut. Copilul predispus la maltratare poate trăi într-un context în care coexistă factori de risc de natură socială (sărăcia), factori de risc familiali (număr crescut de copii în familie, mamă foarte tânără, părinți consumatori de alcool sau droguri) și factori de risc care țin de caracteristicile personale (sănătate fragilă, stimă de sine redusă, tulburări de limbaj, handicapuri sau boli cronice).

M. Gabel (1999) enumeră următoarele cauze multiple ce pot coexista la baza fenomenului de maltratare:

- factorii socio-economici;
- factorii psihologici (psihoză, abuz de droguri, alcoolism, deficiență);
- factorii de mediu (izolare, lipsa sprijinului social);
- factorii legați de istoricul familiei (separare, doliu, șomaj, etc.);
- factori educativi (pedepse corporale);
- factori legați de dezvoltarea normală a unui copil mic (exersarea controlului sfincterian, tulburări de somn, refuz alimentar, etc.);

Factorii de risc pentru abandon identificați, în urma cercetării efectuate de Observatorul Dezvoltării Copilului în Europa – Médecins du Monde, factorii de risc în abandon sunt:

- prematuritatea sau greutatea la naștere mai mică de 2.000 de grame;
- starea civilă a părinților (constituirea unui cuplu legitim reprezintă un factor de protecție);
- șomajul sau lipsa profesiei părinților;
- apartenența la o anumită etnie (copiii de rang I din familiile de români sunt mai frecvent abandonați decât copiii de romi, unde rangul IV este prevalent).

O clasificare mai complexă a factorilor de risc implicați în maltratare, grupați în funcție de caracteristicile copilului, părinților, sau mediului din care acesta face parte sunt sistematizați în tabelul de mai jos:

Factorii de risc cei mai frecvenți în maltratare:

Caracteristicile copilului

Probleme de sănătate fizică

Naștere prematură sau greutate mică la naștere

Probleme perinatale

Probleme de dezvoltare a copilului de vârstă mică

Probleme de comportament la vârstă mică

Caracteristicile părinților

Nivel redus de școlarizare a părinților

Probleme de sănătate mintală
Probleme legate de consumul de alcool sau droguri
Vârsta mică a mamei la nașterea primului copil
Nivel intelectual scăzut al mamei
Maltratare în copilărie
Incarcerarea unuia dintre părinți
Handicap important sau boală cronică a unuia dintre membrii familiei

Caracteristicile legate de contextul familial sau de mediu

Sărăcie

Instabilitatea structurii familiale

Frecvență ridicată a mutărilor

Număr mare al copiilor din familie

Violență conjugală

Abandonul

Din punct de vedere *juridic*, abandonul este definit de legea numărul 47/1993: "Copilul aflat în îngrijirea unei instituții de ocrotire socială sau medicală de stat, a unei instituții de ocrotire private, legal constituite sau încredințat, în condițiile legii, unei persoane juridice, poate fi declarat prin hotărâre judecătorească abandonat, ca urmare a faptului că părinții s-au dezinteresat de el în mod vădit o perioadă mai mare de 6 luni."

Din punct de vedere *medical*, copilul este considerat abandonat în spital, dacă rămâne în unitatea sanitară mai mult de 2 săptămâni peste perioada necesară acordării îngrijirilor specifice.

Din punct de vedere *psihologic*, abandonul este definit ca o acțiune de părăsire a unei ființe, de lipsă de preocupare pentru soarta acesteia. Orice situație care duce la slăbirea sau rupere a legăturilor afective poate fi trăită ca abandon.

În România, în perioada 1970-1989, datorită politicii pronataliste a regimului socialist, caracterizată de interzicerea avorturilor și a folosirii mijloacelor contraceptive, fenomenul de abandon a copiilor a crescut.

În anul 1998, rata abandonului era de 1,5%. Acești copii trăiesc în instituții de ocrotire, în familii de plasament sau în familii adoptive.

În prezent, principalele cauze ale numărului crescut de copii abandonați sunt de natură socio-economică și educațională. Din punct de vedere economic, factorul principal este reprezentat de perpetuarea sărăciei populației. Din punct de vedere social, se constată un proces de dezintegrare a familiei sub acțiunea unor factori economici. Rolul acestor factori este evidențiat de un studiu efectuat de Ministerul Sănătății, IOMC (Institutul de Ocrotire a Mamei și Copilului) și UNICEF în leagăne și secții de copii distrofici,

care a arătat că 74% din părinții care au abandonat copiii erau șomeri, 62% aveau venituri insuficiente, 58% aveau condiții de locuit improprie, 40% proveneau din mame necăsătorite.

Alte cauze ale abandonului se referă la accesibilitatea scăzută la mijloacele de planificare familială, plasarea provizorie a copiilor în instituții, numărul insuficient, lipsa sau costul ridicat al unor servicii pentru mamele cu copii (creșe, grădinițe), lipsa unei rețele de asistență medicală de ocrotire care să ofere suport medico-social continuu.

Consecințele maltratării copilului sunt apariția în copilărie și adolescență a unor deficite în dezvoltarea fizică și psihică, a comportamentelor antisociale, violente, a dificultăților de relaționare cu alte persoane, iar pe termen lung, viitorul adult va manifesta comportamentele abuzive sau de deprivare în propria familie și în societate.

Autoritățile administrației publice locale au obligația să garanteze și să promoveze respectarea drepturilor copiilor din raza lor administrativ-teritorială și să susțină creșterea copiilor în propria lor familie prin acordarea de servicii specializate, corespunzătoare nevoilor lor individuale.

Serviciile specializate pentru copii existente în prezent sunt reprezentate de: centre de plasament de tip familial, centre de primire a copilului cu devianță comportamentală de tip penal, centre maternale, centre de plasament pentru copilul cu handicap grav, centre de asistență și sprijin pentru readaptarea psihologică a copilului cu probleme psihosociale, servicii de orientare și sprijin pentru reintegrarea socială a copilului delincvent, centre de reeducare pentru copilul delincvent, centre de resurse pentru prevenirea abuzului, neglijării și exploatării copilului.

După 1989, dificultățile apărute în viața economică și socială au contribuit la deriorarea sănătății mintale a copilului și adolescentului.

Fenomene precum sărăcia, șomajul, condițiile de locuit improprie, înlocuirea anumitor valori morale, au determinat apariția comportamentelor deviante și a disfuncționalităților la nivelul familiei. (alcoholism, violență domestică, vagabondaj, prostituție, abandon școlar și familial).

Factorii de risc în apariția acestor tulburări sunt psihosociale (sărăcie, abuz, neglijare), migrații, violențe urbane, boli cronice, somatice și psihice, în familie, expunere pre și post natală la droguri, alcool, HIV/AIDS, malnutriție, infecții cronice.

Politici familiale pentru persoanele defavorizate

Familia reprezintă unitatea fundamentală a societății și mediul natural pentru creșterea, educarea, dezvoltarea și bunăstarea membrilor săi. Statul are datoria să asigure protecția familiei, pentru ca aceasta să-și poată îndeplini rolul, funcțiile și menirea sa. Din această necesitate a apărut conceptul de politică familială, reprezentând totalitatea măsurilor prin care statul sprijină integritatea familiei și a membrilor acesteia.

Strategiile politicilor familiale de eliminare a dificultăților și riscurilor sociale care pot destrăma familia au în vedere:

- acordarea libertății depline în alegerea modelului familial;
- diminuarea crizei locuințelor pentru familiile tinere;
- sprijinirea tinerilor căsătoriți pentru încadrarea în muncă, în raport cu pregătirea profesională a acestora;
- acordarea de șanse egale pe piața muncii persoanelor de sex feminin;
- acordarea de facilități mamelor cu copii;
- protecția copiilor contra sărăciei și redistribuirea veniturilor între categoriile sociale, în favoarea familiilor cu copii;
- îmbunătățirea serviciilor medico-sociale;
- acordarea de credite în condiții avantajoase familiilor tinere.

BIBLIOGRAFIE

1. Raport Nr. 26169-Ro, România, Raport de Evaluare a Sărăciei (în 2 volume), Studii de fundamentare, octombrie 2003, Unitatea de Dezvoltare Socială și de Mediu Durabilă, Regiunea Europa și Asia Centrală, document al Băncii Mondiale
2. Banca Mondială. Raport asupra dezvoltării în lume, 1993. Investițiile în sănătate, Washington, DC, 1993
3. Centrul de statistică sanitară și documentare medicală. Anuarul de statistică sanitară, România, 2002
4. Comisia Antisărăcie și de Promovare a Incluziunii Sociale. Planul național antisărăcie și de promovare a incluziunii sociale <http://www.caspis.ro/pnainc.html>
5. Comisia Antisărăcie și de Promovare a Incluziunii Sociale. Evoluția sărăciei în 2003 față de perioada 1995-2002, martie 2004. <http://www.caspis.ro>
6. Feachem R. Pauvreté et inégalité: une problématique pour le XXI siècle. Bulletin de l' OMS no 3, 2000. <http://www.who.int/docstore/bulletin/digests/french/number3/Bu0410.pdf>
7. Organisation Mondiale de la Santé. Table ronde ministerielle. Santé et pauvreté. 12 août 2000. <http://www.wpro.who.int/pdf/rcm51/docs/french/RC51-10F.pdf>
8. Organisation Mondiale de la Santé. Pauvreté et santé. Rapport du directeur général. 14 décembre 1999. http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB105/ee5.pdf
9. United Nations Development Programme. Human Development Report 2004. <http://hdr.undp.org/reports/global/2004/>
10. OMS Europe, Etudes de cas en sante publique, nr. 1, Les systemes de sante s'attaquent a la pauvrete, sous la direction de Erio Ziglio, Rogerio Barbosa, Yves Charpak, Steve Turner, 2003
11. Cunha Antonio et al.(1998), Pauvreté urbaine : le lien et les lieux, Lausanne : Réalités sociales
12. Rainhorn Jean-Daniel, Mondialisation, Inegalites sociales et sante, cours universitaire d'ete, Ascona, 2004
13. Rapport Général sur la Pauvreté, le Conseil économique et social français, 1987
14. Rapport Général sur la Pauvreté, le Conseil économique et social français, 1994
15. La pauvreté et l'état de sante, dr. Florentina Furtunescu, dr. Irina Eclemea, lucrare în cadrul congresului ALASS, septembrie 2004
16. Raport de activitate al Ministerului Sănătății pentru anul 2003

17. L'importance de reduire la pauvreté pour l'état de santé de la population, Prof.Dr. Dan Enăchescu, Dr. Dana Dragomir, lucrare prezentată în cadrul congresului ALASS, septembrie 2004
18. George Neamțu, Tratat de asistență socială, editura Polirom, 2003
19. Florin Pașa, Luminița Pașa, Asistența socială în România, editura Polirom, 2004
20. „Active ageing: a policy framework WHO”, www.who.dk
21. Dan Enăchescu, Mihai Gr. Marcu, Sănătate Publică și management sanitar, editura All, 1998
23. revista Cosmopolitan, noiembrie 2003
24. Kaplan&Sadock, Manual de psihiatrie clinică, editura Medicală, 2001
22. Constantin Bogdan, Ghid de nursing geriatric, editura Zecasin, 1998
23. Constantin Bogdan, Geriatrie, editura Medicală, 1997
24. Fundația Internațională pentru Copil și Familie, Copilul Maltratat, editura Extrem Group, 2001
25. De Robertis Cristina, Methodologie de l'intervention en travail social, editura Centurion, Paris, 1987
26. Oancea Constantin, Manual de nursing psihiatric, editura Vavila Edinf SRL, București 2004
27. United Nations Development Programme (UNDP), Human Development Report, 2001
28. Killen K., Copilul maltratat, Eurobit, Timisoara 1998
29. Lee C.M., Child Abuse, The Open Univerity Press, Londra, 1994
30. Benninger Budell, Violence contre les femmes, Rapport OMCT, Eric Sotas, directeur, Geneva, 1999
31. Bogdan T. Probleme de psihologie judiciară, editura Științifică, București, 1973
32. Palicari G, Garber K, Așezăminte sociale pentru copii, Repere manageriale, București, 1997
33. Brearly C.P., Social work, Aging and society, Routledge and Kegan Paul, Londra, 1975