

Mihaela **Ghența**  
Aniela **Matei**  
Luise **Mladen-Macovei**  
Elen-Silvana **Bobârnat**



# **CALITATEA VIETII PERSOANELOR , VÂRSTNICE DEPENDENTE ÎN ROMÂNIA**



**EDITURA UNIVERSITARĂ**

**CALITATEA VIETII  
PERSOANELOR VÂRSTNICE  
DEPENDENTE ÎN ROMÂNIA**

*Această lucrare a fost realizată cu sprijinul și în cadrul Planului sectorial de cercetare – dezvoltare al Ministerului Muncii și Protecției Sociale pentru perioada 2018–2020, contract cu nr. 3676/28.09.2018, proiect cu titlul “Calitatea vieții persoanelor vârstnice dependente în România”, derulat de către Institutul Național de Cercetare Științifică în domeniul Muncii și Protecției Sociale (INCSMPS).*

**MIHAELA GHENȚA  
ANIELA MATEI  
LUISE MLADEN-MACOVEI  
ELEN-SILVANA BOBÂRNAT**

**CALITATEA VIETII  
PERSOANELOR VÂRSTNICE  
DEPENDENTE ÎN ROMÂNIA**



**EDITURA UNIVERSITARĂ  
București, 2020**

Referenți științifici: Dr. Speranța Pirciog, cercetător științific gradul I, Director științific în cadrul Institutului Național de Cercetare Științifică în domeniul Muncii și Protecției Sociale (INCSMPS)  
Dr. Ana-Maria Zamfir, cercetător științific gradul I, Institutul Național de Cercetare Științifică în domeniul Muncii și Protecției Sociale (INCSMPS)

Redactor: Gheorghe Iovan  
Tehnoredactor: Ameluța Vișan  
Coperta: Monica Balaban

Editură recunoscută de Consiliul Național al Cercetării Științifice (C.N.C.S.) și inclusă de Consiliul Național de Atestare a Titlurilor, Diplomelor și Certificatelor Universitare (C.N.A.T.D.C.U.) în categoria editurilor de prestigiu recunoscut.

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României**

**Calitatea vieții persoanelor vârstnice dependente în România / Mihaela**

Ghența, Aniela Matei, Luise Mladen-Macovei, Elen-Silvana Bobârnat. -

București : Editura Universitară, 2020

Conține bibliografie

ISBN 978-606-28-1096-2

I. Ghența, Mihaela

II. Matei, Aniela

III. Mladen-Macovei, Luise

IV. Bobârnat, Elen-Silvana

364.65

DOI: (Digital Object Identifier): 10.5682/9786062810962

© Toate drepturile asupra acestei lucrări sunt rezervate, nicio parte din această lucrare nu poate fi copiată fără acordul Editurii Universitare

Copyright © 2020

Editura Universitară

Editor: Vasile Muscalu

B-dul. N. Bălcescu nr. 27-33, Sector 1, București

Tel.: 021.315.32.47

[www.editurauniversitara.ro](http://www.editurauniversitara.ro)

e-mail: [redactia@editurauniversitara.ro](mailto:redactia@editurauniversitara.ro)

Distribuție: tel.: 021.315.32.47 / 07217 CARTE / 0745.200.357

[comenzi@editurauniversitara.ro](mailto:comenzi@editurauniversitara.ro)

O.P. 15, C.P. 35, București

[www.editurauniversitara.ro](http://www.editurauniversitara.ro)

## CUPRINS

|                                                                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <i>Mulțumiri .....</i>                                                                                                                  | 7         |
| <i>Prezentarea autorilor.....</i>                                                                                                       | 8         |
| <i>Prefață.....</i>                                                                                                                     | 10        |
| <i>Lista abrevierilor .....</i>                                                                                                         | 12        |
| <b>Capitolul 1. Aspecte teoretice și conceptuale privind calitatea vieții la vârste înaintate .....</b>                                 | <b>13</b> |
| 1.1 Teorii cu privire la calitatea vieții persoanelor vârstnice.....                                                                    | 13        |
| 1.2 Determinanți ai calității vieții la vârste înaintate.....                                                                           | 18        |
| 1.3 Instrumente internaționale destinate evaluării calității vieții persoanelor vârstnice .....                                         | 20        |
| <b>Capitolul 2. Măsurarea calității vieții persoanelor vârstnice dependente în România .....</b>                                        | <b>27</b> |
| 2.1 Modelul conceptual de evaluare a calității vieții persoanelor vârstnice dependente în România .....                                 | 27        |
| 2.2 Evaluarea dimensiunilor calității vieții persoanelor vârstnice dependente aflate în servicii sociale cu cazare și fără cazare ..... | 32        |
| 2.2.1 Aspecte metodologice.....                                                                                                         | 32        |
| 2.2.2 Bunăstare emoțională/stare de bine .....                                                                                          | 36        |
| 2.2.3 Venituri disponibile și gestionarea acestora .....                                                                                | 43        |
| 2.2.4 Autonomie funcțională .....                                                                                                       | 47        |
| 2.2.5 Alimentație și nutriție .....                                                                                                     | 55        |
| 2.2.6 Control și calitatea îngrijirii .....                                                                                             | 58        |

|                                                                                                                  |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 2.2.7 Participare socială și implicare .....                                                                     | 65         |
| 2.2.8 Mediul de viață (locuință și comunitate) .....                                                             | 72         |
| 2.3 Concluzii cu privire la calitatea vieții persoanelor vârstnice<br>dependente în România.....                 | 77         |
| <b>Capitolul 3. Măsurile destinate îmbunătățirii calității vieții<br/>persoanelor vârstnice dependente .....</b> | <b>83</b>  |
| <i>Bibliografie .....</i>                                                                                        | <i>102</i> |

## MULȚUMIRI

Autorii acestui volum adresează mulțumiri Ministerului Muncii și Protecției Sociale, autoritate contractantă și beneficiar al rezultatelor proiectului “*Calitatea vieții persoanelor vârstnice dependente în România*” (contract nr. 3676/2018), în special Direcției Politici Servicii Sociale pentru sprijinul, implicarea activă și colaborarea permanentă pe perioada derulării proiectului.

Mulțumim, de asemenea, partenerilor: Institutul de Cercetare a Calității Vieții al Academiei Române (Partener 1) și S.C. Novel Research S.R.L. (Partener 2).

Mulțumim tuturor furnizorilor de servicii sociale destinate persoanelor vârstnice care ne-au oferit sprijinul pentru derularea anchetei sociologice pe bază de chestionar în rândul persoanelor vârstnice dependente, la nivel național.

Mulțumim tuturor experților care au găsit timp în programul lor încărcat pentru a participa la metodologia Policy Delphi dezvoltată și implementată în cadrul proiectului, experți ai următoarelor instituții/ organizații:

*Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice*  
*Căminul pentru persoane vârstnice al Municipiului București*  
*„Academician Nicolae Cajal”*  
*Fundația Crucea Alb - Galbenă din România*  
*Fundația GERON*  
*Fundația Regală Margareta a României*  
*Asociația Habilitas - Centru de resurse și formare profesională*  
*Institutul de Cercetare a Calității Vieții al Academiei Române*  
*Direcția Generală de Asistență Socială a Municipiului București*  
*(Centrul rezidențial „Sfânta Teodora” al Municipiului București)*  
*Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Sector 2*  
*Federația comunităților evreiești din România - Cultul mozaic/Centrul care*  
*acordă servicii de îngrijire și asistență la domiciliu Yad Be Yad București*  
*Complexul multifuncțional Caraiman*  
*(Centru de recuperare medicală și Centrul de zi Alzheimer)*

## **PREZENTAREA AUTORILOR**

### **Mihaela Ghența**

Este economist, absolventă a Facultății de Management Social din cadrul Academiei de Studii Economice din București (2000). În anul 2006 a absolvit Facultatea de Drept din cadrul Universității București. În prezent deține titlul de Doctor în Economie, cu o teză ce a abordat tema calității în serviciile sociale destinate persoanelor vârstnice. Mihaela Ghența este cercetător științific în cadrul departamentului de Politici Sociale al Institutului Național de Cercetare Științifică în domeniul Muncii și Protecției Sociale (INCSMPS) și are o experiență de peste 19 ani în dezvoltarea și implementarea de proiecte de cercetare științifică în domeniul politicilor sociale, la nivel național și internațional. Domeniile de interes științific includ organizarea și furnizarea serviciilor sociale, aspecte ce privesc calitatea în serviciile sociale, serviciile socio-medicale și de îngrijire de lungă durată destinate persoanelor vârstnice, politici destinate persoanelor vârstnice, politici familiale. Mihaela Ghența este co-autor a patru cărți relaționate de domeniile ei de interes și autor/co-autor a mai multor lucrări științifice publicate în jurnale de specialitate naționale și internaționale.

### **Aniela Matei**

Este sociolog, conduce departamentul de Politici Sociale al Institutului Național de Cercetare Științifică în domeniul Muncii și Protecției Sociale (INCSMPS). Este absolventă a Facultății de Sociologie și Asistență Socială, Universitatea din București (2002) și a Masterului în Comunicare și Opinie Publică din cadrul aceleiași facultăți (2004). În anul 2010 obține titlul de Doctor în Sociologie cu o teză care abordează problematica concilierii vieții profesionale cu viața de familie. Are 18 ani de experiență în dezvoltarea și implementarea de proiecte de cercetare științifică în domeniul politicilor sociale. Domeniile sale de interes și expertiză vizează: politici familiale și de conciliere a vieții profesionale cu viața de familie, servicii de educație timpurie, servicii sociale și socio-medicale destinate grupurilor vulnerabile, politici sociale. Este autor și co-autor a peste 30 de lucrări științifice publicate în arii tematice relaționate de domeniile sale de expertiză.

### **Luisse Mladen-Macovei**

Este absolventă a Facultății de Finanțe, Bănci, Asigurări și Burse de Valori (Academia de Studii Economice din București), specializarea Finanțe și Piețe Financiare. În anul 2005 își finalizează doctoratul la Academia de Studii Economice din București elaborând o teză ce abordează problematica pieței muncii, iar în anul 2012 devine absolventă a unui program postdoctoral organizat de Institutul Național de Cercetări Economice "Costin C. Kirițescu", Academia Română, proiectul său intitulându-se „Tendințe ale pieței muncii din România și implicații asupra sustenabilității sistemului de pensii”. Autoarea are peste douăzeci de ani de experiență în cercetarea științifică în domeniul muncii și protecției sociale și deține expertiză în analiză avansată de date, studii de impact, evaluare și analiză de politici etc. Domeniile sale de interes includ îmbătrânirea activă, asistența socială a persoanelor vârstnice, sistemele de pensii, economia muncii.

### **Elen – Silvana Bobârnat**

Este absolventă a Facultății de Economie și Administrarea Afacerilor, specializarea Marketing (2008) și a Facultății de Filosofie și Științe Social - Politice, specializarea Sociologie (2016) ale Universității „Alexandru Ioan Cuza” din Iași și a Masteratului în Politici Publice și Management Instituțional din cadrul aceleiași universități (2016). Elen - Silvana Bobârnat este asistent de cercetare în colectivul *Politici familiale și pentru protecția copilului aflat în dificultate* din cadrul departamentului de *Politici Sociale* al Institutului Național de Cercetare Științifică în domeniul Muncii și Protecției Sociale (INCSMPS). Deține expertiză în realizarea de cercetări empirice prin utilizarea de metode calitative și cantitative.

## PREFAȚĂ

Acest volum prezintă o parte din rezultatele cercetărilor derulate de autoare în cadrul proiectului *Calitatea vieții persoanelor vârstnice dependente în România*, proiect derulat în perioada 2018-2020, coordonat de Institutul Național de Cercetare Științifică în domeniul Muncii și Protecției Sociale și finanțat de Ministerul Muncii și Protecției Sociale în cadrul Planului sectorial de cercetare – dezvoltare al Ministerului Muncii și Protecției Sociale pentru perioada 2018–2020, prin contractul nr. 3676/2018. Proiectul a fost rezultatul unei efort de echipă care a antrenat în calitate de parteneri entități cu expertiză națională și internațională recunoscută în problematica calității vieții în general, dar și în derularea de studii de sondare a opiniei publice, respectiv *Institutul de Cercetare a Calității Vieții din cadrul Academiei Române* și *S.C. Novel Research S.R.L.*

Problematica abordată în cadrul acestui volum a avut ca punct de plecare preocupările existente la nivel național cu privire la persoanele vârstnice, serviciile sociale și socio-medicale destinate acestora, calitatea îngrijirii și calitatea vieții la vârste avansate. În contextul manifestării fenomenului de îmbătrânire demografică, dezvoltarea activităților de asistență socială a devenit o prioritate care implică numeroase decizii și responsabilități. De aceea, studiul calității vieții persoanelor vârstnice dependente reprezintă o provocare științifică, fiind o cercetare de mare interes și actualitate.

Volumul debutează cu o analiză a teoriilor dezvoltate la nivel internațional în domeniul calității vieții persoanelor vârstnice, cu punctarea factorilor diverși, de natură socială, economică, inclusiv a celor care reflectă caracteristici individuale și biologice, care exercită o influență asupra calității percepute a vieții la vârste avansate. Capitolul se încheie cu un inventar al instrumentelor dezvoltate la nivel internațional în vederea evaluării calității vieții.

Cel de al doilea capitol aprofundează aspectele legate de calitatea vieții persoanelor dependente în România, prin prezentarea metodologiei dezvoltate în acest sens de echipa de proiect, dar și a rezultatelor obținute în urma implementării acesteia în rândul persoanelor vârstnice aflate în îngrijire la domiciliu, în centre de zi de asistență și recuperare, în cămine pentru persoane vârstnice, în centre de tip respiro sau în locuințe protejate.

Ultima parte a volumului este dedicată identificării unor măsuri de politică publică care pot contribui la promovarea participării sociale active și demne a persoanelor vârstnice dependente în societate și a incluziunii lor sociale, dar și la creșterea gradului de independență și siguranței pentru persoanele care au nevoi de îngrijire de lungă durată.

## LISTA ABREVIERILOR

### A

ABVZ – Activități de bază ale vieții zilnice  
AIVZ – Activități instrumentale ale vieții zilnice  
AQOL - Assessment of Quality of Life instrument  
ASCOT - Adult Social Care Outcomes Toolkit

### B

B-IF - Regiunea București-Ilfov

### C

CASP - Control, Autonomy, Self-Realization, Pleasure

### E

EQ-5D – EuroQol  
EUROHIS-8- Europe Health Interview Survey - QoL

### H

HQoL – Health related Quality of Life

### I

ICECAP-O - ICEpop CAPability measure for Older people  
INS – Institutul Național de Statistică

### M

MMPS – Ministerul Muncii și Protecției Sociale

### N

NE - Regiunea Nord-Est  
NHF - Nottingham Health Profile  
NV - Regiunea Nord-Vest

### O

OPQOL - Older People's Quality of Life

### P

pp – puncte procentuale  
PSCD – Planul Sectorial de Cercetare-Dezvoltare

### Q

QoL – Quality of Life (Calitatea vieții)  
QWB - Quality of Wellbeing scale

### S

SE - Regiunea Sud-Est  
SF-6D/12/36 - Short-Form 6/12/36 Dimensions  
SM - Regiunea Sud Muntenia  
SV - Regiunea Sud-Vest Oltenia

### T

TAPI-Tablet Assisted Personal Interview

### U

UAT – unitate administrativ teritorială

### V

V - Regiunea Vest

### W

WHO – World Health Organisation  
WHOQoL-Bref - World Health Organisation Quality of Life brief instrument  
WHOQoL-Old - World Health Organisation Quality of Life Instrument-Older Adults  
Module

## CAPITOLUL 1

### ASPECTE TEORETICE ȘI CONCEPTUALE PRIVIND CALITATEA VIEȚII LA VÂRSTE ÎNAINȚATE

#### 1.1. Teorii cu privire la calitatea vieții persoanelor vârstnice

Manifestarea fenomenului de îmbătrânire a populației este recunoscută la nivel european, precum și la nivel național. Unele cercetări (Bauman și Söderhamn, 2005) pun însă accentul pe aspectele logistice, materiale pe care proliferarea unui astfel de fenomen le implică.

Datorită creșterii longevității și speranței de viață, calitatea vieții a constituit un subiect important de studiu pentru cercetătorii care lucrează în domeniul îmbătrânirii (Hall et al., 2011). Deși conceptul de calitate a vieții s-a dezvoltat inițial în cercetările din domeniul medical, el s-a extins și în alte domenii precum sociologie, psihologie, asistență socială. Există deja o literatură destul de dezvoltată la nivel internațional, literatură de specialitate care își propune să identifice caracteristicile generale ale unei vieți bune la vârste înaintate.

În geriatrie, gerontologie și asistența socială a persoanelor vârstnice, indicatorii calității vieții sunt considerați ca fiind unii dintre cei mai relevanți indicatori, iar realizarea unei calități a vieții cât mai bune este unul dintre cele mai importante obiective în îngrijirea vârstnicilor (Soósová, 2016). Murphy et al. (2006) subliniază că datorită complexității conceptului, definițiile pot fi grupate în globale, componente, orientate sau definiții care reprezintă combinații ale celor enumerate anterior. O parte dintre definiții încorporează factori diverși, altele fac referire doar la anumiți indicatori, considerați esențiali pentru calitatea vieții, precum sănătatea, satisfacția cu privire la viață, factori socio-economici, factori de mediu, sprijinul social etc. (Smith, 2000).

Definiția la care se face cel mai adesea referire, atunci când se vorbește despre calitatea vieții, este cea elaborată de World Health Organisation. În accepțiunea WHO (1998), *calitatea vieții este un concept multidimensional care se referă la percepția individuală cu privire la propria viață, ținând cont de sistemul de valori și contextul cultural și social precum și de obiectivele, așteptările, standardele și preocupările*

**fiecărei persoane.** Definiția WHO încorporează deopotrivă aspecte ce țin de sănătatea individului, dar și pe cele de natură psihologică, culturală și socială. În ceea ce privește persoanele vârstnice, contrar diverselor stereotipuri, definiția unei bune calități a vieții la vârste înaintate este adesea similară cu cea identificată pentru alte grupe de vârstă (Bond, 1999), deși sănătatea (fizică și mentală) și capacitatea funcțională capătă un accent mult mai puternic, în special la vârste avansate (Netuveli și Blane, 2008).

În accepțiunea WHO (1998), calitatea vieții este influențată de starea de sănătate fizică, de starea psihologică, nivelul de independență, relațiile sociale, credințele personale și mediul în care trăiește persoana.

Conceptul de calitate a vieții înglobează deopotrivă aspecte subiective și obiective (Schenk et al., 2013).

**Calitatea vieții din perspectivă obiectivă** se referă la aspecte exterioare individului, precum calitatea condițiilor de viață (de exemplu, nutriție, condiții de locuit), dar și la standardele existente în legislație sau definite de către experți. Aspectele obiective ale calității vieții sunt de regulă evaluate prin utilizarea de instrumente de măsurare elaborate de experți (Teofilou, 2013; Schenk et al., 2013). Măsurările obiective ale calității vieții vin în sprijinul politicilor și progamelor sociale, întrucât surprind efectele unor astfel de intervenții (Murphy et al., 2006). Cu toate acestea, principala critică adusă măsurărilor exclusiv obiective este aceea că ele surprind în special aspecte referitoare la starea generală de sănătate (boala și tratamentul, nevoia percepută de îngrijire, preferințele pentru un anumit tip de serviciu și rezultatele așteptate), dar nu și perspectiva individuală (Carr și Higginson, 2001; Carr et al., 2001).

**Calitatea vieții din perspectivă subiectivă** se referă la percepția individului cu privire la propria viață, bunăstarea, fericirea, calitatea experienței (de exemplu, satisfacția față de condițiile de trai). Aceasta se evaluează prin raportare la standardele individuale, așteptările, valorile, trăsăturile de personalitate și experiențele indivizilor. Calitatea subiectivă a vieții se construiește pe baza unor componente pozitive și negative (Diener et al., 1999) și necesită o analiză amplă, având în vedere factori precum nivelul socio-economic, activitatea intelectuală, valorile culturale, stilul de viață, satisfacția zilnică și mediul de viață (Singh și Afroz, 2018). Deși există opinii conform cărora măsurarea subiectivă este cea care trebuie să primeze în studiile referitoare la calitatea vieții persoanelor vârstnice (Carr, 2001; Kane et al., 2004; Castro-Monteira et al., 2016), *utilizarea exclusivă a unor evaluări subiective poate conduce la concluzii incomplete sau eronate* (Kane et al., 2004), *mai ales dacă luăm în considerare faptul că evaluarea*

*calității vieții nu poate rămâne o chestiune pur subiectivă atunci când este utilizată într-un anumit context de politică socială (Walker, 2005). În cazul persoanelor vârstnice care suferă de o insuficiență cognitivă, măsurările subiective fiabile sunt de asemenea dificil de obținut.*

De regulă, evaluările obiective ale calității vieții persoanelor vârstnice sunt preferate în detrimentul celor subiective, întrucât celor din urmă le lipsește validitatea statistică atunci când nu sunt utilizate metode de cercetare care să garanteze acest aspect, motiv pentru care o perioadă destul de îndelungată cercetările privind persoanele vârstnice s-au bazat preponderent pe ceea ce au considerat experții/cercetătorii că definește calitatea vieții la vârste avansate (Bowling et al., 2006). În prezent, literatura de specialitate susține necesitatea de a surprinde atât perspectiva obiectivă, cât și pe cea subiectivă.

*Din perspectiva politicilor publice, îngrijorarea factorilor decizionali cu privire la consecințele îmbătrânirii populației asupra cheltuielilor pentru serviciile publice de sănătate și asistență socială a condus la căutarea modalităților cele mai adecvate care să permită persoanelor în vârstă să-și mențină mobilitatea și independența și astfel, să evite asistența instituționalizată, mai costisitoare (Walker, 2005). Nu numai creșterea speranței de viață, dar și îmbunătățirea imaginii persoanelor vârstnice (în special în țările vestice) a fost însoțită de eforturi sporite din partea acestei categorii a populației, care a urmărit astfel să își mențină și să își dezvolte calitatea vieții (Murphy et al., 2006). În cazul persoanelor vârstnice, calitatea vieții este considerată o construcție multidimensională, multifactorială (Walker, 2005; Schenk, 2013), prin prisma faptului că aceste persoane sunt de regulă afectate de patologii de natură fizică și mentală care pot necesita îngrijire pe termen lung. Înțelegerea pe care persoanele vârstnice o atribuie calității vieții este determinată de capacitatea lor de a derula activități pe care să le valorizeze, starea de sănătate fiind o resursă care le permite derularea, implicarea și participarea în activități ale vieții zilnice sau în activități sociale (Milte et al., 2014).*

În ultimele două decenii s-a acordat o atenție sporită cercetărilor care investighează impactul sănătății fizice și mentale asupra calității vieții indivizilor, ceea ce a condus la dezvoltarea unei ramuri specifice - calitatea vieții relaționate de starea de sănătate, ceea ce subliniază importanța medicinei în gerontologie (Walker, 2005). În privința persoanelor vârstnice, acest lucru capătă o importanță și o semnificație deosebite, întrucât persoanele vârstnice nu formează un grup omogen.

*Așteptările persoanelor vârstnice dependente (fizic și mental) sunt diferite de așteptările persoanelor vârstnice care pot trăi independent și autonom.*

*În al doilea rând, persoanele în vârstă au dreptul să-și determine propria semnificație a calității vieții. Aceasta înseamnă că aceștia ar trebui să fie în centrul procesului de măsurare și definire a calității vieții.*

Cercetările în domeniul calității vieții persoanelor vârstnice pot fi clasificate în următoarele mari abordări (Walker, 2005):

- **cercetări gerontologice clasice** ce au în vedere “îmbătrânirea sănătoasă” (Baltes, 1993; Baltes, 1996; Rowe și Kahn, 1997) – Aceste cercetări utilizează ca indicatori proxy pentru evaluarea calității vieții (QoL) persoanelor vârstnice în principal indicatori legați de starea de sănătate a persoanelor vârstnice: capacitatea funcțională, starea de sănătate, bunăstarea psihologică, sprijin social, moral, dependență, adaptare. Persoanele în vârstă se confruntă cu provocări legate de sănătatea fizică și psihică care trebuie recunoscute. Potrivit acestei paradigme putem vorbi în principal de o calitate a vieții sănătoase (HQoL). Mai mult, această abordare tinde să omogenizeze persoanele în vârstă, mai degrabă decât să recunoască diversitatea și diferențele bazate, de exemplu, pe vârstă, sex, rasă etc.
- **cercetări care pornesc de la teoria nevoilor umane și teoria nevoilor sociale** care acordă atenție deosebită modului în care transformările sociale, demografice și economice afectează viața la vârste înaintate și mai ales descoperirea sinelui (Blane, 2002).
- **cercetări gerontologice** care iau în considerare impactul mediului asupra calității vieții. Aceste cercetări s-au dezvoltat în cadrul mai larg al cercetărilor privind capacitatea unei persoane, înțelegând ca ansamblul circumstanțelor sociale și de mediu care modelează, influențează abilitatea unui individ de a acționa. Potrivit acestor abordări, pentru persoanele vârstnice care își duc viața într-un mediu rezidențial, nu numai componentele mentale, de sănătate și sociale, dar și mediul fizic, ambientul în care se desfășoară activitățile zilnice, joacă un rol important (Motteran et al., 2016).
- **cercetări care pornesc de la teoria capabilității** potrivit căreia calitatea vieții nu se rezumă doar la aspectele legate de starea de sănătate ci are în vedere abilitatea unei persoane de a fi și de a face lucruri considerate ca fiind importante în viață (Coast et al., 2008; Șerban-Oprescu, 2011).
- **cercetări de tip holistic** (Walker, 2005) ce au la bază metodologii recente de măsurare a calității vieții persoanelor vârstnice și care

acceptă o definiție multidimensională a conceptului, ce cuprinde mai multe aspecte ale vieții persoanei vârstnice. Aceasta poate fi măsurată prin factori fizici, psihici, sociali, economici sau de altă natură.

**Domeniile calității vieții** privesc (Netuveli și Blane, 2008): starea de sănătate, bunăstarea emoțională, satisfacția cu privire la propria viață, relații sociale. Brown et al. (2004) clasifică **modelele de evaluare a calității vieții** în următoarele categorii:

1. *modele bazate pe măsurarea obiectivă a calității vieții*, modele în cadrul cărora se folosesc indicatori obiectivi, precum standardul de viață, starea de sănătate, speranța de viață, servicii publice disponibile etc.;
2. *modele bazate pe măsurarea subiectivă a calității vieții*, în cadrul cărora se utilizează indicatori subiectivi, precum satisfacția față de viață, bunăstarea emoțională, împlinirea individuală;
3. *modele în cadrul cărora se măsoară satisfacerea nevoilor umane*, modele bazate pe teoria ierarhizării nevoilor a lui Maslow și în cadrul cărora indicatori importanți ai calității vieții sunt relaționați de satisfacerea nevoilor, precum locuință, securitate, alimentație, căldură, oportunități de auto-realizare, status social (utilizați cu preponderență în cercetările privind calitatea vieții persoanelor cu dizabilități de ordin cognitiv). O serie de studii derulate în rândul persoanelor vârstnice arată că satisfacerea nevoilor de îngrijire, alimentație, siguranță se încadrează în primele cinci priorități ale populației în vârstă, celelalte fiind participarea socială și implicarea, controlul asupra vieții de zi cu zi (Netten et al., 2002);
4. *modelele psihologice* în cadrul cărora se pune accentul pe bunăstarea emoțională, fericire, stimă de sine, satisfacția față de propria viață, autonomie, control etc. Predictorii pentru satisfacția față de propria viață sunt starea de sănătate și abilitatea de a derula activități fizice, nivelul veniturilor disponibile;
5. *modele bazate pe aprecieri referitoare la starea de sănătate și capacitatea funcțională a persoanei vârstnice*, în cadrul cărora predictorii pozitivi ai calității vieții sunt o stare fizică și mentală bună a persoanei vârstnice. În cadrul acestor modele, sănătatea se axează pe impactul dependenței și patologiilor asociate vârstei înaintate asupra calității vieții, iar starea funcțională se definește prin capacitatea persoanei de a-și îndeplini rolurile sociale, fără restricții legate de sănătatea fizică sau psihică (Bowling și Gabriel, 2004);
6. *modele privind rolul rețelelor sociale, de suport și de sprijin*, în cadrul cărora se pune accentul pe importanța relațiilor umane, contextul social în care trăiesc oamenii, pe integrarea lor în societate, cu alte cuvinte

sunt modele în cadrul cărora se măsoară impactul capitalului social (caracteristicile relațiilor individuale, structurile de sprijin, resursele comunitare) asupra calității vieții persoanelor vârstnice. Măsurarea se face la nivel individual și are în vedere interacțiunile interpersonale și participarea socială (de exemplu, membri în cluburi, activități sociale, voluntariat);

7. *modele bazate pe rolul mediului fizic* asupra calității vieții, în cadrul cărora se analizează importanța mediului intern și extern, a noilor tehnologii în promovarea independenței și a participării sociale active a persoanelor în vârstă. Astfel de modele incorporează aspecte din psihologie, geografie, arhitectură, sănătate și asistență socială.

## 1.2. Determinanți ai calității vieții la vârste înaintate

Calitatea vieții persoanelor vârstnice este influențată de factori diverși, de natură socială și economică, dar și de factori ce reflectă caracteristici individuale și biologice (Walker, 1981) sau istoricul de viață (Morganti et al., 1988). Zaninotto et al. (2009) identifică patru categorii de factori: sănătatea, circumstanțele socio-economice, circumstanțele psiho-sociale și caracteristicile demografice. În prima categorie, factorii care afectează negativ calitatea resimțită a vieții sunt limitările de lungă durată, dificultățile în derularea activităților zilnice, depresia, capacitatea funcțională redusă. Factorii socio-economici cu efect pozitiv asupra calității vieții sunt considerați a fi accesul la bunuri de folosință îndelungată, dreptul de proprietate, nivelul de studii. Factorii socio-economici cu efecte negative asupra calității vieții sunt reprezentați în principal de nivelul scăzut al veniturilor. Circumstanțele psiho-sociale asociate pozitiv cu calitatea vieții sunt dimensiunea relațiilor sociale, menținerea unor relații de încredere cu copii, familia și prietenii.

Walker (2005) apreciază că sursele calității vieții la vârste înaintate pot fi diferite de la o grupă de vârstă la alta, dar și în funcție de starea de sănătate fizică și mentală. Sintetizând opiniile exprimate în diferite studii de specialitate putem distinge următorii factori care influențează calitatea vieții:

- **Circumstanțele socio-economice** reprezintă unii dintre cei mai importanți factori care determină diferențe ale calității vieții între vârstnicii-tineri și vârstnicii-bătrâni (von dem Knesebeck et al., 2005; Bulamu et al., 2015).
- **Sănătatea și capacitatea funcțională bună, simțul adecvării sau utilității personale, participarea socială, relațiile de familie intergeneraționale, disponibilitatea prietenilor și sprijinul**

**social/socio-economic** reprezintă alți determinanți importanți ai calității vieții la vârste avansate (Netten et al., 2002).

- **Locul unde se furnizează îngrijirea** a pus în evidență diferențe de prioritizare între persoanele în etate care trăiesc în comunitate și cele din instituțiile rezidențiale de îngrijire, cea mai importantă fiind integrarea socială, urmată de menținerea capacității funcționale (Castro-Monteiro et al., 2016). Cele mai multe studii privind calitatea vieții persoanelor vârstnice dependente au fost derulate în instituțiile ce furnizează servicii de îngrijire socio-medicală de lungă durată (Montuclard et al., 2000), iar mai recent, în instituțiile ce asigură servicii de reabilitare și recuperare (Bornet et al., 2017). Persoanele vârstnice rezidente sunt mult mai predispuse la a experimenta o deteriorare a calității vieții ca urmare a schimbării mediului de viață, alterării stării de sănătate, reducerii autonomiei funcționale, diminuării interacțiunilor sociale (Lee et al., 2009; Nikmat et al., 2015).
- **Caracteristicile mediului fizic** pot încuraja sau dimpotrivă descuraja persoana vârstnică (rezidentă sau nu) să se implice în activități diverse. În cazul persoanelor vârstnice aflate în instituții de tip rezidențial, mediul fizic și arhitectural poate compensa reducerea mobilității, pierderile senzoriale sau tulburările cognitive (Parker et al., 2004), dar și dorința de a se implica în activități sociale (Edvardsson et al., 2014). Studiile realizate de Kane et al. (2004) subliniază modul concret în care mediul fizic, în special în instituțiile de tip rezidențial influențează diferite aspecte ale calității vieții (confort, siguranță și securitate, alimentația, relațiile sociale, autonomia, independența). Mediul de viață este recunoscut ca fiind un aspect important al calității vieții și studiile recente din domeniul gerontologic, geografic și arhitectural vorbesc despre importanța adaptării locuinței/mediului de viață/spațiului urban la nevoile persoanelor vârstnice, astfel încât să maximizeze independența, să încurajeze stima de sine și încrederea, să consolideze identitatea personală (Walker, 2005; Georgescu et al., 2015; Artmann et al., 2017; Nordin et al., 2017).
- **Mobilitatea spațială a persoanei vârstnice:** studii longitudinale (și nu numai) au dovedit existența unei corelații directe între scăderea mobilității spațiale în cadrul mediului de viață al persoanei vârstnice aflate în îngrijire la domiciliu și calitatea percepută a vieții (Portegijs et al., 2014; Rantakokko et al., 2016), deoarece determină efecte negative asupra sănătății<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> În studiile la care se face referire aici, mobilitatea spațială este înțeleasă ca spațiul fizic (dormitorul, casa, exteriorul locuinței, cartierul, orașul, destinații mai îndepărtate) în care

- Alte priorități semnificative pentru persoanele în vârstă (în special pentru cele aflate în medii instituționalizate) sunt **controlul asupra propriei vieți, organizarea activităților zilnice, activitățile derulate și relațiile cu personalul și alți rezidenți** (Edvardsson et al., 2014).

Tendențele din ultimii ani au fost marcate de o evoluție a studiilor de la cele privind calitatea vieții persoanelor vârstnice sănătoase către cele care investighează impactul stării de sănătate fizică și mentală la vârste avansate asupra calității vieții (Teofilou, 2013).

### 1.3. Instrumente internaționale destinate evaluării calității vieții persoanelor vârstnice

**Instrumentele destinate evaluării calității** vieții persoanelor vârstnice pot fi grupate în *instrumente generale* – care se pot aplica oricărei categorii a populației și implicit și persoanelor vârstnice și *instrumente specifice* - dedicate acestui segment de vârstă. Aceste instrumente iau forma unor chestionare aplicate diferitelor categorii de persoane, cu scopul măsurării acelor aspecte ale calității vieții considerate importante, în funcție de contextul național, de interesul cercetătorilor sau practicienilor.

Preluarea instrumentelor și aplicarea lor în contexte naționale diferite de cele în care ele au fost construite, testate și validate este supusă, cel mai adesea, unor proceduri extrem de riguroase de traducere, proceduri impuse chiar de organizațiile care le-au dezvoltat.

Datorită naturii multidimensionale a conceptului, se admite că este *necesară utilizarea concomitentă a mai multor instrumente sau folosirea unui mix de metode* (cantitative și calitative).

Prezentăm în cele ce urmează, sintetic, instrumentele dezvoltate la nivel internațional.

---

persoana vârstnică se deplasează zilnic, ținând cont de distanță, gradul de dependență, frecvență, tipul de asistență de care are nevoie. Luând în considerare nu numai frecvența mișcării în aer liber, dar și nevoia de asistență și amploarea mediului fizic în care se mișcă individul, mobilitatea spațială reprezintă o modalitate de evaluare a mobilității reale a persoanelor în viața de zi cu zi și a accesului la diverse facilități din afara locuinței.

**Tabel 1.** Instrumente cantitative utilizate pentru măsurarea calității vieții persoanelor vârstnice

| Denumirea instrumentului                                                                                            | Dimensiuni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INSTRUMENTE GENERALE</b>                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| EuroQol - 5 Dimensions (EQ-5D) cu două variante pentru adulți (EQ-5D-3L, EQ-5D-5L) și una pentru copii <sup>2</sup> | <p>Instrumentul a fost dezvoltat în anul 1987 de către EuroQol Group Association (asociație internațională formată din cercetători din diverse domenii) și EuroQol Research Foundation, ca un instrument standardizat destinat a evalua calitatea vieții relaționată de starea de sănătate. Instrumentul EQ-5D a fost dezvoltat simultan în limba olandeză, engleză, finlandeză, norvegiană și suedeză. În prezent, instrumentul este utilizat pe scară largă în întreaga lume și a fost tradus în majoritatea limbilor de circulație internațională printr-un proces de traducere atent monitorizat.</p> <p>EQ-5D include 5 dimensiuni: mobilitate, auto-îngrijire, activități uzuale, durere/disconfort, anxietate/depresie care sunt înregistrate descriptiv și pe o scală vizuală vertical analogică. Rezultatele pot fi folosite ca o măsură cantitativă a stării de sănătate care reflectă percepția persoanei. Scorurile aferente celor cinci dimensiuni pot fi prezentate sub forma unui profil al stării de sănătate sau pot fi transformate într-un index, conform unei metodologii puse la dispoziție de cercetătorii care au contribuit la crearea instrumentului<sup>3</sup>. Pentru fiecare dimensiune sunt stabilite 3 sau 5 nivele de gravitate, în funcție de varianta instrumentului EQ-5D-3L sau EQ-5D-5L. În cazul EQ-5D-3L, cele trei nivele sunt: “<i>fără probleme</i>”, “<i>unele probleme</i>” și “<i>probleme extreme</i>”. Persoanei i se solicită să-și indice starea de sănătate prin bifarea căsuței de lângă nivelul cel mai adecvat stării de sănătate corespunzător fiecărei din cele 5 dimensiuni. Scala vizuală analogică vertical înregistrează starea de sănătate a pacientului pe o scală vizuală, unde punctele finale sunt etichetate “<i>cea mai bună stare de sănătate posibilă</i>” și “<i>cea mai rea stare de sănătate posibilă</i>”.<sup>4</sup></p> |

<sup>2</sup> Instrument validat în cadrul unor studii derulate în 6 țări.

<sup>3</sup> <https://euroqol.org/publications/user-guides/>.

<sup>4</sup> EuroQol Group, 2018. *EQ-5D Instruments. About EQ-5D*. <https://euroqol.org/euroqol/>.

|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Short Form 36 (SF-36) <sup>5</sup>                           | Instrumentul măsoară calitatea vieții relaționată de sănătate. Dimensiunile acoperite sunt: sănătate fizică (10 întrebări), limitări de rol datorită problemelor de sănătate (4 întrebări), durere fizică (2 întrebări), sănătate generală (5 întrebări), vitalitate (4 întrebări), relații sociale (2 întrebări), limitări de rol datorită problemelor emoționale (3 întrebări) și sănătate mentală (6 întrebări). Scorul total obținut în urma aplicării chestionarului variază de la 0-100.                                                              |
| Short Form 12 (SF-12) <sup>6</sup>                           | Instrumentul măsoară calitatea vieții relaționată de sănătate.<br><br>Dimensiunile acoperite sunt: sănătate fizică (2 întrebări), limitări de rol datorită problemelor de sănătate (2 întrebări), durere corporală (1 întrebare), sănătate generală, percepții (1 întrebare), vitalitate (1 întrebare), relații sociale (1 întrebare), limitări de rol datorită problemelor emoționale (2 întrebări), sănătate mentală generală/suferință psihologică sau bunăstare psihologică (2 întrebări).                                                              |
| Short-Form 6 Dimensions (SF-6D) <sup>7</sup>                 | Instrumentul derivă din SF-36 și este utilizat pentru măsurarea calității vieții relaționată de starea de sănătate. Instrumentul se utilizează în analizele de utilitate a costurilor și a fost dezvoltat în anul 2002.<br><br>SF-6D include 6 dimensiuni: funcționarea fizică, limitări de rol, funcționarea socială, durerea, sănătatea mentală și vitalitatea.                                                                                                                                                                                           |
| Assessment of Quality of life instrument (AQoL) <sup>8</sup> | Instrumentul măsoară calitatea vieții relaționată de sănătate. Dimensiunile avute în vedere în cadrul instrumentului, includ: viață independentă, fericire, sănătate mentală, capacitatea de gestionare a dificultăților, relații, auto-valorizare, durere, simțuri.<br><br>Instrumentul are 4 variante: AQoL-8D (35 întrebări grupate pe domenii, precum: viață independentă, fericire, sănătate mentală, gestionarea situațiilor dificile, relații, valorizare, durere, simțuri); AQoL-7D (26 întrebări grupate pe 7 domenii, precum: viață independentă, |

<sup>5</sup> [https://www.rand.org/health/surveys\\_tools/mos/36-item-short-form.html](https://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html).

<sup>6</sup> [https://www.rand.org/health/surveys\\_tools/mos/12-item-short-form.html](https://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/12-item-short-form.html).

<sup>7</sup> Instrumentul se utilizează în evaluările privind starea de sănătate-  
<https://www.sheffield.ac.uk/scharr/sections/heds/mvh/sf-6d>.

<sup>8</sup> <https://www.aqol.com.au/>.

|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                          | sănătate mentală, gestionarea situațiilor dificile, relații, durere, simțuri, afecțiuni ale vederii); AQoL-6D (20 întrebări grupate pe 6 domenii, precum: viață independentă, sănătate mentală, gestionarea situațiilor dificile, relații, durere, simțuri); AQoL-4D (12 întrebări grupate pe 4 domenii, precum viață independentă, sănătate mentală, relații, durere).                                                                                                                                                                                     |
| Quality of Wellbeing scale (QWB) <sup>9</sup>            | Instrumentul măsoară calitatea vieții relaționată de sănătate, în special performanța funcțională și nu capacitatea funcțională. Instrumentul a fost creat în 1973 și revizuit în 1976 și 1994. Dimensiunile calității vieții acoperite au în vedere: mobilitatea, activitatea fizică și socială. Pentru fiecare dintre cele trei domenii persoana este rugată să menționeze ce activități a reușit să realizeze și nu ce activități crede că ar putea să îndeplinească. Răspunsurile sunt înregistrate pe o scală ce ia valori de la 0 la 1.               |
| 15-Dimensions (15D) <sup>10</sup>                        | Instrumentul măsoară calitatea vieții relaționată de sănătate și cuprinde 15 întrebări referitoare la: sănătate/mobilitate, vedere, auz, respirație, somn, mâncare, vorbire, activități uzuale, funcții mentale, disconfort și simptome, depresie, suferință, vitalitate și activitate sexuală. Fiecare întrebare are 5 variante de răspuns, solicitându-se persoanei să selecteze o singură variantă și anume pe cea care corespunde stării reale de sănătate.                                                                                             |
| Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) <sup>11</sup> | Instrumentul ASCOT se bazează pe teoria capabilității și a fost dezvoltat cu scopul măsurării calității vieții, concentrându-se pe obiectivele serviciilor de asistență socială. Serviciile de asistență socială urmăresc să ofere sprijin în realizarea activităților de bază, cum ar fi hrană și igienă personală.<br><br>În fazele de dezvoltare ulterioară ale instrumentului ASCOT a fost introdusă noțiunea de capacitate, cu referire directă la politicile sociale în cadrul cărora se au în vedere extinderea oportunităților pentru persoanele cu |

<sup>9</sup> <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/quality-of-well-being-scale> și <https://instruct.uwo.ca/kinesiology/9641/Assessments/Social/QWB.html>.

<sup>10</sup> <http://15d-instrument.net/15d/>.

<sup>11</sup> Personal Social Research Services Research Units, 2018. *Introduction to ASCOT*. <https://www.pssru.ac.uk/ascot/>.

|                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                        | <p>dizabilități și promovarea independenței, alegerii și controlului în rândul acestora.<sup>12</sup>. ASCOT se conectează la teoria capabilităților și la evoluțiile societale mai generale, concentrându-se mai degrabă asupra a ceea ce sunt capabili să facă beneficiarii asistenței sociale, pe capacitățile lor, decât pe deficiențe și limitări. Deoarece oamenii au nevoi (și dorințe) diferite, valoarea unui serviciu variază în funcție de persoană.<sup>13</sup></p> <p>Dimensiunile acoperite de acest instrument, sunt: control asupra vieții de zi cu zi și asupra capacității de derulare a activităților zilnice, igienă și confort personal, alimentație și aspecte legate de nutriție, siguranță, participare socială și implicare, activități derulate, satisfacție cu privire la mediul de viață, demnitate.</p> <p>Există mai multe variante ale instrumentului, în funcție de tipul de serviciu în cadrul căruia se poate aplica (servicii sociale de zi, servicii sociale de tip rezidențial, servicii sociale furnizate la domiciliu), în funcție de grupul investigat (îngrijitori sau beneficiari), în funcție de metoda de cercetare aleasă (calitativă – ghid de interviu și observație participativă, cantitativă – chestionar). În cazul în care se alege metoda cantitativă pentru derularea cercetării, chestionarul se auto-administrează și are 9 întrebări, fiecare întrebare având 4 variante de răspuns. Fiecare întrebare corespunde unuia din domeniile prezentate anterior. În cazul în care se alege interviul, ghidul are 23 de întrebări, iar în cazul observației (aplicabilă doar în situația în care se investighează serviciile sociale rezidențiale) este definită o metodologie distinctă de derulare.</p> |
| World Health Organisation Quality of Life brief instrument (WHOQoL-Bref) <sup>14</sup> | <p>Instrumentul a fost dezvoltat de Organizația Mondială a Sănătății și reprezintă varianta prescurtată a WHOQoL-100.</p> <p>Chestionarul cuprinde 26 de întrebări grupate în 4 domenii: sănătatea fizică (7 întrebări), aspecte ce privesc sănătatea emoțională (6 întrebări), relațiile sociale (3</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

<sup>12</sup> Netten et al., 2011. *ASCOT: Main guidance v2. 1*. În: PSSRU discussion paper 2716/3. University of Kent, Canterbury: Personal Social Services Research Unit.

<sup>13</sup> van Loon et al., 2018. *Quality of life in a broader perspective: Does ASCOT reflect the capability approach?*. Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 27(5), 1181-1189.

<sup>14</sup> [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf).

|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                      | întrebări) și aspecte de mediu/context (8 întrebări). Pentru fiecare întrebare este definită o scală Likert cu 5 variante de răspuns.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Nottingham Health Profile (NHF) <sup>15</sup>                                        | <p>Instrumentul măsoară aspecte legate de starea de sănătate și fost dezvoltat începând cu anul 1975 de Universitatea din Nottingham.<sup>16</sup></p> <p>Chestionarul cuprinde 38 de întrebări grupate pe următoarele domenii: energie (3 întrebări), durere (8 întrebări), reacții emoționale (9 întrebări), somn (5 întrebări), izolarea socială (5 întrebări) și mobilitatea fizică (8 întrebări). La acestea se adaugă 7 întrebări relaționate de: aspecte generale cu privire la viață, ocupație, gospodărie, viață socială, viața de familie/sexuală, hobbyuri, petrecerea timpului liber. Fiecare întrebare are două variante de răspuns: „Da” și „Nu”.</p> |
| The EUROHIS-QoL 8 <sup>17</sup>                                                      | Instrumentul derivă din WHOQoL-100. Chestionarul cuprinde 8 întrebări care evaluează percepția generală cu privire la calitatea vieții, starea de sănătate în ansamblu, energie, activități ale vieții zilnice, valorizare, relații, aspecte legate de situația financiară, aspecte referitoare la condițiile de locuit. <sup>18</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>INSTRUMENTE SPECIFICE PENTRU MĂSURAREA CALITĂȚII VIEȚII PERSOANELOR VÂRSTNICE</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Control, Autonomy, Self-Realization, Pleasure (CASP-19) <sup>19</sup>                | Instrumentul măsoară calitatea vieții bazată pe teoria nevoilor sociale, acordând importanță egală componentei sociale și celei biologice. Este un chestionar care cuprinde 19 întrebări grupate pe 5 domenii: control (6 întrebări), autonomie (5 întrebări), auto-realizare (4 întrebări), satisfacție (4 întrebări). Pentru fiecare întrebare este definită o scală Likert cu 4 variante de răspuns.                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ICEpop CAPability measure for Older                                                  | Instrumentul a fost dezvoltat de Universitatea din Birmingham și se utilizează pentru evaluarea calității                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

<sup>15</sup> <http://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid%3D1J1WXYDK-CPP19Z-1ZQY/>.

<sup>16</sup> Hunt et al., 1985. *Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists*. The Journal of the Royal College of General Practitioners, 35(273), 185–188.

<sup>17</sup> [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462018000300249](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462018000300249).

<sup>18</sup> Rocha et al., 2012. *The EUROHIS-QoL 8-Item Index: Comparative Psychometric Properties to Its Parent WHOQOL-BREF*, Value in Health, 15, 449-457.

<sup>19</sup> Sim et al., 2011. *The CASP-19 as a measure of quality of life in old age: evaluation of its use in a retirement community*. Qual Life Res, 20, 997-1004.

|                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| people (ICECAP-O) <sup>20</sup>                                                                     | <p>vieții persoanelor vârstnice din perspectivă economică. ICECAP-O se concentrează asupra bunăstării definite mai degrabă într-un sens economic, decât din perspectiva stării de sănătate. Instrumentul pornește de la teoria capabilității (teorie elaborată de Amartya Sen, potrivit căruia, bunăstarea este dată de capacitatea individului de <i>a fi</i> și de <i>a face</i> acele lucruri care sunt importante în viață).</p> <p>Chestionarul cuprinde 5 întrebări grupate pe următoarele domenii: atașament (afecțiune și prietenie), securitate (privire spre viitor cu îngrijorare), roluri (derularea de activități care valorizează), satisfacție (bucurie), control (independență). Pentru fiecare întrebare sunt definite 4 variante de răspuns.</p> |
| Older People's Quality of Life (OPQOL) <sup>21</sup>                                                | <p>Instrumentul include întrebări grupate astfel: aspecte legate de sănătate și viață în general (4 întrebări), relații sociale și participare (7 întrebări), independență, controlul vieții, libertate (5 întrebări), mediu (locuință și comunitate) – 4 întrebări, bunăstare psihologică și emoțională (4 întrebări), circumstanțele financiare (4 întrebări) și religia/cultura (2 întrebări).</p> <p>Pentru fiecare întrebare este stabilită o scală Likert cu 5 variante de răspuns.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| World Health Organisation Quality of Life Instrument-Older Adults Module (WHOQoL-Old) <sup>22</sup> | <p>Instrumentul este derivat din WHOQoL și cuprinde 24 de întrebări grupate în următoarele dimensiuni: funcționare senzorială, autonomie, activitățile din trecut, prezent, viitor, participarea socială, decesul și intimitatea. Pentru fiecare întrebare este definită o scală Likert cu 5 variante de răspuns.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

Sursa: dezvoltat de autori, proiect PSKD 3676

<sup>20</sup>University of Birmingham, 2018. *ICECAP-O*. <https://www.birmingham.ac.uk/research/activity/mds/projects/HaPS/HE/ICECAP/ICECAP-O/index.aspx>.

<sup>21</sup> The International Longevity Centre, 2010. *Good Neighbours Measuring Quality of Life in Older Age*. Instrumentul acordă o atenție deosebită relațiilor sociale și familiei, rolurilor sociale și activităților derulate (Bowling și Stenner, 2010).

<sup>22</sup> Include itemi suplimentari pentru această categorie de vârstă (Bowling, 2009).

## CAPITOLUL 2

### MĂSURAREA CALITĂȚII VIEȚII PERSOANELOR VÂRSTNICE DEPENDENTE ÎN ROMÂNIA

#### 2.1. Modelul conceptual de evaluare a calității vieții persoanelor vârstnice dependente în România

Literatura de specialitate subliniază complexitatea și multidimensionalitatea conceptului de calitate a vieții, cu accente specifice în cazul persoanelor vârstnice, întrucât aspectele ce definesc calitatea vieții la vârste înaintate sunt diferite în cazul persoanelor dependente, comparativ cu persoanele care pot duce o viață independentă.

Pornind de la studiile analizate, autorii acestui volum au identificat ca principali determinanți ai calității vieții la vârste înaintate, următoarele caracteristici ale unei persoane: *vârsta*, *aspectele de natură psihologică/emoțională* (așteptările cu privire la viață, acceptarea stării de dependență fizică), *starea de sănătate* (mobilitate, autonomie funcțională), *participarea socială și suportul social* (implicarea în activități sociale, culturale, religioase), *capitalul social* (relațiile cu familia, prietenii, ceilalți rezidenți), *sentimentul de siguranță*.

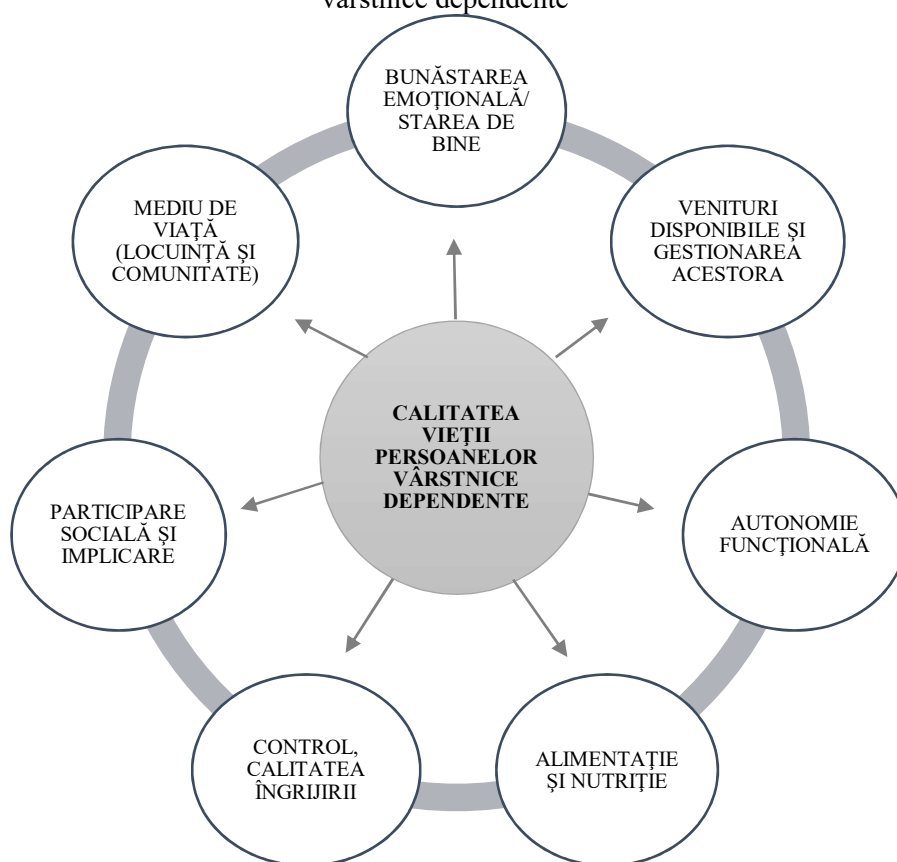
Dimensiunile din cadrul modelului conceptual dezvoltat au fost derivate din analiza literaturii de specialitate și din instrumentele destinate a măsura calitatea vieții persoanelor vârstnice, instrumente dezvoltate la nivel internațional.

Componentele modelului conceptual sunt relaționate de:

- *Starea de sănătate fizică și emoțională* – bunăstare emoțională/stare de bine, autonomie funcțională, alimentație și nutriție;
- *Nivelul veniturilor* – venituri disponibile și gestionarea acestora;
- *Serviciile de îngrijire* – control, calitatea îngrijirii;
- *Relațiile sociale, suportul social* – participare socială și implicare;
- *Mediul de viață* – locuință și comunitate.

Modelul conceptual a fost elaborat astfel încât să permită evaluarea calității vieții persoanelor vârstnice dependente<sup>23</sup> din România. În cadrul cercetării derulate de către autori, persoanele vârstnice dependente sunt considerate a fi persoanele cu vârste de 65 de ani și peste care beneficiază de servicii sociale cu cazare (în cadrul locuințelor protejate, căminelor pentru persoane vârstnice și centrelor respiro) și fără cazare (furnizate de unitățile de îngrijire la domiciliu și de centrele de zi de asistență și recuperare).

**Figura 1.** Model conceptual de evaluare și analiză a calității vieții persoanelor vârstnice dependente



*Sursa: dezvoltat de autori, proiect PSCD 3676*

<sup>23</sup> Autorii prezentului studiu au avut în vedere dependența definită ca o limitare a capacității funcționale a persoanei, respectiv a abilității de a derula diferite activități ale vieții zilnice precum pregătirea alimentației, hrănire, îngrijire corporală, îmbrăcare, asigurarea igienei personale etc. (WHO, 2002).

Prezentăm în cele ce urmează conținutul dimensiunilor modelului conceptual dezvoltat:

### **BUNĂSTAREA EMOȚIONALĂ/STARE DE BINE**

Acest domeniu al modelului conceptual face referire la starea de sănătate generală și starea de bine, în cadrul cărora predictorii pozitivi ai calității vieții sunt o stare fizică și mentală bună a persoanei vârstnice. Îmbătrânirea implică pierderi fizice, cognitive, sociale și familiale aducând cu ea o incidență crescută a dizabilității și nevoia de asistență în activitățile de viață cotidiană.

Atât bunăstarea fizică a persoanelor în vârstă trebuie avută în vedere, cât și bunăstarea emoțională/mentală, cercetările în domeniu demonstrând că perceperea negativă a îmbătrânirii se asociază cu o funcționare mai slabă a organismului uman și cu o mortalitate crescută (Levy et al., 2002).

Calitatea vieții este direct asociată cu procesele fiziologice care stau la baza sănătății și a bolilor. Studiile de specialitate confirmă faptul că o bună calitate a vieții ajută funcționarea eficientă a reacțiilor biologice multiple. Bunăstarea psihologică poate spori direct funcționarea sistemelor neuro-endocrin, imun și cardiovascular (Steptoe et al., 2005; Friedman et al., 2007; Steptoe et al., 2009) sau indirect, prin estomparea efectelor stresului (Cohen și Pressman, 2006).

### **VENITURILE DISPONIBILE ȘI GESTIONAREA ACESTORA**

Un venit adecvat care să permită nu numai acoperirea nevoilor de bază legate de întreținere, alimentație sau pe cele relaționate de costurile cu îngrijirea sănătății, dar și acoperirea unor costuri legate de derularea de activități sociale, favorizează reducerea izolării în rândul persoanelor vârstnice dependente, menținerea/ameliorarea stării de sănătate emoțională. În cadrul acestei dimensiuni sunt măsurate adecvarea veniturilor disponibile la nevoile persoanei vârstnice dependente, dar și gradul de implicare al fiecărei persoane în gestionarea veniturilor proprii.

### **AUTONOMIA FUNCȚIONALĂ**

Domeniul include evaluarea persoanei vârstnice cu privire la capacitatea de a efectua activități de bază ale vieții zilnice (ABVZ) și

activități instrumentale ale vieții zilnice (AIVZ), ținând cont de faptul că funcțiile ABVZ sunt esențiale pentru capacitatea unei persoane de a se îngriji, în timp ce funcțiile AIVZ sunt corelate cu activități care țin de viața independentă într-un anumit mediu.

Această dimensiune explorează de asemenea nivelul de vitalitate, energia, entuziasmul cu care o persoană vârstnică realizează activitățile vieții cotidiene. Oboseala poate avea mai multe cauze printre care boala, depresia sau suprasolicitarea, toate acestea având un impact important asupra calității vieții persoanei vârstnice.

Gradul de dependență față de alte persoane este un aspect important ce influențează starea de bine. În toate situațiile în care mobilitatea unei persoane depinde în măsură semnificativă de ajutorul altei persoane este afectată calitatea vieții persoanei respective. Un anumit grad de handicap fizic nu afectează însă neapărat mobilitatea persoanei care îl deține, aceasta putându-se deplasa cu ajutorul unui scaun cu roțile sau a unui cadru ortopedic de mers.

## **ALIMENTAȚIE ȘI NUTRIȚIE**

În cadrul acestei dimensiuni sunt cuprinși indicatori care evaluează accesul la o alimentație suficientă din punct de vedere cantitativ, hrănitoare, variată, corespunzătoare stării de sănătate. Participarea persoanelor vârstnice dependente la prepararea hranei este de asemenea apreciată ca fiind importantă.

## **CONTROL, CALITATEA ÎNGRIJIRII**

În cadrul acestei dimensiuni sunt măsurate percepții cu privire la libertatea de control asupra unor aspecte diverse ale vieții (de la tipul de îngrijire, până la alegerea activităților zilnice), dar și aprecieri cu privire la calitatea îngrijirii. Se consideră că persoana are capacitate de control asupra propriei vieți atunci când poate decide nu numai cu privire la aspecte ce țin de îngrijire, dar și cu privire la alimentație, diferite tipuri de activități pe care își dorește să le deruleze sau care îi determină o stare de bine, vestimentație, etc.

Din această perspectivă, o varietate largă de activități poate fi asociată cu un control cât mai mare posibil, în special în cazul persoanelor vârstnice dependente care sunt beneficiare de servicii de îngrijire fără cazare. Calitatea îngrijirii este evaluată general și ca percepție asupra schimbărilor

produse prin accesarea serviciilor sociale, în viața fiecărui beneficiar. Se măsoară aici și nevoia de alte servicii, inclusiv sentimentul de siguranță resimțit pe durata furnizării serviciilor.

## **PARTICIPARE SOCIALĂ ȘI IMPLICARE**

În cadrul acestei dimensiuni sunt măsurate percepții cu privire la gradul de izolare al persoanei vârstnice și suportul oferit de familie/prieteni/cunoștințe. Participarea socială, relațiile de familie intergeneraționale, disponibilitatea prietenilor și sprijinul social reprezintă determinanți importanți ai calității vieții la vârste avansate.

Frecvența contactelor este unul dintre indicatorii cei mai utilizați pentru a descrie interacțiunea. Contactele sociale ridicate au fost frecvent asociate cu indici ridicați ai calității vieții persoanelor vârstnice. Cercetări empirice au demonstrat faptul că există asocieri puternice între sprijinul social, structura rețelei sociale și aspecte ce au în vedere mortalitatea, starea de sănătate mentală și fizică, dar și bunăstarea generală a persoanelor vârstnice (Bowling, 1994; Bowling și Grundy, 1998).

Există, de asemenea, asocieri demonstrate empiric între participarea socială și/sau sprijinul și sentimentele de securitate, stimă de sine și, prin urmare, stăpânire de sine, în condițiile existenței unui echilibru între situațiile de dependență și independență (Lawton, 1980; Wenger, 1992). Literatura de specialitate indică faptul că relațiile sociale și derularea de activități conferă beneficii pentru sănătate prin căi psihosociale (Berkman și Glass, 2000).

## **MEDIUL DE VIAȚĂ (LOCUIȚĂ ȘI COMUNITATE)**

Caracteristicile mediului fizic pot încuraja sau dimpotrivă descuraja persoana vârstnică (rezidentă sau nu) să se implice în activități diverse. Mediul fizic reprezintă un context important și un determinant major al calității vieții persoanelor vârstnice (Lawton, 1980). În cazul persoanelor vârstnice aflate în instituții de tip rezidențial, mediul fizic influențează aspecte ale calității vieții precum: confort, siguranță și securitate, alimentația, relațiile sociale, autonomia, independența.

În cazul persoanelor vârstnice, spațiul fizic (dormitorul, casa, exteriorul locuinței, cartierul, orașul, comunitatea) în care persoana vârstnică se deplasează, reprezintă o modalitate de evaluare a mobilității reale a persoanelor vârstnice (Portegijs et al., 2014; Rantakokko et al., 2016).

Persoanele vârstnice care locuiesc într-o comunitate în care au sentimentul de siguranță, care au relații bune cu vecinii, acces la spații verzi sau la facilități locale bune (magazine, piețe, oficii poștale etc.) experimentează o calitate a vieții mai bună.

## **2.2. Evaluarea dimensiunilor calității vieții persoanelor vârstnice dependente aflate în servicii sociale cu cazare și fără cazare**

### **2.2.1. Aspecte metodologice**

În cadrul studiului privind calitatea vieții persoanelor vârstnice dependente din România, serviciile sociale de care beneficiau acestea au fost grupate în:

(1) *servicii cu cazare* (cămine pentru persoane vârstnice - cod serviciu social 8730 CR-V-I, centre de tip respiro - cod serviciu social 8730 CR-V-II, locuințe protejate - cod serviciu social 8730 CR-V-III)

și

(2) *servicii fără cazare* (centre de zi de asistență și recuperare - cod serviciu social 8810 CZ-V-I și unități de îngrijire la domiciliu - cod serviciu social 8810 ID-I).

Modelul conceptual dezvoltat în vederea evaluării calității vieții persoanelor vârstnice dependente a cuprins inițial un număr de 53 de indicatori grupați în 7 dimensiuni, astfel: bunăstare emoțională/stare de bine (9 indicatori), venituri disponibile și gestionare acestora (3 indicatori), autonomia funcțională (6 indicatori), alimentație și nutriție (4 indicatori), control, calitatea îngrijirii (11 indicatori), participare socială și implicare (12 indicatori), mediu de viață (locuință și comunitate) (8 indicatori).

În pasul următor, acești indicatori au fost testați în cadrul focus-grupurilor și interviurilor semi-structurate implementate în rândul beneficiarilor de servicii sociale și furnizorilor de servicii sociale, după cum urmează: 10 persoane vârstnice dependente beneficiare de servicii sociale și 47 furnizori de servicii sociale din cele 8 regiuni de dezvoltare ale țării.

**Tabel 2.** Situația consultărilor cu diferite categorii de persoane interesate

| <b>INTERVIURI SEMI-STRUCTURATE</b>                                              | <b>Servicii cu cazare</b> | <b>Servicii fără cazare</b> | <b>Perioadă de derulare</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Persoane vârstnice dependente</b>                                            | 6                         | 4                           | 14.05.2020-20.05.2020       |
| <b>FOCUS-GRUPURI REGIONALE</b>                                                  | <b>Servicii cu cazare</b> | <b>Servicii fără cazare</b> | 27.05.2019-24.06.2019       |
| <b>Furnizori de servicii sociale</b>                                            | 30                        | 17                          |                             |
| <b>București-Ilfov</b><br>București                                             | 1                         | 4                           |                             |
| <b>Sud-Muntenia</b><br>Alexandria, Furculești, Crevedia, Talpa, Roșiori de Vede | 4                         | 1                           |                             |
| <b>Sud-Vest Oltenia</b><br>Râmnicu Vâlcea, Drăgășani, Crețeni, Bujoreni, Roești | 4                         | 3                           |                             |
| <b>Sud-Est</b><br>Galați                                                        | 5                         | 2                           |                             |
| <b>Vest</b><br>Arad                                                             | 3                         | 2                           |                             |
| <b>Nord-Vest</b><br>Cluj Napoca                                                 | 6                         | 1                           |                             |
| <b>Centru</b><br>Alba Iulia                                                     | 4                         | 1                           |                             |
| <b>Nord-Est</b><br>Iași                                                         | 3                         | 3                           |                             |

*Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676*

Acestora li se adaugă 8 interviuri semi-structurate cu reprezentanți ai organizațiilor ce reprezintă interesele persoanelor vârstnice (Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice, organizații ale pensionarilor, organizații non-guvernamentale cu activitate recunoscută în domeniul îmbătrânirii și al educației continue a personalului din serviciile de îngrijire destinate persoanelor vârstnice), interviuri care s-au derulat în perioada 15.05.2019-27.05.2019.

*Metodologia de cercetare* utilizată (anchetă TAPI-Tablet Assisted Personal Interview, pe bază de chestionar standardizat aplicat față-în-față, pe tabletă) are la bază indicatorii agreeți în urma procesului de consultare și recalibrare, respectiv 46 de indicatori: bunăstare emoțională/stare de bine (8 indicatori), venituri disponibile și gestionare acestora (3 indicatori),

autonomia funcțională (10 indicatori), alimentație și nutriție (3 indicatori), control, calitatea îngrijirii (8 indicatori), participare socială și implicare (10 indicatori), mediu de viață (locuință și comunitate) (4 indicatori).

*Eșantionarea* s-a realizat pornind de la Registrul furnizorilor acreditați de servicii sociale pus la dispoziție de către echipa MMPS în luna ianuarie 2019. Eșantionarea pentru beneficiarii de servicii sociale s-a bazat pe o metodă de stratificare bistadială care a asigurat distribuția reprezentativă la nivel național atât a furnizorilor cât și a beneficiarilor (unitatea de investigare în cadrul studiului fiind reprezentată de beneficiari):

- În primul stadiu stratificarea a fost realizată pentru furnizorii de servicii sociale;
- În al doilea stadiu stratificarea a fost realizată pentru beneficiarii de servicii sociale.

Criteriile de stratificare pentru ambele stadii au fost: regiunea de dezvoltare (8 regiuni); mediul rezidențial (urban/rural); tipul de serviciu social (2 tipuri: cu și fără cazare).

*Perioada de implementare* a anchetei a fost 7 august 2019 - 23 septembrie 2019, *durata medie de aplicare a unui chestionar* fiind de 20 de minute.

*Ancheta a fost reprezentativă la nivel național* (marjă de eroare de 3,5% la un nivel de încredere de 95%) *și după tipul de serviciu* (marjă de eroare de 3,1% la un nivel de încredere de 95% în cazul beneficiarilor de servicii sociale cu cazare și marjă de eroare de 3,3% la un nivel de încredere de 95% în cazul beneficiarilor de servicii sociale fără cazare). Datele culese au fost prelucrate de autorii studiului utilizând softul statistic IBM SPSS 20.

În cadrul anchetei derulate a fost investigat un eșantion format din 655 persoane vârstnice dependente beneficiare de servicii cu cazare și fără cazare. Caracteristicile eșantionului pun în evidență:

- Preponderența persoanelor vârstnice de sex feminin, aspect corelat și cu indicatorii statistici naționali referitori la speranța de viață mai ridicată în rândul femeilor comparativ cu cea înregistrată în cazul bărbaților.
- Distribuția pe vârste a beneficiarilor investigați este relativ echilibrată pentru grupele de vârstă 65-74 ani și 75-84 de ani, ponderea persoanelor cu vârste de 85 de ani și peste situându-se sub 25% din total eșantion. Vârsta medie a respondenților era la data anchetei de 78,2 ani, persoanele care beneficiau de servicii cu cazare aveau o vârstă medie de 78,5 ani, iar pentru persoanele care beneficiau de servicii fără cazare vârstă medie era de 77,8 ani.
- Remarcăm durata mare de utilizare a serviciilor sociale (perioada de când persoanele vârstnice participante la ancheta de teren beneficiau de

serviciile sociale), indiferent că ele erau furnizate în sistem rezidențial sau la domiciliu, acesta fiind la data anchetei de 44,9 luni.

**Tabel 3.** Caracteristicile eșantionului de persoane vârstnice dependente investigat

| Denumire caracteristică                                                  | Total<br>(n=655)<br>n % | Variabilă de eşantionare      |                                 |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
|                                                                          |                         | Servicii cu cazare<br>(n=355) | Servicii fără<br>cazare (n=300) |
| <b>Sex</b>                                                               |                         |                               |                                 |
| Masculin                                                                 | 230 (35,1%)             | 146 (41,1%)                   | 84 (28%)                        |
| Feminin                                                                  | 425 (64,9%)             | 209 (58,9%)                   | 216 (72%)                       |
| <b>Stare civilă</b>                                                      |                         |                               |                                 |
| Căsătorit/Uniune consensuală                                             | 83 (12,7%)              | 18 (5,1%)                     | 65 (21,6%)                      |
| Necăsătorit/Văduv                                                        | 572 (87,3%)             | 337 (94,9%)                   | 235 (78,3%)                     |
| <b>Mediu de rezidență</b>                                                |                         |                               |                                 |
| Urban                                                                    | 433 (66,1%)             | 217 (61,1%)                   | 216 (72%)                       |
| Rural                                                                    | 222 (33,9%)             | 138 (38,9%)                   | 84 (28%)                        |
| <b>Ultimele studii absolvite</b>                                         |                         |                               |                                 |
| Fără studii                                                              | 4 (0,6%)                | 2 (0,6%)                      | 2 (0,7%)                        |
| Studii primare/gimnaziale                                                | 218 (33,3%)             | 81 (22,8%)                    | 137 (45,7%)                     |
| Studii liceale/profesionale/postliceale                                  | 336 (51,3%)             | 202 (56,9%)                   | 134 (44,6%)                     |
| Studii universitare/postuniversitare                                     | 97 (14,8%)              | 70 (19,7%)                    | 27 (9%)                         |
| <b>Vârsta</b>                                                            |                         |                               |                                 |
| 65-74 ani                                                                | 238 (36,3%)             | 126 (35,5%)                   | 112 (37,3%)                     |
| 75-84 ani                                                                | 261 (39,8%)             | 138 (38,9%)                   | 123 (41%)                       |
| 85 de ani și peste                                                       | 156 (23,8%)             | 91 (25,6%)                    | 65 (21,7%)                      |
| <b>Perioada de timp de când persoana beneficiază de servicii sociale</b> |                         |                               |                                 |
| Sub 12 luni                                                              | 133 (20,3%)             | 82 (23,1%)                    | 51 (17%)                        |
| 12 luni-24 luni                                                          | 110 (16,8%)             | 68 (19,2%)                    | 42 (14%)                        |
| 24 luni-36 luni                                                          | 93 (14,2%)              | 55 (15,5%)                    | 38 (12,7%)                      |
| 36 luni-48 luni                                                          | 68 (10,4%)              | 32 (9,0%)                     | 36 (12%)                        |
| Mai mult de 48 de luni                                                   | 251 (38,3%)             | 118 (33,2%)                   | 133 (44,3%)                     |
| <b>Venit lunar</b>                                                       |                         |                               |                                 |
| Venit mediu                                                              | 1227,5 lei              | 1354,6 lei                    | 1076,5 lei                      |
| Q1                                                                       | 681 lei                 | 750 lei                       | 640 lei                         |
| Q2                                                                       | 1100 lei                | 1300 lei                      | 885 lei                         |
| Q3                                                                       | 1600 lei                | 1800 lei                      | 1497 lei                        |
| <b>Regimul juridic al furnizorului de servicii sociale</b>               |                         |                               |                                 |
| Public                                                                   | 291 (44,4%)             | 205 (57,7%)                   | 86 (28,7%)                      |
| Privat                                                                   | 364 (55,6%)             | 150 (42,3%)                   | 214 (71,3%)                     |
| <b>Regiune de dezvoltare</b>                                             |                         |                               |                                 |
| B-IF                                                                     | 35 (5,3%)               | 28 (7,9%)                     | 7 (2,3%)                        |
| CENTRU                                                                   | 213 (32,5%)             | 68 (19,2%)                    | 145 (48,3%)                     |
| NE                                                                       | 92 (14%)                | 49 (13,8%)                    | 43 (14,3%)                      |
| NV                                                                       | 111 (16,9%)             | 62 (17,5%)                    | 49 (16,3%)                      |
| SE                                                                       | 69 (10,5%)              | 49 (13,8%)                    | 20 (6,7%)                       |
| SM                                                                       | 29 (4,4%)               | 26 (7,3%)                     | 3 (1%)                          |
| SV                                                                       | 39 (6%)                 | 28 (7,9%)                     | 11 (3,7%)                       |

Sursa: Ancheta în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

Alte aspecte care au rezultat din analiza eșantionului au evidențiat:

- Preponderența beneficiarilor singuri (necăsătoriți, văduvi sau divorțați) și a celor care aveau domiciliul în mediul urban.
- Din punct de vedere al studiilor, cei mai mulți beneficiari au declarat un nivel de studii corespunzător studiilor primare/gimnaziale sau medii (liceu, școală profesională).
- Venitul mediu al persoanelor investigate era de 1.227,5 lei lunar. Jumătate dintre beneficiarii investigați au declarat un venit sub 1.100 de lei/lună, iar trei sferturi dintre ei aveau venituri mai mici de 1.600 lei lunar, la data anchetei de teren. Diferențe privind venitul mediu se înregistrează și după tipul de serviciu de care beneficiau persoanele investigate la data anchetei (servicii cu cazare și servicii fără cazare), respectiv un venit mediu mai redus în cazul beneficiarilor de servicii sociale fără cazare.
- Peste jumătate dintre persoanele vârstnice beneficiau de servicii sociale cu cazare și fără, oferite de furnizori privați, acreditați în condițiile legii.
- Din punct de vedere al repartiției geografice, puțin peste o treime dintre respondenți erau din Regiunea Centru, urmați de cei din Regiunile Nord-Vest, Sud-Est și Vest.

### **2.2.2. Bunăstare emoțională/stare de bine**

Calitatea vieții persoanelor vârstnice poate fi afectată de o multitudine de factori, dar bunăstarea emoțională, starea de bine au efecte pozitive asupra vârstnicilor, în special pentru cei instituționalizați. Astfel, satisfacția cu privire la propria viață, fericirea, stima de sine ridicată, o sănătate bună influențează calitatea percepută a vieții persoanelor vârstnice dependente.

Analiza detaliată a indicatorilor calității vieții din cadrul dimensiunii modelului conceptual *Bunăstare emoțională/stare de bine* are în vedere cei opt indicatori definiți în cadrul secțiunii corespunzătoare a instrumentului de colectare a datelor (chestionar), indicatori care includ:

1. Determinanți ai stării de bine (4 indicatori);
2. Experimentarea unor stări depresive, anxioase în ultima lună (1 indicator);
3. Evaluarea stării de sănătate generală (1 indicator);
4. Evaluarea capacității de concentrare a beneficiarului (1 indicator);
5. Evaluarea generală a vieții persoanei (1 indicator).

**1. Determinanți ai stării de bine** (relațiile cu cei din jur, starea de sănătate fizică, mediul de viață, veniturile disponibile)

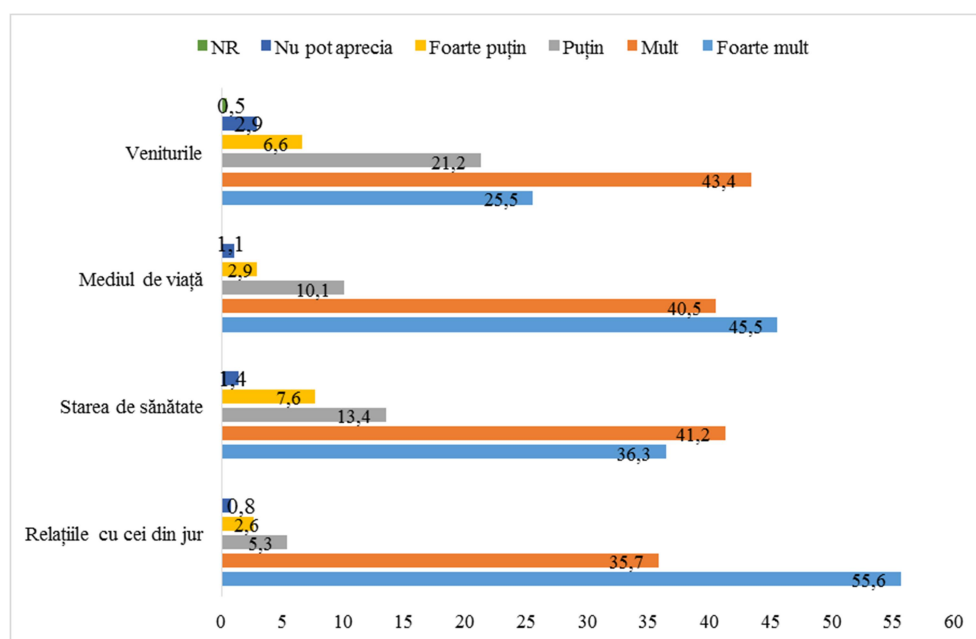
Indicatorii exprimă contribuția relațiilor sociale, stării de sănătate fizică, mediului de viață, veniturilor disponibile, la starea de bine a persoanei vârstnice dependente. Rezultatele arată o anumită ierarhie de influență a acestor aspecte relaționate de viața persoanei vârstnice dependente.

Cea mai importantă influență este manifestată de *relațiile cu cei din jur*, majoritatea persoanelor vârstnice (91,3%) considerând că acestea contribuie *mult* și *foarte mult* măsură la starea lor de bine.

Urmează apoi *mediul de viață*, 86% dintre vârstnici considerând că acest aspect contribuie *mult* și *foarte mult* măsură la starea lor de bine. *Starea de sănătate* manifestă, de asemenea, o influență crescută asupra stării de bine a vârstnicilor aflați în situația de dependență, 77,5% dintre persoanele intervievate considerând că aceasta contribuie *mult* și *foarte mult* măsură la starea lor de bine.

*Veniturile* sunt considerate ca având influența cea mai redusă asupra stării de bine, 68,9% dintre vârstnicii dependenți văzând în acest aspect un element cu influență asupra stării lor de bine.

**Figura 2.** Determinanți ai stării de bine (%)



Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

Ierarhia se menține și *după tipul de serviciu social* (servicii sociale cu cazare, servicii sociale fără cazare), dar pentru aspectele care țin de influența mediului de viață, a stării de sănătate și a venitului disponibil asupra stării de bine a vârstnicilor se constată diferențe de aproximativ 10 pp între vârstnicii care beneficiază de servicii sociale cu cazare și cei care beneficiază de servicii sociale fără cazare, influența fiind mai crescută pentru vârstnicii din sistem rezidențial.

**Tabel 4.** Determinanți ai stării de bine (%)

| Tip serviciu                    | Foarte mult | Mult | Puțin | Foarte puțin | Nu pot aprecia | Nu răspund |
|---------------------------------|-------------|------|-------|--------------|----------------|------------|
| <b>Relațiile cu cei din jur</b> |             |      |       |              |                |            |
| Servicii cu cazare              | 59,2        | 33,2 | 5,4   | 2,0          | 0,2            | -          |
| Servicii fără cazare            | 51,3        | 38,7 | 5,3   | 3,3          | 1,3            | -          |
| <b>Starea de sănătate</b>       |             |      |       |              |                |            |
| Servicii cu cazare              | 37,2        | 45,4 | 11,3  | 5,6          | 0,5            | -          |
| Servicii fără cazare            | 35,3        | 36,3 | 16,0  | 10,0         | 2,3            | -          |
| <b>Mediul de viață</b>          |             |      |       |              |                |            |
| Servicii cu cazare              | 52,7        | 37,2 | 7,9   | 1,4          | 0,8            | -          |
| Servicii fără cazare            | 37,0        | 44,3 | 12,7  | 4,7          | 1,3            | -          |
| <b>Veniturile disponibile</b>   |             |      |       |              |                |            |
| Servicii cu cazare              | 26,2        | 47,6 | 17,2  | 5,6          | 3,1            | 0,3        |
| Servicii fără cazare            | 24,7        | 38,3 | 26,0  | 7,7          | 2,7            | 0,6        |

Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

Diferențe mai mari de 10 puncte procentuale între persoanele vârstnice de sex masculin și feminin au fost înregistrate cu privire la influența *stării de sănătate fizică asupra stării de bine generale*, procentul bărbaților vârstnici dependenți care au declarat că starea lor generală depinde de starea de sănătate fizică *foarte mult* și *mult* fiind de 85,7%, comparativ cu 73,2% procent înregistrat în cazul femeilor vârstnice dependente.

*Mediul de viață* ca variabilă de influență a stării generale de bine a vârstnicilor a înregistrat de asemenea diferențe mai mari de 10 puncte procentuale în cazul vârstnicilor din categoria de vârstă 85 de ani și peste (92,7% procent pentru categoriile de răspuns *mult* și *foarte mult*), prin

comparație cu vârstnicii din grupa de vârstă 75-84 de ani (68,2% procent pentru categoriile de răspuns *mult* și *foarte mult*).

Având în vedere faptul că starea de sănătate se degradează pe măsura înaintării în vârstă sporind cheltuielile de sănătate, influența veniturilor disponibile asupra stării generale de bine crește de la 64,3% în cazul vârstnicilor dependenți din grupa de vârstă 65-74 de ani, la 76,9% în cazul vârstnicilor dependenți aflați în grupa de vârstă 85 de ani și peste.

**2. Experimentarea unor stări depresive, anxioase în ultima lună** - indicatorul măsoară dacă persoana vârstnică dependentă a experimentat stări anxioase sau depresive, în ultima lună. Răspunsurile înregistrate cu privire la acest indicator indică faptul că peste jumătate dintre persoanele vârstnice dependente nu experimentaseră stări depresive, anxioase în ultima lună (55%). Un procent destul de ridicat, 43,2% dintre vârstnicii dependenți, a declarat experimentarea unor stări depresive/anxioase în ultima lună (22,4% de mai mult de 3 ori, iar 20,8% de mai puțin de 3 ori).

După tipul de serviciu de care beneficiau la data anchetei (servicii sociale cu cazare și servicii sociale fără cazare) se constată faptul că vârstnicii dependenți care beneficiază de servicii sociale la domiciliu și cei care apelează la servicii de zi de recuperare și reabilitare au o probabilitate mai mare de a manifesta stări depresive/anxioase, procentul celor care au declarat că au experimentat stări depresive/anxioase în ultima lună fiind de 56,7% comparativ cu 31,8% procent înregistrat în cazul vârstnicilor dependenți aflați în servicii cu cazare (cămine pentru persoane vârstnice, locuințe protejate, centre de tip respiro).

**Tabel 5.** Experimentarea stărilor de teamă (neliniște)/anxietate în ultima lună (%)

|                                                            | Servicii cu<br>cazare | Servicii fără<br>cazare |
|------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| De mai mult de 3 ori                                       | 13,0                  | 33,7                    |
| De mai puțin de 3 ori                                      | 18,8                  | 23,0                    |
| Nu am experimentat stări de teamă<br>(neliniște)/anxietate | 66,2                  | 41,7                    |
| Nu îmi amintesc                                            | 1,4                   | 1,3                     |
| Nu răspund                                                 | 0,6                   | 0,3                     |

Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

Diferențe mai mari de 10 puncte procentuale sunt înregistrate între persoanele vârstnice dependente de sex feminin (48,2%), comparativ cu persoanele dependente de sex masculin (33,9%) cu privire la experimentarea

de stări depresive, anxioase în ultima lună. Și în cazul vârstnicilor dependenți din grupele de vârstă 65-74 de ani și 75-84 de ani se constată o diferență de 13 pp cu privire la același aspect (experimentarea stărilor depresive, anxioase în ultima lună), cei din grupa de vârstă 75-84 de ani înregistrând un procent ridicat de experimentare a acestor stări, 49,8%.

**3. Evaluarea stării de sănătate generală** - indicatorul măsoară percepția persoanelor vârstnice dependente cu privire la starea de sănătate generală. Din răspunsurile înregistrate se constată că 32,2% dintre vârstnicii dependenți declară o *stare de sănătate bună, prin raportare la vârsta pe care o au*, iar 33% *nu declară o stare de sănătate generală bună*, dar consideră că acest lucru nu le afectează viața.

Cei care consideră că le este afectată viața foarte mult din cauza stării de sănătate nu tocmai bune înregistrează un procent de 21,2%. 13,1% dintre vârstnicii dependenți consideră că starea generală de sănătate se înrăutățește *pe măsură ce timpul trece, acest lucru afectându-le viața*. În același timp, mai bine de o treime dintre persoanele vârstnice dependente (33%) nu-și pot aprecia starea de sănătate în prezent. Din valorile înregistrate pentru acest indicator (evaluarea stării de sănătate generale) se constată că mai bine de jumătate dintre persoanele vârstnice dependente (65,3%) consideră că viața lor nu este afectată foarte mult din cauza stării de sănătate pe care o au.

*După tipul de serviciu* de care beneficiau la momentul anchetei, se constată faptul că vârstnicii dependenți aflați în servicii cu cazare (cămine pentru persoane vârstnice, locuințe protejate, centre de tip respiro) au o probabilitate mai mare de a considera că viața lor nu este afectată foarte mult din cauza stării de sănătate, procentul celor care au declarat acest lucru fiind de 78,0% comparativ cu 50,0%, procent înregistrat în cazul vârstnicilor dependenți aflați în îngrijire la domiciliu sau care apelau la servicii de zi de recuperare.

**Tabel 6. Aprecierea stării de sănătate prezente (la momentul anchetei) (%)**

|                                                                                  | Servicii cu<br>cazare | Servicii fără<br>cazare |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| <b>Bună, dacă mă raportează la vârsta pe care o am</b>                           | 44,5                  | 17,7                    |
| <b>Nu este tocmai bună, dar acest lucru nu îmi afectează viața foarte mult</b>   | 33,5                  | 32,3                    |
| <b>Nu este una tocmai bună, iar acest lucru îmi afectează viața foarte mult</b>  | 14,6                  | 29,0                    |
| <b>Se înrăutățește pe măsură ce timpul trece, acest lucru afectându-mi viața</b> | 6,8                   | 20,7                    |
| <b>Nu pot aprecia</b>                                                            | 0,6                   | 0,3                     |
| <b>Nu răspund</b>                                                                | -                     | -                       |

*Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676*

Diferențe mai mari de 10 puncte procentuale sunt înregistrate între persoanele vârstnice dependente de sex masculin și cele de sex feminin care consideră că viața lor nu este afectată foarte mult din cauza stării de sănătate (74,3% procent înregistrat în cazul bărbaților, comparativ cu 60,2% procent înregistrat în cazul femeilor).

**4. Evaluarea capacității de concentrare a beneficiarului** - indicatorul măsoară dacă persoana vârstnică dependentă a experimentat dificultăți de concentrare/memorie în ultima lună.

Răspunsurile înregistrate cu privire la acest indicator indică faptul că: mai bine de jumătate dintre persoanele vârstnice dependente *nu experimentaseră dificultăți de concentrare/memorie în ultima lună* (58,6%), iar un procent destul de ridicat, 41,4% dintre vârstnicii dependenți, a declarat *experimentarea unor disfuncționalități în capacitatea de concentrare* (dificultăți de concentrare/memorie) în ultima lună (20,5% de mai mult de 3 ori, iar 20,6% de mai puțin de 3 ori).

Analiza răspunsurilor *în funcție de variabila de eșantionare* relevă faptul că vârstnicii dependenți aflați în îngrijire la domiciliu și cei care apelează la servicii de zi de recuperare și reabilitare au o probabilitate mai mare de a manifesta dificultăți de concentrare/memorie, procentul celor care au declarat că au experimentat astfel de disfuncționalități în ultima lună fiind de 50,3% comparativ cu 33,2% procent înregistrat în cazul vârstnicilor dependenți aflați în servicii cu cazare (cămine pentru persoane vârstnice, locuințe protejate, centre de tip respiro).

**Tabel 7.** Experimentarea dificultăților de concentrare/memorie în ultima lună (%)

|                                                              | Servicii cu cazare | Servicii fără cazare |
|--------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|
| <b>De mai mult de 3 ori</b>                                  | 12,1               | 30,3                 |
| <b>De mai puțin de 3 ori</b>                                 | 21,1               | 20,0                 |
| <b>Nu am experimentat dificultăți de concentrare/memorie</b> | 66,2               | 49,7                 |
| <b>Nu îmi amintesc</b>                                       | 0,6                | -                    |
| <b>Nu răspund</b>                                            | -                  | -                    |

*Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676*

Pe măsură ce grupa de vârstă crește, vârstnicii declară în procente mai ridicate (peste 10 puncte procentuale) dificultăți de concentrare/ memorie în ultima lună pornind de la 32,8% în cazul vârstnicilor din grupa de vârstă 65-74 de ani și ajungând la 48,1% în cazul vârstnicilor din grupa de vârstă 85 de ani și peste.

**5. Evaluarea generală a vieții persoanei** - indicatorul măsoară percepția persoanelor vârstnice dependente cu privire la viața lor, în general. Din răspunsurile înregistrate se constată că mai bine de jumătate dintre persoanele vârstnice dependente consideră că *viața lor are sens, cei din jur ajutându-i foarte mult* (56,8%), în timp ce 34,5% dintre vârstnicii dependenți consideră că *viața lor și-a pierdut din sens, dar cei din jur îi ajută foarte mult*. Doar 6,4% dintre persoanele vârstnice dependente sunt de părere că *viața lor și-a pierdut din sens, iar cei din jur nu îi ajută foarte mult*.

Cei mai optimiști cu privire la evaluarea vieții lor la momentul anchetei s-au declarat vârstnicii dependenți din serviciile cu cazare (cămine pentru persoane vârstnice, locuințe protejate, centre de tip respiro), 63,4% dintre aceștia declarând că *viața lor are sens, cei din jur ajutându-i foarte mult*, comparativ cu doar 49% procent înregistrat în cazul vârstnicilor dependenți din serviciile fără cazare (îngrijire la domiciliu și centre de zi de recuperare și reabilitare) pentru aceeași categorie de răspuns.

**Tabel 8.** Caracterizarea generală a vieții la momentul anchetei (%)

|                                                                                | Servicii cu cazare | Servicii fără cazare |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|
| Viața mea are sens, iar cei din jurul meu mă ajută foarte mult                 | 63,4               | 49,0                 |
| Viața mea și-a pierdut din sens, dar cei din jurul meu mă ajută foarte mult    | 30,7               | 39,0                 |
| Viața mea și-a pierdut din sens, iar cei din jurul meu nu mă ajută foarte mult | 4,8                | 8,3                  |
| Alt răspuns                                                                    | 0,6                | 1,0                  |
| Nu pot aprecia                                                                 | 0,5                | 2,7                  |
| Nu răspund                                                                     | -                  | -                    |

Sursa: Ancheta în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

Diferențe mai mari de 10 puncte procentuale sunt înregistrate între persoanele vârstnice dependente din categoriile de vârstă 75-84 de ani și 85 de ani și peste, cei cu vârsta de 85 de ani și peste considerând în procente mai ridicate că *viața lor are sens*, 64,1%, comparativ cu 50,2%, procent înregistrat în cazul vârstnicilor dependenți din grupa de vârstă 75-84 de ani. Variabila grupa de vârstă nu este însă o variabilă de eșantionare pentru a putea generaliza acest rezultat asupra populației de vârstnici dependenți aflați în îngrijire în servicii cu cazare sau fără cazare.

### 2.2.3. Venituri disponibile și gestionarea acestora

În literatura de specialitate se consideră că circumstanțele socio-economice reprezintă unii dintre cei mai importanți factori care determină diferențe din punct de vedere al calității vieții între vârstnicii-tineri și vârstnicii-bătrâni (von dem Knesebeck et al., 2005; Bulamu et al., 2015). Fără îndoială că răspunsurile formulate de persoanele vârstnice investigate cu privire la veniturile disponibile sunt influențate de standardele individuale, de așteptările, valorile, trăsăturile de personalitate și experiențele fiecăruia. În țara noastră, persoanele vârstnice rămân o categorie vulnerabilă a populației, în condițiile în care, din punct de vedere al veniturilor disponibile, cele mai multe dintre ele se bazează pe veniturile din pensii.

Analiza detaliată a indicatorilor calității vieții din cadrul dimensiunii modelului conceptual *Venituri disponibile și gestionarea acestora* se bazează pe cei trei indicatori definiți în cadrul secțiunii corespunzătoare a instrumentului de colectare a datelor (chestionar), indicatori care evaluează:

1. Disponibilitatea veniturilor pentru acoperirea nevoilor de bază (1 indicator);
2. Disponibilitatea veniturilor pentru acoperirea altor tipuri de costuri decât cele de bază (1 indicator);
3. Implicarea persoanei vârstnice în gestionarea veniturilor de care dispune (1 indicator).

#### ***1. Disponibilitatea veniturilor pentru acoperirea nevoilor de bază*** (alimentație, acoperirea costurilor legate de întreținere, medicamente)

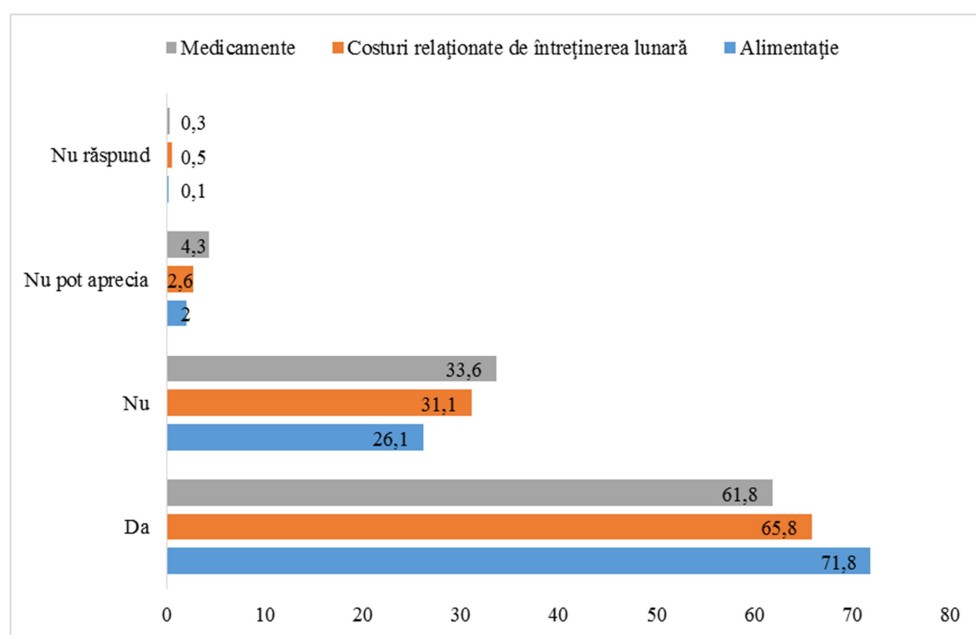
Veniturile reprezintă un factor determinant al calității vieții pentru orice persoană, nu numai pentru persoanele vârstnice dependente. Din răspunsurile formulate pentru acest indicator reiese că mai mult de jumătate dintre persoanele vârstnice reușesc să acopere costurile de bază ale vieții zilnice relaționate de *medicamente* (61,8%), *întreținerea lunară* (fie că se află în îngrijire la domiciliu, într-un centru de zi de asistență și recuperare, fie că se află într-un centru rezidențial, locuință protejată, centru de tip respiro) (65,8%), *alimentație* (71,8%). Deci, 26,1% dintre vârstnici au dificultăți în acoperirea costurilor cu mâncarea.

Peste o treime (33,6%) dintre persoanele vârstnice dependente apreciază că *întâmpină dificultăți* în acoperirea costurilor relaționate de medicamente.

Un procent de 4,3% dintre respondenți nu a reușit să aprecieze dacă veniturile de care dispun sunt suficiente pentru acoperirea costurilor legate de medicație, cei mai mulți (64,3%) dintre aceștia fiind la data anchetei

beneficiari de servicii sociale cu cazare. O posibilă explicație a acestei situații poate fi aceea că, pe de o parte, aceste persoane beneficiază în cadrul instituțiilor în care sunt rezidente (locuințe protejate, cămine pentru persoane vârstnice, centre de tip respiro) de îngrijire medicală și sprijin în gestionarea veniturilor, iar pe de altă parte, gradul de autonomie al acestora este mai limitat comparativ cu cel al persoanelor vârstnice care se află în îngrijire la domiciliu sau în centrele de zi de asistență și recuperare.

**Figura 3.** Disponibilitatea veniturilor pentru acoperirea nevoilor de bază (%)



Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

La o privire generală asupra indicatorului, se poate afirma că persoanele vârstnice își pot acoperi într-o mai mare măsură costurile relaționate de alimentație, decât pe cele care privesc întreținerea lunară și medicamentele.

*Din punct de vedere al tipului de serviciu de care beneficiau la data anchetei (servicii sociale cu cazare sau servicii sociale fără cazare), trei sferturi (34%) dintre respondenții care beneficiau de servicii sociale fără cazare întâmpinau dificultăți de acoperire a costurilor legate de alimentație și 42,3% aveau dificultăți de acoperire a costurilor cu întreținerea lunară. Pentru aproximativ jumătate dintre ei (47,7%), veniturile de care dispuneau nu erau suficiente pentru a-și asigura medicația, în condițiile în care*

jumătate dintre aceștia aveau venituri lunare sub 885 lei. În cazul beneficiarilor de servicii sociale cu cazare, procentul celor care declarau dificultăți în acoperirea costurilor de bază (alimentație, întreținere lunară, medicamentație) este mult mai redus.

**Tabel 9.** Disponibilitatea veniturilor pentru acoperirea nevoilor de bază (%)

| Tip serviciu                                      | Da   | Nu   | Nu pot aprecia | Nu răspund |
|---------------------------------------------------|------|------|----------------|------------|
| <b>Alimentație</b>                                |      |      |                |            |
| Servicii cu cazare                                | 77,7 | 19,4 | 2,5            | 0,3        |
| Servicii fără cazare                              | 64,7 | 34,0 | 1,3            | -          |
| <b>Costuri relaționate de întreținerea lunară</b> |      |      |                |            |
| Servicii cu cazare                                | 75,5 | 21,7 | 2,5            | 0,3        |
| Servicii fără cazare                              | 54,3 | 42,3 | 2,7            | 0,7        |
| <b>Medicamente</b>                                |      |      |                |            |
| Servicii cu cazare                                | 72,7 | 21,7 | 5,1            | 0,5        |
| Servicii fără cazare                              | 49,0 | 47,7 | 3,3            | -          |

Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

Acoperirea costurilor de bază reprezintă o mai mare problemă în cazul femeilor comparativ cu bărbații vârstnici, dar diferențele cele mai mari se observă cu privire la costurile legate de acoperirea *costurilor lunare de întreținere* (diferențe de 16,5 pp între femei și bărbați, respectiv 60% dintre femei au venituri care pot acoperi aceste costuri, comparativ cu 76,5% în cazul bărbaților) și *medicamente* (diferențe de 14 pp între femei și bărbați, respectiv 56,9% dintre femei au venituri care pot acoperi aceste costuri, comparativ cu 70,9% în cazul bărbaților). În cazul costurilor legate de *alimentație*, diferențele trec puțin de 10 pp (diferențe de 11,3 pp între femei și bărbați, respectiv 67,8% dintre femei au venituri care pot acoperi aceste costuri, comparativ cu 79,1% în cazul bărbaților).

De asemenea, *vârsta respondenților* influențează capacitatea de acoperire a costurilor legate de medicamentație: respondenții cu vârste cuprinse între 75-84 de ani întâmpinând, într-o mai mare măsură, dificultăți de acoperire a acestor costuri, comparativ cu cei care aveau vârste de 65-74 de ani. Mediul de rezidență nu induce diferențe semnificative între respondenți, din acest punct de vedere.

## **2. Disponibilitatea veniturilor pentru acoperirea altor tipuri de costuri** (călătorii, alte activități, etc.)

Din răspunsurile formulate cu privire la acest indicator reiese că mai mult de jumătate dintre persoanele vârstnice nu dispun de venituri pentru

acoperirea altor tipuri de costuri decât cele de bază (59,8%). În schimb, peste o treime dintre respondenți (32,8%) au venituri la un nivel care le permite și finanțarea unor costuri diferite de cele de bază, în timp ce 7,2% nu pot face aprecieri cu privire la acest aspect. 0,2% din respondenți au preferat să nu ofere un răspuns cu privire la acest indicator.

*Din punct de vedere al variabilei de eșantionare*, observăm că aproximativ jumătate (48,5%) dintre respondenții care beneficiau de servicii sociale cu cazare aveau venituri la un nivel suficient pentru a acoperi și alte tipuri de costuri decât cele de bază. Prin comparație, doar 14,3% dintre beneficiarii de servicii sociale fără cazare se aflau într-o situație similară.

**Tabel 10.** Disponibilitatea veniturilor pentru acoperirea altor costuri decât cele de bază (%)

|                       | Servicii cu cazare | Servicii fără cazare |
|-----------------------|--------------------|----------------------|
| <b>Da</b>             | 48,5               | 14,3                 |
| <b>Nu</b>             | 42,0               | 81,0                 |
| <b>Nu pot aprecia</b> | 9,5                | 4,3                  |
| <b>Nu răspund</b>     | -                  | 0,3                  |

*Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676*

Bărbații vârstnici au venituri care le permit acoperirea unor costuri legate de petrecerea timpului liber și derularea unor activități preferate într-o mai mare măsură decât femeile (o diferență de 12,4 pp între bărbați și femei, respectiv 40,9% dintre bărbați au venituri care pot acoperi aceste costuri, comparativ cu 28,5% în cazul femeilor). Vârsta respondenților și mediul de rezidență nu induce diferențe semnificative din punct de vedere a capacității de acoperire a costurilor relaționate de petrecerea timpului liber, activități preferate etc.

**3. Implicarea în gestionarea veniturilor** este la un nivel ridicat, 56,9% dintre persoanele vârstnice afirmând că își gestionează singure veniturile. La acestea se adaugă un procent de 22% dintre respondenți care își gestionează veniturile cu ajutor din partea altor persoane. 21,1% nu puteau sau nu doreau să își gestioneze singuri veniturile și lăsau această sarcină în seama unei alte persoane.

Respondenții care la data anchetei beneficiau de servicii sociale fără cazare au declarat într-o mai mare măsură că își gestionează singuri veniturile, comparativ cu cei care beneficiau de servicii sociale cu cazare. Situația se inversează în ceea ce privește ponderea persoanelor vârstnice care se află în situația de a lăsa gestionarea veniturilor în seama altor

persoane: 27,9% dintre persoanele care beneficiază de servicii sociale cu cazare lasă gestionarea veniturilor, în totalitate, în seama altor persoane, comparativ cu doar 13% dintre vârstnicii care au declarat același lucru și care beneficiau de servicii sociale fără cazare.

**Tabel 11.** Implicare în gestionarea veniturilor (%)

|                                                              | Servicii cu cazare | Servicii fără cazare |
|--------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|
| Îmi gestionez singur veniturile                              | 51,0               | 64,0                 |
| Îmi gestionez veniturile cu ajutor din partea altor persoane | 21,1               | 23,0                 |
| Alte persoane îmi gestionează în totalitate veniturile       | 27,9               | 13,0                 |

*Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676*

Observăm că gestionarea veniturilor este lăsată în totalitate în seama altor persoane pe măsură ce persoana avansează în vârstă. Astfel, 30,1% dintre respondenții cu vârste de 85 de ani și peste lasă în seama altor persoane gestionarea veniturilor proprii, comparativ cu 15,5% în cazul persoanelor cu vârste cuprinse între 65-74 ani și 20,7% în cazul persoanelor cu vârste cuprinse între 75-84 ani.

După variabilele gen și mediul de reședință, între femei și bărbați, precum și între rezidenții din urban și cei din rural nu sunt diferențe importante cu privire la modul în care se implică în gestionarea veniturilor proprii.

#### **2.2.4. Autonomia funcțională**

Autonomia funcțională a persoanei exercită o influență directă asupra calității vieții persoanelor vârstnice. O serie de studii anterioare (Soósová, 2016; Gobbens, 2018) au demonstrat că menținerea capacității de a derula activități de bază ale vieții zilnice influențează pozitiv percepția asupra calității vieții. În plus, dizabilitatea are o natură dinamică (Gobbens, 2018), trecerea la un handicap mai accentuat fiind mai întâlnită la persoanele cu vârsta de 85 de ani (van Houwelingen et al., 2014).

Analiza detaliată a indicatorilor calității vieții din cadrul dimensiunii modelului conceptual *Autonomie funcțională*, se bazează pe cei zece indicatori definiți în cadrul acestei secțiuni a chestionarului, indicatori care evaluează:

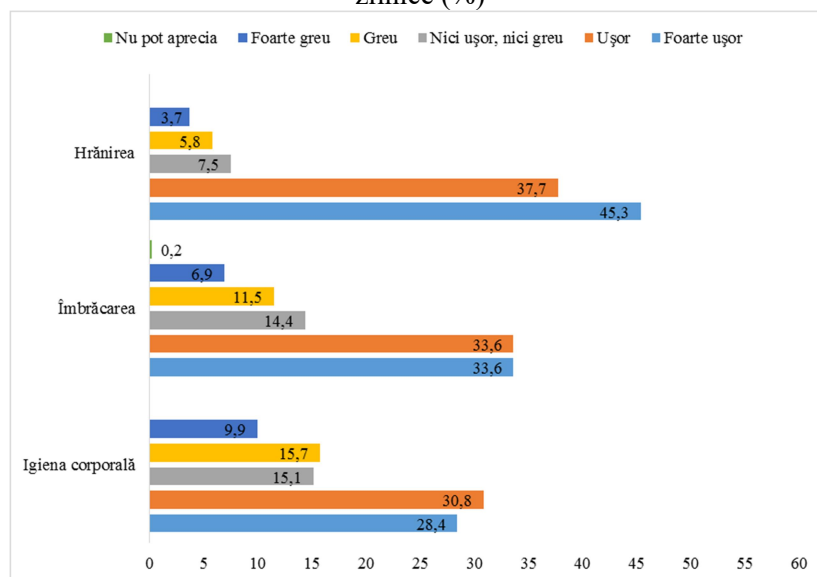
1. Capacitatea de a derula activități de bază ale vieții zilnice (3 indicatori);

2. Capacitatea de a derula activități instrumentale ale vieții zilnice (4 indicatori);
3. Gradul propriu de dependență (1 indicator);
4. Gradul propriu de mobilitate (1 indicator);
5. Nivelul propriu de vitalitate (energie) (1 indicator).

### 1. Capacitatea de a derula activități de bază ale vieții zilnice

Indicatorul măsoară cât de dificil este pentru o persoană vârstnică să desfășoare activitățile de bază ale vieții zilnice precum hrănirea, îmbrăcarea sau asigurarea igienei personale. Cel mai dificil le este persoanelor vârstnice să își *asigure igiena corporală*, 25,6% dintre respondenți afirmând că le este *greu* sau *foarte greu* să întreprindă acest demers. Urmează *îmbrăcarea* care este realizată cu dificultate în 18,4% din cazuri și mai apoi *hrănirea* unde doar 9,5% dintre respondenți prezintă un anumit grad de dificultate. Pentru 83% dintre respondenți este *ușor* sau *foarte ușor* să se hrănească, în timp ce 7,5% afirmă că nu le este *nici ușor, dar nici greu*. Îmbrăcarea este o activitate care se realizează *ușor* sau *foarte ușor* în cazul a 67,2% dintre participanți, iar pentru 14,4% nu este *nici greu, nici ușor*. Doar 59,2% dintre persoanele vârstnice care au răspuns întrebărilor din chestionar consideră că le este *ușor* sau *foarte ușor* să își realizeze igiena corporală zilnică. În același timp, pentru 15,1% nu este *nici ușor, dar nici greu*.

**Figura 4.** Capacitatea persoanei vârstnice de a derula activități de bază ale vieții zilnice (%)



Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

O analiză după variabila de eşantionare, evidențiază faptul că în cazul beneficiarilor serviciilor cu cazare toate cele trei activități de bază ale vieții zilnice se execută mai ușor comparativ cu cazul beneficiarilor de servicii fără cazare, explicația rezidând în ajutorul pe care persoana vârstnică dependentă îl primește de la personalul centrului rezidențial.

Astfel, 90,7% din respondenții instituționalizați afirmă că le este *ușor* sau *foarte ușor* să își asigure hrănirea (față de 74,0% în cazul beneficiarilor de servicii fără cazare), 75,2% consideră că pot să își asigure îmbrăcarea *ușor* sau *foarte ușor* (comparativ cu 57,7% din cei neinstituționalizați), iar 68,5% pot să-și asigure în aceleași condiții igiena corporală (în comparație cu numai 48,3% pentru utilizatorii de servicii fără cazare).

**Tabel 12.** Ușurința cu care sunt derulate o serie de activități de bază ale vieții zilnice (%)

| Tip serviciu            | Foarte ușor | Ușor | Nici ușor, nici greu | Greu | Foarte greu | Nu pot aprecia |
|-------------------------|-------------|------|----------------------|------|-------------|----------------|
| <b>Igiena corporală</b> |             |      |                      |      |             |                |
| Servicii cu cazare      | 35,5        | 33,0 | 13,2                 | 11,8 | 6,5         | -              |
| Servicii fără cazare    | 20,0        | 28,3 | 17,3                 | 20,3 | 14,0        | -              |
| <b>Îmbrăcarea</b>       |             |      |                      |      |             |                |
| Servicii cu cazare      | 40,3        | 34,9 | 13,2                 | 8,5  | 2,8         | 0,3            |
| Servicii fără cazare    | 25,7        | 32,0 | 15,7                 | 15,0 | 11,7        | -              |
| <b>Hrănirea</b>         |             |      |                      |      |             |                |
| Servicii cu cazare      | 51,3        | 39,4 | 5,1                  | 2,8  | 1,4         | -              |
| Servicii fără cazare    | 38,3        | 35,7 | 10,3                 | 9,3  | 6,3         | -              |

Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

Pentru bărbați este mai ușor decât pentru femei să execute toate cele trei activități de bază ale vieții zilnice menționate. Ponderea bărbaților care își asigură de aceeași manieră îmbrăcarea este de 73,5% (față de 63,8% în cazul femeilor). 67,0% din bărbați își asigură igiena corporală *ușor* și *foarte ușor* comparativ cu numai 55,0% din femei.

Realizând o analiză a datelor obținute din anchetă *în funcție de vârstă*, se observă că activități precum igiena corporală și îmbrăcarea se realizează mai ușor pentru respondenții din grupele de vârstă mai tinere (igiena corporală în proporție de 64,7% pentru grupa de vârstă 65-74 ani, față de 50% pentru grupa 85 de ani și peste; îmbrăcarea în proporție de 71,9% pentru grupa de vârstă 65-74 ani, față de 62,8% pentru grupa 85 de ani și peste), în schimb hrănirea se asigură *ușor* sau *foarte ușor* în proporții apropiate pentru toate cele trei categorii de vârstă (în jur de 80%). Mediul de rezidență nu determină diferențe semnificative între respondenți, în ceea ce

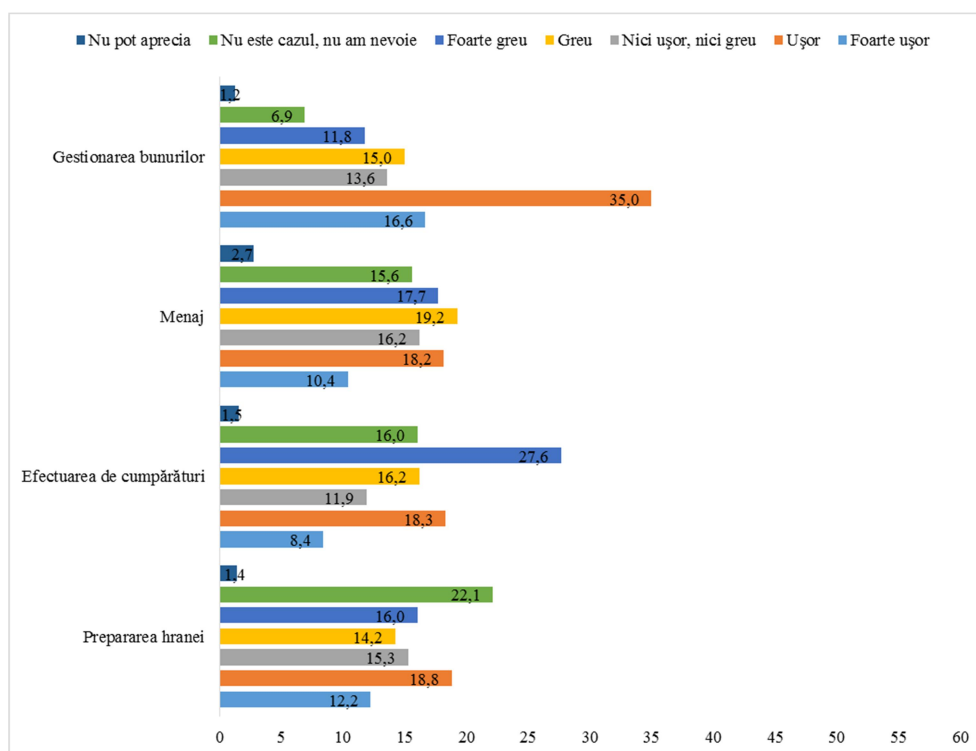
privește capacitatea persoanelor vârstnice de a derula activitățile de bază ale vieții zilnice.

## 2. Capacitatea de a derula activități instrumentale ale vieții zilnice

Indicatorul măsoară cât de dificil este pentru o persoană vârstnică să desfășoare activitățile instrumentale ale vieții zilnice precum prepararea hranei, efectuarea cumpărăturilor, realizarea menajului și gestionarea bunurilor. Aceste funcțiuni țin de viața independentă într-un anumit mediu.

Activitatea pe care respondenții o realizează în proporția cea mai mare ușor și foarte ușor este *gestionarea bunurilor* (51,6% dintre respondenți afirmând acest lucru), urmată de *prepararea hranei* (31,0%), *realizarea menajului* (28,6%) și abia apoi de *efectuarea cumpărăturilor* (26,7%).

**Figura 5.** Capacitatea persoanei de a derula activități instrumentale ale vieții zilnice (%)



Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

Distribuția răspunsurilor în funcție de tipul de serviciu de care beneficiază persoana vârstnică indică faptul că în cazul persoanelor care beneficiază de servicii sociale fără cazare, realizarea tuturor activităților instrumentale ale vieții zilnice se face cu mai mare dificultate. În acest sens, putem constata că cel mai dificil pentru vârstnicii participanți la anchetă este să efectueze cumpărături (60% dintre beneficiarii de servicii fără cazare declară că le este *greu* sau *foarte greu* să realizeze acest lucru față de 30,1% în cazul beneficiarilor instituționalizați), apoi să își realizeze menajul (54,4% și respectiv 22,3%), urmând prepararea hranei (38,6% față de 23,1%) și gestionarea bunurilor (37,0% față de 18,0%).

**Tabel 13.** Ușurința cu care sunt derulate o serie de activități instrumentale ale vieții zilnice (%)

| Tip serviciu                     | Foarte ușor | Ușor | Nici ușor, nici greu | Greu | Foarte greu | Nu pot aprecia | Nu e cazul |
|----------------------------------|-------------|------|----------------------|------|-------------|----------------|------------|
| <b>Prepararea hranei</b>         |             |      |                      |      |             |                |            |
| Servicii cu cazare               | 11,0        | 15,5 | 12,7                 | 9,9  | 13,2        | 2,0            | 35,7       |
| Servicii fără cazare             | 13,7        | 22,7 | 18,3                 | 19,3 | 19,3        | 0,7            | 6,0        |
| <b>Efectuarea de cumpărături</b> |             |      |                      |      |             |                |            |
| Servicii cu cazare               | 11,0        | 23,1 | 11,5                 | 11,5 | 18,6        | 1,7            | 22,5       |
| Servicii fără cazare             | 5,3         | 12,7 | 12,3                 | 21,7 | 38,3        | 1,3            | 8,3        |
| <b>Menaj</b>                     |             |      |                      |      |             |                |            |
| Servicii cu cazare               | 14,6        | 22,0 | 14,1                 | 11,3 | 11,0        | 3,4            | 23,6       |
| Servicii fără cazare             | 5,3         | 13,7 | 18,7                 | 28,7 | 25,7        | 2,0            | 6,0        |
| <b>Gestionarea bunurilor</b>     |             |      |                      |      |             |                |            |
| Servicii cu cazare               | 23,9        | 38,0 | 9,0                  | 11,0 | 7,0         | 1,4            | 9,6        |
| Servicii fără cazare             | 8,0         | 31,3 | 19,0                 | 19,7 | 17,3        | 1,0            | 3,7        |

Sursa: Ancheta în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

Analiza răspunsurilor în funcție de *genul respondentului* evidențiază faptul că există diferențe între cele două sexe în ceea ce privește ușurința realizării activităților instrumentale ale vieții zilnice menționate. Bărbații realizează *ușor* și *foarte ușor* gestionarea bunurilor (59,6%), apoi efectuarea cumpărăturilor (35,3%), urmate de realizarea menajului (33,0%) și pe ultimul loc prepararea hranei (26,1%). În schimb, pentru femei ierarhia este ușor diferită. Acestea își gestionează bunurile *ușor* și *foarte ușor* în proporție de 47,3%. 33,6% din femeile vârstnice participante își prepară hrana *ușor* și *foarte ușor*. Urmează în ordine efectuarea menajului (26,1%) și efectuarea cumpărăturilor (22,2%).

Structura răspunsurilor în funcție de *vârsta* respondenților indică că pe măsura înaintării în vârstă, persoanele efectuează cu mai mare dificultate aceste activități. În cazul gestionării bunurilor, se observă o proporție mai mare de persoane care declară că realizează această acțiune *ușor* și *foarte ușor* în cazul grupei de vârstă medii (75-84 ani), respectiv 55,9%, față de 53,4% în cazul grupei de vârstă 65-74 ani și 41,7% în situația celor de 85 ani și peste.

Mediul de rezidență induce unele diferențe între respondenți în ceea ce privește capacitatea persoanelor vârstnice de a derula activitățile instrumentale ale vieții zilnice. Pentru respondenții din mediul urban este într-o proporție mai mare *ușor* și *foarte ușor* să efectueze toate cele patru activități menționate. Procentele înregistrate sunt următoarele: gestionarea bunurilor 53,3% față de 48,2%; prepararea hranei 34,7% față de 23,9%; realizarea menajului 32,8% comparativ cu 20,3%; efectuarea cumpărăturilor 31,2% față de 18,0%.

### **3. Gradul propriu de independență**

Indicatorul ce exprimă gradul de dependență față de alte persoane este și el o măsură a stării de bine a persoanei participante la anchetă.

Cei mai mulți respondenți (44,7%) declară că se pot descurca singuri în majoritatea situațiilor, 32,1% afirmă că se descurcă doar uneori, în timp ce 23,2% din participanți au nevoie de ajutorul altor persoane în toate activitățile pe care le întreprind.

Dintre persoanele care la data anchetei beneficiau de servicii cu cazare (se aflau în centre rezidențiale precum locuințe protejate, cămine sau centre de tip respiro) cele mai multe consideră că se pot descurca singure în majoritatea situațiilor (57,2%) și numai 15,8% dintre acestea spun că au nevoie de ajutorul altor persoane în tot ceea ce fac. 27% dintre ei apreciază ca doar uneori se descurcă singure. Situația este inversă în cazul beneficiarilor de servicii fără cazare (cei care au parte de îngrijire la domiciliu sau în cadrul centrelor de zi de asistență și recuperare), cei mai mulți dintre aceștia descurcându-se doar uneori (38%) sau cu ajutorul altei persoane (32%). Numai o proporție de 30% din respondenții care utilizează servicii fără cazare declară că se descurcă singuri în majoritatea situațiilor.

Respondenții de sex masculin se descurcă singuri într-o proporție mai mare decât cei de sex feminin (52,2% față de 40,7%), iar cei mai tineri mai ușor decât cei mai vârstnici, 50,4% din participanții din grupa 65-74 ani putându-se descurca singuri, comparativ cu 44,8% din cei din grupa 75-84 ani sau 35,9% din cei de 85 de ani și peste.

Analiza răspunsurilor în funcție de mediul de reședință al participanților la anchetă evidențiază faptul că respondenții din mediul urban se descurcă singuri în majoritatea situațiilor într-o proporție mai mare (48,3%) comparativ cu cei din mediul rural (37,8%).

#### **4. Gradul propriu de mobilitate**

Ușurința cu care o persoană se poate deplasa este un indicator al calității vieții unei persoane vârstnice. În toate situațiile în care mobilitatea unei persoane depinde de ajutorul altei persoane sau de folosirea unui dispozitiv de sprijin, calitatea vieții persoanei respective este afectată. Distribuția răspunsurilor cu privire la percepția asupra gradului de mobilitate arată în felul următor: 42,7% dintre respondenți consideră că se pot deplasa cu ușurință singuri; 50,8% se pot deplasa doar cu ajutorul altei persoane sau folosindu-se de un dispozitiv precum scaun cu roțile, cadru ortopedic de mers, baston etc.; 6,4% nu se pot deplasa deloc.

În funcție de tipul de serviciu pe care l-au accesat, se observă că persoanele beneficiare de servicii cu cazare prezintă un grad de mobilitate mai ridicat comparativ cu beneficiarii de servicii fără cazare: 51,5% din persoanele vârstnice instituționalizate se pot deplasa singure, în timp ce numai 32,3% din cele care nu utilizează servicii cu cazare pot face acest lucru. 11,3% dintre respondenții care beneficiază de servicii sociale fără cazare sunt nedeplasabili, în timp ce numai 2,3% din beneficiarii serviciilor cu cazare se află în această situație.

**Tabel 14.** Ușurința cu care persoana se deplasează (%)

|                                                                   | Servicii cu<br>cazare | Servicii fără<br>cazare |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| <b>Mă pot deplasa singur cu ușurință</b>                          | 51,5                  | 32,3                    |
| <b>Mă pot deplasa doar cu ajutorul altei persoane</b>             | 10,1                  | 15,3                    |
| <b>Mă pot deplasa doar cu ajutorul unui dispozitiv de sprijin</b> | 36,1                  | 41,0                    |
| <b>Nu mă pot deplasa deloc</b>                                    | 2,3                   | 11,3                    |

*Sursa: Ancheta în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676*

Bărbații se pot deplasa cu ușurință singuri în proporție mult mai mare comparativ cu femeile (53,0% față de 37,2%).

Odată cu înaintarea în vârstă, așa cum era de așteptat, gradul de mobilitate se reduce simțitor. Dacă în cazul grupei de vârstă 65-74 ani 52,9% din persoanele intervievate spun că se pot deplasa singure, în cazul celor din grupa de vârstă 75-84 ani 43,7% nu au nevoie de nici un ajutor

pentru a se deplasa. Cele mai afectate de lipsa mobilității sunt persoanele de 85 de ani și peste, doar 25,6% dintre acestea afirmând că se pot deplasa singure. Analiza răspunsurilor în funcție de mediul rezidențial demonstrează faptul că respondenții din mediul urban se pot deplasa cu ușurință singuri într-o proporție mai mare (46,9%) comparativ cu cei din mediul rural (34,7%).

### ***5. Nivelul propriu de vitalitate (energie)***

Acest indicator este destinat explorării nivelului de vitalitate al persoanelor care au participat la anchetă, al energiei/entuziasmului cu care persoana vârstnică realizează activitățile vieții cotidiene. Oboseala poate avea multiple cauze printre care depresia, o stare de sănătate precară, suprasolicitarea, toate acestea având un impact important asupra calității vieții persoanei vârstnice.

Analiza răspunsurilor oferite de respondenți a relevat următoarele: 36,8% dintre persoane au afirmat că sunt întotdeauna sau în mod obișnuit pline de energie; 30,4% din vârstnici sunt doar uneori energici; 31,7% dintre persoane se consideră ca fiind întotdeauna sau în mod obișnuit lipsite de energie; 1,1% nu au dorit să ofere un răspuns la această întrebare.

Analizând distribuția răspunsurilor *în funcție de variabila de eșantionare*, se constată că situația este mai dificilă în cazul beneficiarilor de servicii fără cazare, 44,0% dintre aceștia declarând că se simt întotdeauna sau în mod obișnuit lipsiți de energie, comparativ cu numai 21,5% dintre beneficiarii de servicii sociale cu cazare. 47,3% dintre vârstnicii instituționalizați se percep ca fiind întotdeauna sau în mod obișnuit plini de energie, în timp ce numai 24,3% dintre respondenții care primesc servicii fără cazare au această percepție.

Femeile se consideră într-o măsură mai mare lipsite de energie în comparație cu bărbații (24,3% față de 35,8%).

Pe măsură ce persoanele vârstnice înaintază în vârstă se percep ca fiind din ce în ce mai lipsite de energie. Astfel, 37,2% din respondenții de 85 de ani și peste se consideră lipsiți de energie întotdeauna sau în mod obișnuit, comparativ cu 33,7% din persoanele respondente din grupa 75-84 ani și numai 26% din cei din grupa 65-74 ani.

În ceea ce privește distribuția răspunsurilor în funcție de mediul rezidențial nu se observă diferențe semnificative legate de percepția gradului de vitalitate.

### 2.2.5. Alimentație și nutriție

Datele statistice raportate de INS (2019) arată că pensionarii din România cheltuiau aproximativ 21,6% din veniturile proprii (majoritatea provenind din pensii) pentru alimente și băuturi, în anul 2018. Ponderea acestor costuri este redusă, dacă luăm în considerare și nivelul pensiei medii lunare de asigurări sociale pentru limită de vârstă (inclusiv pensionarii proveniți din fostul sistem pentru agricultori), respectiv 1.082 de lei (MMPS, 2018). În plus, persoanele vârstnice dependente au nevoi alimentare diferite comparativ cu persoanele vârstnice sănătoase.

În literatura de specialitate (Kieft-De Jong et al., 2014; Govindaraju et al., 2018) se consideră că nutriția reprezintă un factor de risc semnificativ și în același timp un element care poate preveni apariția sau agravarea anumitor boli (de exemplu bolile cardiovasculare, renale etc.), existând o relație directă între alimentație și sănătate la adulții în vârstă (cu vârste peste 60 de ani).

O percepție pozitivă din perspectiva accesului la o alimentație adecvată din punct de vedere nutrițional sau cantitativ poate evidenția o conștientizare mai redusă a importanței alimentației la vârste avansate și în anumite condiții de sănătate, dar și lipsa unei educații la nivelul populației cu privire la componentele unui regim alimentar, în acord cu starea de sănătate a fiecărei persoane.

Analiza detaliată a indicatorilor calității vieții din cadrul dimensiunii modelului conceptual *Alimentație și nutriție* se bazează pe cei trei indicatori definiți în cadrul acestei secțiuni a chestionarului, indicatori care evaluează:

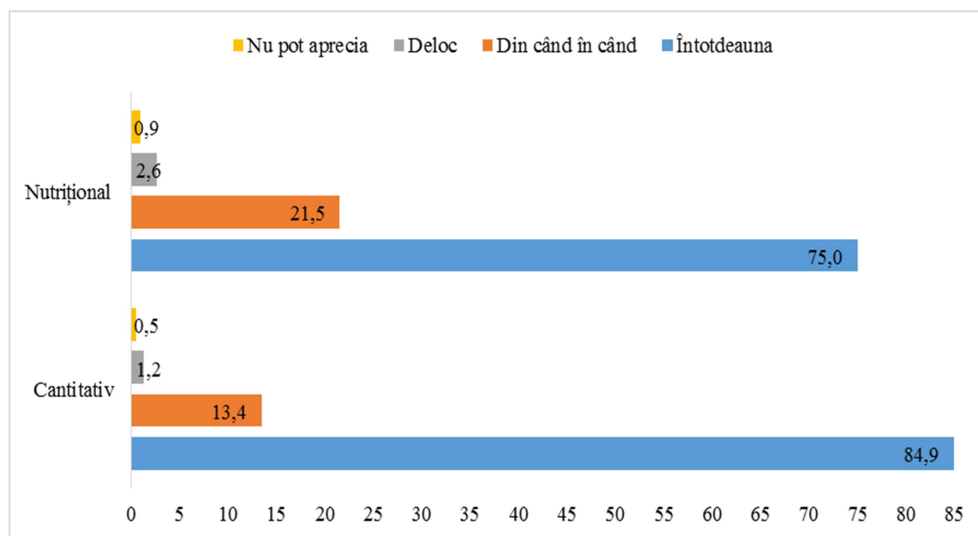
1. Accesul la alimentație adecvată din punct de vedere cantitativ, nutrițional (2 indicatori);
2. Dificultăți de preparare a hranei în lipsa serviciului (1 indicator).

#### ***1. Accesul la alimentație adecvată din punct de vedere cantitativ, nutrițional***

Acest indicator evaluează accesul persoanei vârstnice dependente la o alimentație suficientă din punct de vedere cantitativ, variată și hrănitoare, care să fie asigurată la intervale de timp regulate și care să corespundă stării de sănătate a persoanei respective.

Indicatorul arată că 84,9% dintre respondenți consideră că au întotdeauna acces la o cantitate suficientă de alimente și numai 75% afirmă că valoarea nutritivă a acestora este întotdeauna corespunzătoare.

**Figura 6.** Accesul persoanei vârstnice la o alimentație adecvată din punct de vedere cantitativ și nutrițional (%)



Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

Beneficiarii de servicii sociale fără cazare sunt într-o măsură mai mare afectați de lipsa accesului la o alimentație corespunzătoare. Astfel doar 75,3% dintre aceștia consideră că au întotdeauna la dispoziție mese suficiente cantitativ (comparativ cu 93% în cazul respondenților care beneficiază de servicii cu cazare) și 60% beneficiază de mese adecvate din punct de vedere nutrițional (comparativ cu 87,6% din persoanele vârstnice dependente care au acces la servicii cu cazare).

**Tabel 15.** Accesul persoanei la o alimentație corespunzătoare stării sale de sănătate (%)

| Tip serviciu                | Întotdeauna | Din când în când | Deloc | Nu pot aprecia |
|-----------------------------|-------------|------------------|-------|----------------|
| <b>Cantitativ</b>           |             |                  |       |                |
| <b>Servicii cu cazare</b>   | 93,0        | 6,2              | 0,3   | 0,5            |
| <b>Servicii fără cazare</b> | 75,3        | 22,0             | 2,3   | 0,4            |
| <b>Nutrițional</b>          |             |                  |       |                |
| <b>Servicii cu cazare</b>   | 87,6        | 11,0             | 0,6   | 0,8            |
| <b>Servicii fără cazare</b> | 60,0        | 34,0             | 5,0   | 1,0            |

Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

Femeile au declarat într-o mai mică măsură, comparativ cu bărbații, că au acces la o alimentație corespunzătoare din punct de vedere cantitativ și nutrițional. Dacă 88,7% din bărbați beneficiază întotdeauna de hrană suficientă cantitativ și 78,3% dispun permanent de o alimentație hrănitoare, în cazul femeilor acest lucru se întâmplă în proporție mai mică, respectiv 82,8% dispun de o cantitate suficientă de hrană și numai 73,2% beneficiază de o alimentație adecvată din punct de vedere nutrițional. O analiză pe grupe de vârstă relevă faptul că respondenții mai tineri se consideră mai afectați de lipsa unei alimentații corespunzătoare. Respondenții din grupa de vârstă 65-74 ani declară în proporție de 80,3% că au acces permanent la o alimentație adecvată, comparativ cu 86,2% în cazul respondenților din grupa 75-84 ani și 89,7% pentru respondenții de 85 de ani și peste. Din punct de vedere calitativ, adică a valorii nutriționale, doar 71% din vârstnicii dependenți din grupa de vârstă 65-74 ani care au participat la anchetă consideră că beneficiază întotdeauna de o alimentație adecvată, comparativ cu 74,7% în cazul respondenților din grupa 75-84 ani și 81,4% pentru respondenții de 85 de ani și peste. Explicația acestui fapt rezidă și în faptul că, pe măsura înaintării în vârstă, persoanele vârstnice au necesități mai reduse legate de alimentație. Mediul de rezidență nu determină diferențe semnificative între respondenți în ceea ce privește frecvența accesului persoanei vârstnice la o alimentație corespunzătoare.

## ***2. Dificultăți de preparare a hranei în lipsa serviciului***

Indicatorul măsoară cât de dificil îi este persoanei vârstnice să își prepare hrana în lipsa sprijinului oferit de personalul serviciului. Din răspunsurile formulate cu privire la acest indicator reiese că mai mult de jumătate dintre persoanele vârstnice dependente participante la anchetă consideră că le este *dificil* sau *foarte dificil* să își prepare singure hrana (69,9%). Pentru 12,4% nu este *nici dificil, nici ușor*, în timp ce 16% dintre respondenți afirmă că le este *ușor* sau *foarte ușor* să își asigure hrana în lipsa serviciului. 1,7% au preferat să nu ofere un răspuns cu privire la acest indicator. Respondenții care la data anchetei beneficiau de servicii sociale fără cazare au declarat într-o mai mare măsură că le este *dificil* sau *foarte dificil* să își asigure singuri hrana: 73,7% comparativ cu 66,8% în cazul beneficiarilor de servicii cu cazare.

**Tabel 16.** Dificultăți în asigurarea hranei (cantitativ și nutrițional) în absența sprijinului oferit de personalul serviciului (%)

|                                | Servicii cu cazare | Servicii fără cazare |
|--------------------------------|--------------------|----------------------|
| <b>Foarte dificil</b>          | 37,2               | 42,7                 |
| <b>Dificil</b>                 | 29,6               | 31,0                 |
| <b>Nici dificil, nici ușor</b> | 14,1               | 10,3                 |
| <b>Ușor</b>                    | 11,5               | 6,7                  |
| <b>Foarte ușor</b>             | 6,8                | 6,7                  |
| <b>Nu răspund</b>              | 0,8                | 2,6                  |

Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

Pentru femei este mai greu decât pentru bărbați să își asigure hrana, 71,1% declarând că le este *dificil* sau *foarte dificil* să realizeze acest lucru prin comparație cu 67,9% în cazul bărbaților.

Pe măsura înaintării în vârstă, persoanelor vârstnice dependente le-ar fi din ce în ce mai dificil să își asigure hrana în lipsa serviciului de care beneficiază. Pentru 77,5% din persoanele de 85 de ani și peste care au răspuns la chestionar, acest lucru ar fi *dificil* sau *foarte dificil*. Tot la fel ar fi pentru 71,2% din respondenții din grupa de vârstă 75-84 ani și pentru 63,4% din cei din grupa de vârstă 65-74 ani.

Mediul de rezidență nu induce diferențe importante între participanții la anchetă legate de dificultatea preparării hranei în lipsa serviciului.

## 2.2.6. Control și calitatea îngrijirii

Pentru dimensiunea *Control și calitatea îngrijirii* din cadrul modelului conceptual au fost utilizați opt indicatori de evaluare:

1. Nivelul de control asupra deciziilor de viață zilnică: alimentație, vestimentație, activități de petrecere a timpului liber, amenajarea spațiului de locuit (4 indicatori);
2. Aprecierea generală cu privire la calitatea îngrijirii (1 indicator);
3. Viteza de reacție a personalului (1 indicator);
4. Schimbările produse în viața beneficiarilor ca urmare a accesării serviciului (1 indicator);
5. Sentimentul de siguranță pe durata prestării serviciului de către personal (1 indicator).

### 1. Nivelul de control asupra deciziilor de viață zilnică

Acești indicatori exprimă controlul pe care persoana vârstnică îl are în ceea ce privește *alegerea hranei, alegerea vestimentației, alegerea*

activităților de petrecere a timpului liber și amenajarea spațiului de locuit. Cu privire la *alegerea hranei*, 62% dintre respondenți au afirmat că dețin controlul asupra acestei activități într-o *mare și foarte mare măsură*, iar 38% dintre respondenți considerau că au o libertate *mică și foarte mică* în a-și alege singuri alimentația.

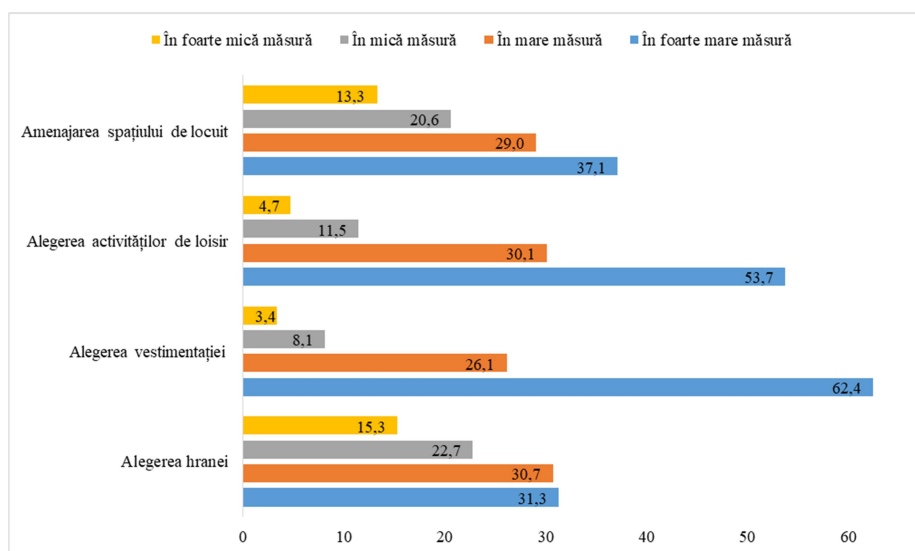
Datele culese arată că 88,5% dintre vârstnicii dependenți își aleg singuri vestimentația într-o *măsură mare și foarte mare* și doar 11,5% sunt constrânși în alegerea vestimentației, controlul asupra acestei activități fiind *mic și foarte mic*.

*Alegerea activităților de petrecere a timpului liber* reprezintă ocazia de a prelua controlul într-o *mare și foarte mare măsură* asupra propriei vieți pentru 83,8% dintre vârstnici; 16,2% dintre persoanele vârstnice dețin un control *redus și foarte redus* în ceea ce privește selectarea activităților de timp liber.

Din totalul persoanelor intervievate, 66,1% dețineau un control *mare și foarte mare* asupra activității de *amenajare a spațiului de locuit*, pe când 33,9% simțeau că decid în *mică și foarte mică măsură* asupra acestui aspect al propriei vieți.

La o privire generală se poate afirma că cei mai mulți dintre vârstnicii dependenți dețin un control *mare și foarte mare* asupra propriei vieți sub aspectul activităților despre care au fost intervievați și o proporție mult mai redusă se simte constrânsă de factori externi în deciziile luate.

**Figura 7.** Nivelul de control asupra deciziilor de viață zilnică (%)



Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

În analiza *nivelului de control asupra deciziilor de viață zilnică* s-a luat în calcul și influența variabilei de eșantionare, astfel că răspunsurile celor două populații de persoane vârstnice, *beneficiari de servicii sociale cu cazare* și *beneficiari de servicii de sociale fără cazare*, au fost prelucrate și separat.

Sub aspectul *alegerii hranei*, 48,2% dintre vârstnicii beneficiari de servicii sociale cu cazare au declarat că dețin un control *mare* și *foarte mare* asupra deciziilor privitoare la alimentele consumate, iar 51,8% declarau că dețin un control *mic* și *foarte mic*. Beneficiarii de servicii sociale fără cazare dețin într-o proporție mult mai mare controlul asupra acestui aspect al propriei vieți, 78,3% declarând un control *mare* și *foarte mare* și doar 21,7% s-au declarat constrânși de factori exteriori, ceea ce indică *control mic* și *foarte mic*.

În ceea ce privește celelalte aspecte ale vieții zilnice investigate, vârstnicii beneficiari de servicii sociale cu cazare declarau un control mai ridicat al propriei vieți comparativ cu vârstnicii care beneficiau de servicii sociale fără cazare, diferențele nefiind însă la fel de mari precum în cazul *alegerii hranei*. *Alegerea vestimentației* reprezintă o oportunitate de control *mare* și *foarte mare* a propriei vieți pentru 91,8% dintre vârstnicii beneficiari de servicii sociale cu cazare și pentru 84,6% dintre vârstnicii beneficiari de servicii sociale fără cazare.

Referitor la *alegerea activităților de timp liber*, vârstnicii din centrele sociale cu cazare dețin un control mai ridicat asupra lor comparativ cu vârstnicii îngrijiți la domiciliu sau în centrele de zi de asistență și recuperare, 90,1% dintre beneficiarii din prima categorie controlând într-o *mare* și *foarte mare măsură* alegerea acestor activități, față de 76,3% dintre beneficiarii din cealaltă categorie.

*Amenajarea spațiului de locuit* este în controlul *mare* și *foarte mare* a 68,5% dintre persoanele beneficiare de servicii sociale cu cazare și a 63,3% dintre persoanele beneficiare de servicii sociale fără cazare.

**Tabel 17.** Nivelul de control asupra deciziilor de viață zilnică (%)

| Tip serviciu                                          | În foarte mare măsură | În mare măsură | În mică măsură | În foarte mică măsură |
|-------------------------------------------------------|-----------------------|----------------|----------------|-----------------------|
| <b>Alegerea hranei</b>                                |                       |                |                |                       |
| Servicii cu cazare                                    | 22,0                  | 26,2           | 27,0           | 24,8                  |
| Servicii fără cazare                                  | 42,3                  | 36,0           | 17,7           | 4,0                   |
| <b>Alegerea vestimentației</b>                        |                       |                |                |                       |
| Servicii cu cazare                                    | 71,8                  | 20,0           | 4,8            | 3,4                   |
| Servicii fără cazare                                  | 51,3                  | 33,3           | 12             | 3,3                   |
| <b>Alegerea activităților de petrecere a timpului</b> |                       |                |                |                       |
| Servicii cu cazare                                    | 58,6                  | 31,5           | 6,5            | 3,4                   |
| Servicii fără cazare                                  | 48,0                  | 28,3           | 17,3           | 6,3                   |
| <b>Amenajarea spațiului de locuit</b>                 |                       |                |                |                       |
| Servicii cu cazare                                    | 38,9                  | 29,6           | 18,3           | 13,2                  |
| Servicii fără cazare                                  | 35,0                  | 28,3           | 23,3           | 13,3                  |

Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

Analiza datelor după variabila mediu de rezidență reliefează faptul că vârstnicii dependenți din mediul urban dețin într-o proporție mai mare decât cei din mediul rural controlul asupra *alegerii vestimentației* (67,2% dintre vârstnicii din urban și 53,2% dintre beneficiarii din mediul rural decid cu ce anume se îmbracă *în foarte mare măsură*).

Situația este similară și sub aspectul *alegerii activităților de petrecere a timpului liber* (58,4% dintre beneficiarii din urban, față de 44,6% dintre beneficiarii din rural decid *în foarte mare măsură* asupra activităților de petrecere a timpului liber), diferența putând fi justificată prin diversitatea mai ridicată a opțiunilor de petrecere a timpului liber în mediul urban față de mediul rural. Cu privire la celelalte dimensiuni ale controlului asupra propriei vieți nu s-au observat diferențe importante în funcție de mediul de rezidență.

## **2. Aprecierea generală cu privire la calitatea îngrijirii**

Indicatorul prezintă o evaluare a satisfacției vârstnicilor respondenți cu privire la calitatea îngrijirii acordată de furnizorii de servicii sociale cu cazare și fără cazare. În urma prelucrării datelor per total populație investigată rezultă o satisfacție foarte ridicată a beneficiarilor din perspectiva îngrijirii pe care o primesc, 83,1% dintre ei fiind *foarte mulțumiți* și 14,8% *mulțumiți*, deși există câteva aspecte ale îngrijirii care ar putea fi îmbunătățite. Doar 1,7% consideră că sunt *destul de multe aspecte ale îngrijirii care necesită îmbunătățiri*, iar acest lucru le determină

nemulțumirea. O proporție și mai redusă a vârstnicilor, 0,5%, declară că sunt *total nemulțumiți* de calitatea îngrijirii de care beneficiază.

*Din punct de vedere al tipului de serviciu social* de care beneficiau la data anchetei (servicii sociale cu cazare și fără cazare), se remarcă faptul că între cele două categorii nu s-au observat diferențe foarte mari. Se poate totuși afirma că persoanele vârstnice din serviciile sociale cu cazare sunt într-o proporție mai mare mulțumite de calitatea îngrijirii comparativ cu cele care beneficiază de servicii de îngrijire la domiciliu sau în centrele de zi de asistență și recuperare.

84,2% dintre vârstnicii aparținând primei categorii se declară *în totalitate mulțumiți* de îngrijirea pe care o primesc și 81,7% din vârstnicii aparținând celei de a doua categorii au o opinie similară.

Din totalul vârstnicilor care beneficiau de servicii sociale cu cazare, 15,8% considerau că sunt aspecte care pot fi îmbunătățite. Cu toate acestea, 14,4% considerau că acest lucru *nu le afectează gradul de mulțumire* și doar 1,4% considerau că *aspectele de îmbunătățit sunt destule, pentru a-i nemulțumi*. Dintre vârstnicii care beneficiau de servicii sociale fără cazare, 17,3% afirmau că *sunt aspecte care necesită îmbunătățire*, dar numai 2% erau *nemulțumiți* de acest lucru, restul de 15,3% afirmând că aceste aspecte nu sunt atât de numeroase încât să le diminueze satisfacția. Persoanele *total nemulțumite* de calitatea îngrijirii aparțin doar categoriei beneficiari de servicii sociale fără cazare.

**Tabel 18.** Aprecierea generală cu privire la calitatea îngrijirii (%)

|                                                                                          | Servicii cu<br>cazare | Servicii fără<br>cazare |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Sunt în totalitate mulțumit/ă                                                            | 84,2                  | 81,7                    |
| Sunt mulțumit/ă, deși există câteva aspecte care ar putea fi îmbunătățite                | 14,4                  | 15,3                    |
| Sunt nemulțumit/ă, întrucât există destul de multe aspecte care ar putea fi îmbunătățite | 1,4                   | 2,0                     |
| Sunt în totalitate nemulțumit/ă                                                          | -                     | 1,0                     |

*Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676*

Analizând opiniile exprimate și în funcție de variabilele gen, mediu de rezidență și vârstă nu s-au observat diferențe importante în ceea ce privește aprecierea generală a calității îngrijirii între categoriile acestor variabile.

### **3. Viteza de reacție a personalului**

Acest indicator evaluează cât de rapid reacționează personalul furnizorilor de servicii sociale cu cazare și fără cazare la nevoile beneficiarilor. Majoritatea persoanelor intervievate, 90,5%, au afirmat că personalul instituției reacționează *în timp util* la solicitările adresate, în vreme ce 5,8% afirmă că personalul răspunde *cu întârziere* la solicitări, iar 3,7% *nu pot aprecia acest aspect* privitor la calitatea îngrijirii lor.

Analizând indicatorul *viteza de reacție a personalului* în funcție de variabila de eșantionare, separat pentru cele două populații studiate - *beneficiarii de servicii sociale de îngrijire cu cazare* și *beneficiarii de servicii sociale de îngrijire fără cazare* – se poate afirma că vârstnicii din centrele care oferă servicii sociale cu cazare apreciază ca fiind promptă intervenția personalului într-o proporție mai mare decât o fac vârstnicii beneficiari de servicii sociale fără cazare (92,4% apreciază intervenția ca fiind *în timp util*, față de 88,3%).

Atât procentul celor care apreciază că intervenția personalului are loc *cu întârziere*, cât și procentul celor care *nu pot estima acest aspect* sunt mai ridicate în categoria beneficiarilor de servicii de îngrijire fără cazare (7,3%, respectiv 4,3% în cazul beneficiarilor de servicii sociale fără cazare, comparativ cu 4,5%, respectiv 3,1% în cazul beneficiarilor de servicii sociale cu cazare).

După variabilele mediu de rezidență și gen, între rezidenții din urban și cei din rural și între femei și bărbați nu s-au observat diferențe importante în ceea ce privește evaluarea vitezei de reacție a personalului la solicitările lor. Aceeași observație este valabilă și pentru variabila vârstă, între diferitele categorii de vârstă neînregistrându-se diferențe importante.

### **4. Schimbările produse în viața beneficiarilor ca urmare a accesării serviciului social**

Indicatorul cuantifică percepția beneficiarilor cu privire la schimbările produse în propria viață, ca urmare a accesării serviciului social. Din totalul populației investigate, 86,9% consideră că în urma accesării serviciilor sociale viața lor s-a schimbat *în foarte mare* și *în mare măsură*, în vreme ce 7% consideră că viața lor s-a schimbat *în mică* și *în foarte mică măsură*, iar 6,1% *nu observă nicio schimbare*.

În urma analizei indicatorului *schimbările produse în viața beneficiarilor ca urmare a accesării serviciului social* în relație cu variabila de eșantionare s-a constatat că 89,3% dintre vârstnicii din serviciile cu cazare

și un procent similar (84%) din vârstnicii din serviciile fără cazare resimt o schimbare ca urmare a accesării serviciilor într-o *măsură mare* și *foarte mare*. Vârstnicii din centrele de îngrijire cu cazare care resimt o schimbare *mică* și *foarte mică* în urma accesării acestor servicii însumează 5,9%, în timp ce vârstnicii îngrijiți la domiciliu sau în centrele de zi de asistență și recuperare care raportează același lucru însumează un procent mai ridicat, de 8,3%.

**Tabel 19.** Schimbările produse în viața beneficiarilor ca urmare a accesării serviciului (%)

|                                   | Servicii cu cazare | Servicii fără cazare |
|-----------------------------------|--------------------|----------------------|
| În foarte mare măsură             | 54,4               | 50,3                 |
| În mare măsură                    | 34,9               | 33,7                 |
| Nici în mare, nici în mică măsură | 4,8                | 7,7                  |
| În mică măsură                    | 5,1                | 6,0                  |
| În foarte mică măsură             | 0,8                | 2,3                  |

Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

### **5. Sentimentul de siguranță pe durata prestării serviciului de către personal**

Analiza acestui indicator reliefează faptul că majoritatea beneficiarilor serviciilor sociale *consideră că sunt bine îngrijiți și nu își fac griji legate de siguranță* (92,2%), doar 6,3% declarând că *au anumite griji legate de siguranța lor*. Procentul celor care au declarat că *sunt foarte îngrijorați* a fost unul redus de doar 1,5%.

Din perspectiva variabilei de eșantionare beneficiarii serviciilor sociale cu cazare considerau că *sunt bine îngrijiți și nu își fac griji legate de siguranță* într-o proporție mai mare decât persoanele beneficiare de servicii sociale fără cazare (97,2%, respectiv 86,3%), deși pentru ambele categorii analizate procentul persoanelor care împărtășesc această opinie este ridicat.

Procentul beneficiarilor care *au anumite griji legate de siguranța lor* pe perioada îngrijirii este considerabil mai ridicat în rândul vârstnicilor îngrijiți la domiciliu sau în centrele de zi de asistență și recuperare. Proporția persoanelor *foarte îngrijorate cu privire la siguranța lor* este redusă pentru ambele categorii de beneficiari.

**Tabel 20.** Sentimentul de siguranță pe durata prestării serviciului de către personal (%)

|                                                              | Servicii cu cazare | Servicii fără cazare |
|--------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|
| Sunt bine îngrijit/ă și nu îmi fac griji legate de siguranță | 97,2               | 86,3                 |
| Am anumite griji legate de siguranța mea                     | 1,7                | 11,7                 |
| Sunt foarte îngrijorat/ă cu privire la siguranța mea         | 1,1                | 2,0                  |

Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

După variabilele gen și mediu de rezidență, între femei și bărbați, precum și între rezidenții din urban și cei din rural nu au fost identificate diferențe importante cu privire la *siguranța resimțită pe durata îngrijirii*. Aceeași observație este valabilă și pentru variabila vârstă, între diferitele categorii de vârstă neînregistrându-se diferențe importante.

### 2.2.7. Participare socială și implicare

Studii anterioare derulate în domeniul calității vieții persoanelor vârstnice în general au demonstrat că majoritatea persoanelor în vârstă își evaluează pozitiv calitatea vieții pe baza contactelor sociale, dependenței, sănătății, circumstanțelor materiale (Netuveli și Blane, 2008).

Pentru dimensiunea *Participare socială și implicare* din cadrul modelului conceptual au fost utilizați zece indicatori de evaluare, grupați astfel:

1. Evaluarea gradului de izolare socială (1 indicator)
2. Gradul de satisfacție față de suportul oferit de familie/prieteni/cunoștințe (3 indicatori);
3. Frecvența vizitelor familiei/prietenilor/cunoștințelor (3 indicatori);
4. Gradul de mulțumire cu privire la modul în care persoana vârstnică dependentă a interacționat cu membrii familiei/prieteni/cunoștințe/alte categorii de persoane (3 indicatori).

#### 1. Evaluarea gradului de izolare socială

Indicatorul măsoară percepția cu privire la gradul de izolare al persoanei vârstnice. Rezultatele culese arată că mai bine de jumătate dintre persoanele vârstnice dependente (59,1%) declară că *au suficiente persoane în jurul lor, sprijinul oferit de acestea ajutându-le să nu se simtă singure*, iar 33,6 % dintre vârstnicii dependenți *au în jurul lor puține persoane, dar prin sprijinul oferit de aceste persoane, ei nu se simt singuri*. Doar 6,7% dintre

persoanele vârstnice declară că *se simt singure, neavând pe nimeni în jurul lor*, iar 0,6% dintre respondenți nu au oferit un răspuns la această întrebare.

Din valorile înregistrate pentru acest indicator (evaluarea gradului de izolare socială) se constată faptul că 92,7% dintre vârstnicii dependenți au în jurul lor persoane care îi fac să nu se simtă singuri.

Din perspectiva variabilei de eșantionare se constată faptul că vârstnicii dependenți care beneficiază de servicii la domiciliu și cei care apelează la servicii de zi de recuperare și reabilitare au o probabilitate mai mare de a avea în jurul lor mai puține persoane, 46,7% comparativ cu 22,5% procent înregistrat în cazul vârstnicilor dependenți aflați în servicii cu cazare (cămine pentru persoane vârstnice, locuințe protejate, centre de tip respiro).

**Tabel 21.** Evaluarea gradului de izolare socială (%)

|                                                                                          | Servicii cu cazare | Servicii fără cazare |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|
| În jurul meu sunt suficiente persoane, iar sprijinul lor mă ajută să nu mă simt singur/ă | 73,0               | 42,7                 |
| În jurul meu sunt puține persoane, dar sprijinul lor mă ajută să nu mă simt singur/ă     | 22,5               | 46,7                 |
| Simt că nu am pe nimeni în jurul meu, de aceea consider că sunt o persoană singură       | 3,9                | 10,0                 |
| Nu răspund                                                                               | 0,6                | 0,6                  |

Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

## 2. Gradul de satisfacție față de suportul oferit de familie/prieteni/cunoștințe

Acești indicatori măsoară percepția cu privire la suportul oferit de familie/prieteni/cunoștințe/alte categorii de persoane. Doar 13,0% dintre persoanele vârstnice dependente au declarat că *nu au nici un membru al familiei*.

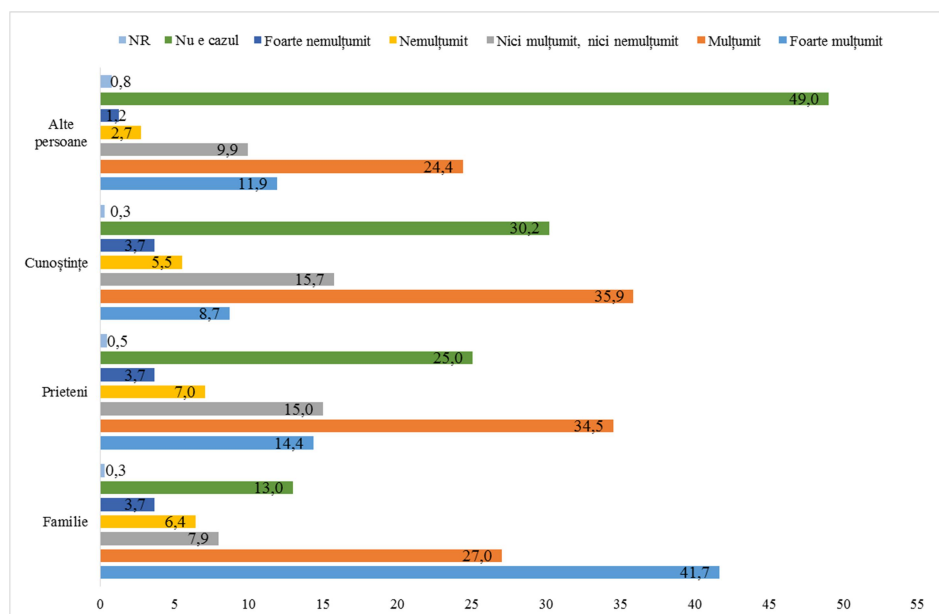
Rezultatele arată că *familia* înregistrează gradul de satisfacție cel mai ridicat (în termeni de *mulțumit* și *foarte mulțumit*) atunci când vârstnicii dependenți evaluează suportul oferit, procentul înregistrat fiind de 68,7%.

*Prietenii* se clasează pe locul al doilea, cu 48,9% procent înregistrat pentru categoriile de răspuns *mulțumit* și *foarte mulțumit* atunci când este evaluat suportul oferit vârstnicilor dependenți. De menționat este faptul că o pătrime dintre vârstnicii dependenți (25,0%) au declarat că nu au prieteni.

Sprijinul oferit de *cunoștințe* ocupă a treia poziție, procentul persoanelor vârstnice dependente care s-au declarat *mulțumite* și *foarte mulțumite* de sprijinul cunoștințelor fiind de 44,6%. Aproximativ o treime (30,2%) dintre vârstnicii dependenți au declarat că nu au cunoștințe, iar 51%

dintre vârstnicii dependenți au declarat că au beneficiat de sprijin din partea *altor categorii de persoane* (voluntari, alte persoane care oferă sprijin).

**Figura 8.** Gradul de satisfacție față de suportul oferit de familie/prieteni/cunoștințe (%)



Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

Vârstnicii dependenți beneficiari de servicii sociale fără cazare se declară în procente mai ridicate *mulțumiți* și *foarte mulțumiți* de suportul oferit de către *familie* (74,4%), comparativ cu vârstnicii dependenți care beneficiază de servicii cu cazare (63,9%). Procentul este influențat însă și de ponderea vârstnicilor aflați în servicii cu cazare care au declarat că *nu au nici un membru de familie*, pondere cu 10 puncte procentuale mai mare față de cea înregistrată în cazul vârstnicilor dependenți care nu au nici un membru al familiei și care beneficiază de servicii fără cazare.

Ajutorul *prietenilor* este evaluat mai bine de către persoanele vârstnice dependente aflate în cămine, locuințe protejate, centre de tip respiro (51,8% procent cumulat pentru categoriile de răspuns *foarte mulțumit* și *mulțumit*), comparativ cu evaluările realizate de către persoanele aflate în îngrijire la domiciliu sau care beneficiază de servicii de zi de recuperare și reabilitare (45,3% procent cumulat pentru categoriile de răspuns *foarte mulțumit* și *mulțumit*).

Sprijinul oferit de *alte persoane (voluntari, alte categorii de persoane care oferă sprijin)* este mai prezent în cazul persoanelor vârstnice dependente aflate în servicii fără cazare, aprecierile în termeni de *mulțumit* și *foarte mulțumit* fiind mai ridicate în cazul beneficiarilor de servicii fără cazare (39,4%), decât în cazul beneficiarilor de servicii cu cazare (33,8%).

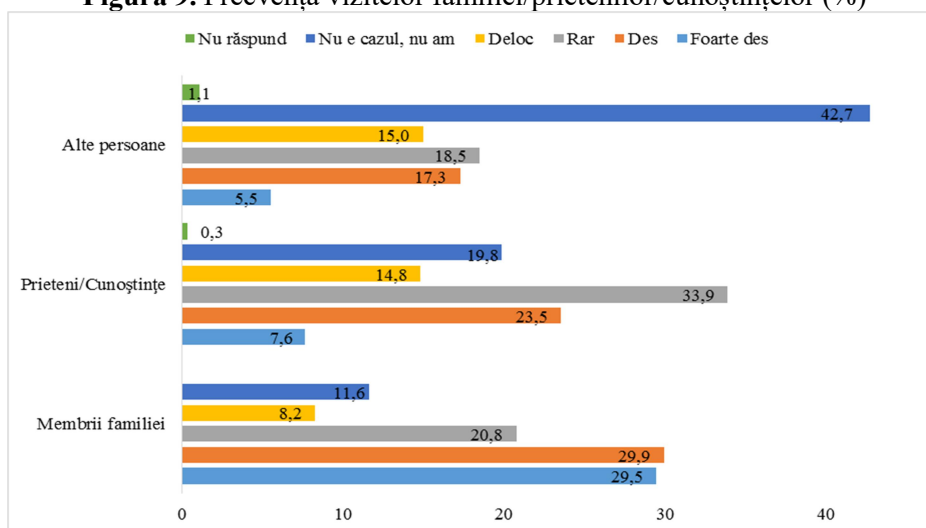
Diferențe mai mari de 10 puncte procentuale sunt înregistrate între persoanele vârstnice dependente din grupa de vârstă 85 de ani și peste, comparativ cu persoanele dependente din grupa de vârstă 65-74 de ani cu privire la procentul celor care se declară *mulțumite* și *foarte mulțumite* de sprijinul oferit de familie (78,2% procent înregistrat în cazul vârstnicilor de 85 de ani și peste, comparativ cu 62,2%, procent înregistrat în cazul vârstnicilor din grupa de vârstă 65-74 de ani).

### 3. Frecvența vizitelor familiei/prietenilor/cunoștințelor

Referitor la frecvența vizitelor *familiei/prietenilor/cunoștințelor* din totalul eșantionului 59,4% dintre persoanele vârstnice au afirmat că vizitele primite din partea *membrilor familiei* au loc *foarte des* și *des*, în vreme ce 29% au afirmat că membrii familiei îi vizitează *rar* și *deloc*, iar 11,6% *nu mai aveau niciun membru al familiei*.

Din perspectiva frecvenței interacțiunii cu *prietenii/cunoștințele*, 31,1% dintre vârstnicii intervievați erau vizitați de aceștia *foarte des* și *des*, 48,7% primeau aceste vizite *rar* și *deloc*, iar 19,8% *nu aveau prieteni/cunoștințe*.

**Figura 9.** Frecvența vizitelor familiei/prietenilor/cunoștințelor (%)



Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

Sub aspectul frecvenței vizitelor de la *voluntari și alte persoane care pot oferi sprijin*, 22,8% dintre vârstnicii dependenți primeau aceste vizite *foarte des* și *des*, 33,5% erau vizitați *rar* și *deloc*, iar 42,7% afirmau că nu cunosc voluntari și alte persoane care pot oferi sprijin. La o privire generală asupra indicatorului, cele mai frecvente vizite pe care vârstnicii le primesc erau din partea membrilor familiei, dar exista și un procent important de persoane vârstnice dependente care *nu mai avea niciun membru al familiei*. De asemenea, 41,2% dintre vârstnici interacționau cu voluntari și persoane de sprijin care îi vizitau *rar*, *des* sau chiar *foarte des*.

*Din perspectiva influenței variabilei de eșantionare asupra indicatorului frecvența vizitelor familiei/prietenilor/cunoștințelor*, vârstnicii dependenți beneficiari de servicii sociale fără cazare erau vizitați *foarte des* și *des* de către *membrii familiei* (67%), *prieteni/cunoștințe* (37,4%) și *voluntari și alte categorii de persoane* (31,7%) într-o proporție mai mare decât vârstnicii care beneficiau de servicii sociale cu cazare (52,9% vizitați *des* și *foarte des* de către *membrii familiei*, 25,9% vizitați *des* și *foarte des* de către *prieteni/cunoștințe*, 15,2% vizitați *des* și *foarte des* de *voluntari și alte persoane*). Aspectul poate fi explicat prin faptul că, în anumite cazuri, persoanele vârstnice aflate în cămine, locuințe protejate sau centre de tip respiro resimt instituționalizarea ca pe o izolare din viața familiei, a comunității. Astfel, deși sunt vizitați de familie, prieteni sau alte categorii de persoane (voluntari, grupuri de elevi, etc.) impresia conturată este aceea că aceste vizite nu sunt suficiente.

**Tabel 22.** Frecvența vizitelor familiei/prietenilor/cunoștințelor (%)

| Tip serviciu                                   | Foarte des | Des  | Rar  | Deloc | Nu e cazul | Nu răspund |
|------------------------------------------------|------------|------|------|-------|------------|------------|
| <b>Familie</b>                                 |            |      |      |       |            |            |
| Servicii cu cazare                             | 24,2       | 28,7 | 20,3 | 10,7  | 16,1       | -          |
| Servicii fără cazare                           | 35,7       | 31,3 | 21,3 | 5,3   | 6,3        | -          |
| <b>Prieteni/ Cunoștințe</b>                    |            |      |      |       |            |            |
| Servicii cu cazare                             | 5,9        | 20,0 | 33,2 | 17,7  | 22,8       | 0,3        |
| Servicii fără cazare                           | 9,7        | 27,7 | 34,7 | 11,3  | 16,3       | 0,3        |
| <b>Voluntari și alte categorii de persoane</b> |            |      |      |       |            |            |
| Servicii cu cazare                             | 2,0        | 13,2 | 18,3 | 18,9  | 46,2       | 1,4        |
| Servicii fără cazare                           | 9,7        | 22,0 | 18,7 | 10,3  | 38,7       | 0,7        |

Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

Indicatorul a fost analizat și din perspectiva influenței pe care vârsta beneficiarului o are asupra numărului de vizite pe care acesta le primește. Rezultatele arată că vizitele din partea *membrilor familiei* sunt cu atât mai dese cu cât beneficiarul are o vârstă mai înaintată (25,2% dintre persoanele cu vârsta între 65-74 de ani, 28% dintre persoanele cu vârsta între 75-84 de ani și 38,5% dintre persoanele de peste 85 de ani sunt vizitați *foarte des* de membrii familiei).

Sub aspectul numărului de vizite primite de la celelalte categorii de persoane nu există diferențe importante în funcție de vârsta beneficiarului. După variabilele gen și mediu de rezidență, între femei și bărbați, precum și între rezidenții din urban și cei din rural nu sunt diferențe importante cu privire la numărul de vizite primite.

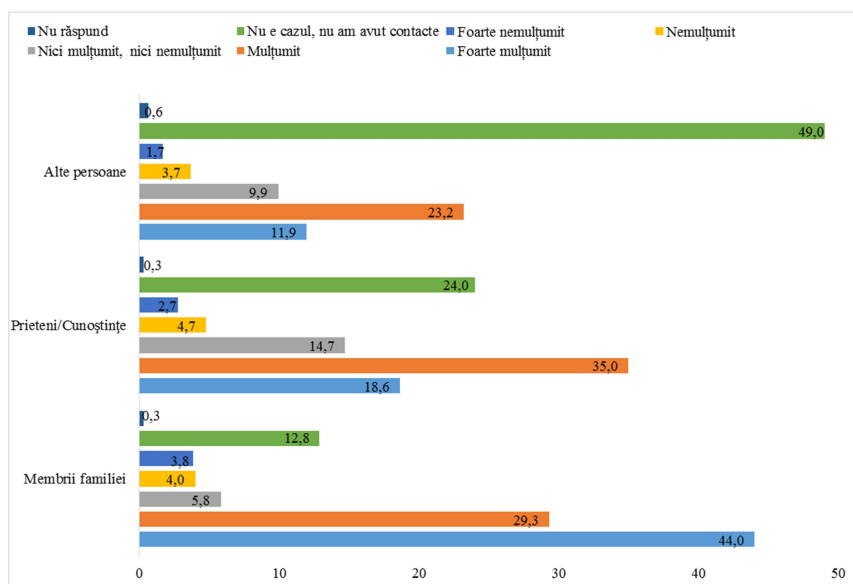
#### ***4. Gradul de mulțumire cu privire la modul în care persoana vârstnică dependentă a interacționat cu membrii familiei/prieteni/cunoștințe/alte categorii de persoane***

Rolul acestor indicatori este de a completa informațiile furnizate de indicatorul privind *frecvența vizitelor familiei/prietenilor/cunoștințelor* oferind o imagine a satisfacției pe care relațiile sociale o produc în viața vârstnicilor dependenți.

Din totalul vârstnicilor intervievați, 73,3% declară că sunt *foarte mulțumiți* și *mulțumiți* de interacțiunea cu *membrii familiei*. Rezultatele înregistrate arată că 53,6% se declară *foarte mulțumiți* și *mulțumiți* de interacțiunea cu *prietenii/cunoștințele*, iar 35,1% sunt *foarte mulțumiți* și *mulțumiți* de relația stabilită cu *voluntarii și alte categorii de persoane care pot oferi sprijin*.

Vârstnicii *nemulțumiți* și *foarte nemulțumiți* de relația cu familia și prietenii sunt în proporție de 7,8% și respectiv 7,4%.

**Figura 10.** Gradul de mulțumire cu privire la modul în care persoana vârstnică dependentă a interacționat cu membrii familiei/prieteni/cunoștințe/alte categorii de persoane (%)



Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

Analizând răspunsurile din punctul de vedere al variabilei de eșantionare, vârstnicii dependenți îngrijiți la domiciliu sau în centrele de zi de asistență și recuperare sunt *foarte mulțumiți* și *mulțumiți* de relațiile stabilite cu *membrii familiei*, *prieteni/cunoștințele* și *voluntarii* (78%, 55%, respectiv 39,7%) într-o proporție mai mare decât vârstnicii dependenți, beneficiari de servicii sociale cu cazare (69,3%, 52,4% și respectiv 31,3%).

Interpretând aceste rezultate în relație cu informațiile obținute la indicatorul *frecvența vizitelor familiei/prietenilor/cunoștințelor*, se poate afirma că vârstnicii dependenți îngrijiți la domiciliu primesc mai multe vizite și sunt mai mulțumiți de relațiile stabilite cu membrii familiei, prieteni/cunoștințe și alte persoane decât vârstnicii rezidenți.

Analiza gradului de satisfacție față de activitățile de socializare în funcție de variabila vârstă indică faptul că există diferențe importante între diferitele categorii de beneficiari, 37,8% dintre persoanele cu vârsta între 65-74 de ani, 43,3% dintre persoanele cu vârsta între 75-84 de ani și 54,5% dintre vârstnicii de peste 85 de ani fiind *foarte mulțumite* de calitatea interacțiunii cu *membrii familiei*.

Analiza gradului de satisfacție față de activitățile de socializare în funcție de variabilele gen și mediu de reședință arată că între femei și

bărbați, precum și între rezidenții din urban și cei din rural, nu există diferențe importante.

### **2.2.8. Mediul de viață (locuință și comunitate)**

Mediul de viață este recunoscut ca fiind un aspect important al calității vieții, studiile recente vorbind despre importanța adaptării locuinței/mediului de viață/spațiului urban la nevoile persoanelor vârstnice astfel încât să se maximizeze independența, să se încurajeze stima de sine și încrederea, să se consolideze identitatea personală (Georgescu et al., 2015; Artmann et al., 2017; Nordin et al., 2017).

În situația persoanelor vârstnice dependente instituționalizate, caracteristicile mediului fizic capătă o importanță și mai mare, întrucât mediul de viață trebuie să fie nu numai un spațiu confortabil pentru viață, dar el trebuie să capete o valoare emoțională care derivă din experiențele personale, prietenii dezvoltate, momentele petrecute împreună cu familia, vecinii etc. (Georgescu et al., 2015).

Analiza detaliată a indicatorilor calității vieții din cadrul dimensiunii *Mediul de viață (locuință și comunitate)* se bazează pe cei patru indicatori definiți în cadrul secțiunii aferente a chestionarului:

1. Gradul de mulțumire cu privire la condițiile de locuit (1 indicator);
2. Activități derulate în afara centrului rezidențial/locuinței (1 indicator);
3. Frecvența derulării unor activități în afara centrului rezidențial/locuinței (1 indicator);
4. Gradul de mulțumire cu privire la accesul la spații de recreere în natură (1 indicator).

#### ***1. Gradul de mulțumire cu privire la condițiile de locuit***

Cei mai mulți dintre respondenți (62,4%) s-au declarat *foarte mulțumiți* de condițiile de locuit. La aceștia se adaugă încă o treime dintre respondenți (29,2%) care se declară *mulțumiți*. Doar 1,7% dintre persoanele vârstnice sunt *nemulțumite* și *foarte nemulțumite* de condițiile de locuit. 6,4% dintre respondenți nu au putut aprecia condițiile de locuit de la momentul anchetei, iar 0,3% au ales să nu răspundă la această întrebare. Pe fondul acestor rezultate se poate afirma că există un grad foarte ridicat de mulțumire al respondenților cu privire la condițiile de locuit/cazare.

Din punct de vedere al variabilei de eșantionare, vârstnicii dependenți îngrijiți la domiciliu sau în centrele de zi de asistență și recuperare s-au declarat într-o mai mică măsură *foarte mulțumiți* și *mulțumiți* de condițiile de locuit, comparativ cu respondenții care beneficiază de servicii sociale cu cazare (86% comparativ cu 96,3%). Variabilele sex, vârstă și mediu de rezidență nu induc diferențe între respondenți din punct de vedere al gradului de mulțumire cu privire la condițiile de locuit.

**Tabel 23.** Gradul de mulțumire față de condițiile actuale de locuit/cazare (%)

|                                       | Servicii cu cazare | Servicii fără cazare |
|---------------------------------------|--------------------|----------------------|
| <b>Foarte mulțumit</b>                | 72,1               | 51,0                 |
| <b>Mulțumit</b>                       | 24,2               | 35,0                 |
| <b>Nici mulțumit, nici nemulțumit</b> | 2,8                | 10,7                 |
| <b>Nemulțumit</b>                     | 0,6                | 1,3                  |
| <b>Foarte nemulțumit</b>              | 0,3                | 1,3                  |
| <b>Nu răspund</b>                     | -                  | 0,7                  |

Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

## 2. Activități derulate în afara centrului rezidențial/locuinței

Doar 20,2% dintre respondenți declarau la momentul anchetei că *derulau activități cu ușurință, fără ajutor din partea altei persoane*.

Răspunsurile înregistrate arată că 9,3% *derulau activități cu oarecare dificultate, dar fără ajutor* din partea unei alte persoane, iar 9,2% *derulau activități cu sprijin din parte altei persoane*. Cea mai mare parte a persoanelor vârstnice, 60,9%, *nu puteau derula activități în afara centrului*, datorită stării de sănătate precare în care se aflau. 0,5% dintre respondenți nu răspuns la această întrebare.

Din punct de vedere al variabilei de eșantionare, vârstnicii dependenți îngrijiți la domiciliu sau în centrele de zi de asistență și recuperare declarau într-o mai mare măsură comparativ cu vârstnicii beneficiari de servicii sociale cu cazare că *pot derula activități cu oarecare dificultate, fără ajutor din partea altor persoane* (11,7%, comparativ 7,3%).

**Tabel 24. Activități derulate în afara centrului rezidențial/locuinței (%)**

|                                                                                              | Servicii cu cazare | Servicii fără cazare |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|
| <b>Da, derulez activități cu multă ușurință, fără ajutor din partea altei persoane</b>       | 21,4               | 18,7                 |
| <b>Da, derulez activități cu oarecare dificultate, fără ajutor din partea altei persoane</b> | 7,3                | 11,7                 |
| <b>Da, derulez activități cu ajutor din partea altei persoane</b>                            | 9,9                | 8,3                  |
| <b>Nu, nu derulez activități în afara centrului/domiciliului</b>                             | 61,4               | 60,3                 |
| <b>Nu răspund</b>                                                                            | -                  | 1,0                  |

Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

Variabilele vârstă și mediu de rezidență induc unele diferențe între respondenți din punct de vedere al gradului de mulțumire cu privire la activitățile derulate în afara centrului rezidențial/domiciliului. Respondenții din mediul urban într-o mai mică măsură comparativ cu cei din mediul rural (59,6%, comparativ cu 63,5%) nu derulau astfel de activități în afara centrului rezidențial sau locuinței.

Respondenții cu vârste peste 85 de ani nu mai puteau derula activități în afara centrului rezidențial/locuinței fără sprijin din partea altei persoane într-o mai mare măsură comparativ cu respondenții cu vârste cuprinse între 65-84 de ani (70,5% comparativ cu 56,7% în cazul celor cu vârste cuprinse între 65-74 ani sau 59,2% în cazul celor cu vârste cuprinse între 65-74 de ani).

### **3. Frecvența derulării unor activități în afara centrului rezidențial/locuinței**

Potrivit datelor culese prin ancheta de teren 21,1% dintre persoanele vârstnice dependente *mergeau la cumpărături des și foarte des*, în timp ce peste jumătate (59,5%) *mergeau rar sau deloc*.

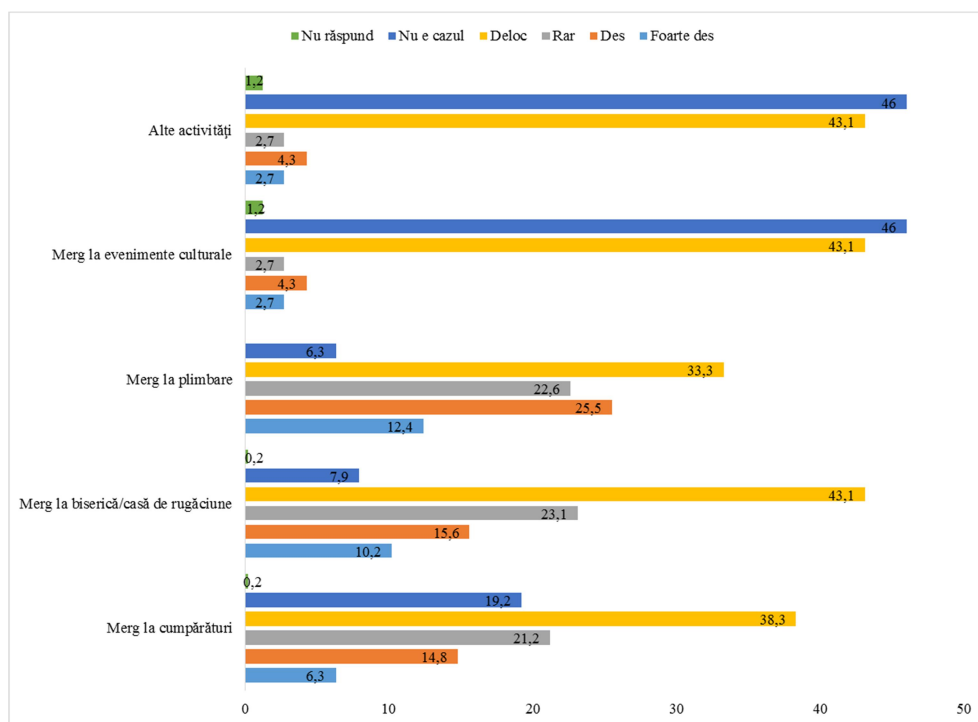
Aproximativ o pătrime (25,8%) dintre respondenți au declarat că participau la *activități de natură religioasă, des și foarte des*, în vreme ce 66,2% nu reușeau decât *rar sau deloc să meargă la biserică/casă de rugăciune*.

*Mersul la plimbare* este o activitate derulată de 37,9% dintre respondenți *des și foarte des*, în timp ce peste jumătate (55,9%) nu reușeau să se plimbe decât *rar sau deloc*.

*Mersul la diferite evenimente culturale* sau derularea unor *alte activități de petrecere a timpului* (vizionarea de emisiuni TV, grădinarit, mers la bibliotecă, navigare pe internet, croșetat, activități de socializare

derulate împreună cu alte persoane vârstnice sau voluntari) erau activități derulate *des* și *foarte des* de puține persoane vârstnice investigate.

**Figura 11.** Frecvența derulării unor activități în afara centrului rezidențial/locuinței (%)



Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

Din punct de vedere al variabilei de eșantionare, persoanele vârstnice aflate în îngrijire în cadrul căminelor pentru persoane vârstnice, locuințelor protejate și centrelor respiro declarau într-o mai mare măsură comparativ cu persoanele vârstnice aflate în îngrijire la domiciliu sau în centrele de zi de asistență și recuperare că *merg des și foarte des la cumpărături* (22,2% dintre vârstnicii beneficiari de servicii sociale cu cazare, comparativ cu 19,7% în cazul vârstnicilor beneficiari de servicii sociale fără cazare).

Situația se prezintă similar și în ceea ce privește *mersul la biserică/casă de rugăciune* (31,2% dintre vârstnicii beneficiari de servicii sociale cu cazare, respectiv 19,4% dintre vârstnicii beneficiari de servicii sociale fără cazare *merg des și foarte des*).

*Plimbările în aer liber* reprezintă activități derulate *des* și *foarte des* de peste jumătate (50,4%) dintre beneficiarii de servicii sociale cu cazare, comparativ cu doar 23% dintre beneficiarii de servicii sociale fără cazare.

*Mersul la diferite evenimente culturale* este mai degrabă o activitate derulată de persoanele vârstnice beneficiare de servicii sociale cu cazare, decât de cele aflate în îngrijire la domiciliu (17,2% dintre vârstnicii aflați în cămine pentru persoane vârstnice, locuințe protejate sau centre respiro merg *des* și *foarte des*, comparativ cu 5,3% dintre vârstnicii aflați în îngrijire la domiciliu).

**Tabel 25.** Frecvența derulării unor activități în afara centrului rezidențial/locuinței (%)

| Tip serviciu                              | Foarte des | Des  | Rar  | Deloc | Nu e cazul | Nu răspund |
|-------------------------------------------|------------|------|------|-------|------------|------------|
| <b>Merg la cumpărături</b>                |            |      |      |       |            |            |
| Servicii cu cazare                        | 7,6        | 14,6 | 19,7 | 33,5  | 24,2       | 0,3        |
| Servicii fără cazare                      | 4,7        | 15,0 | 23,0 | 44,0  | 13,3       | -          |
| <b>Merg la biserică/casă de rugăciune</b> |            |      |      |       |            |            |
| Servicii cu cazare                        | 11,5       | 19,7 | 22,8 | 37,7  | 8,2        | -          |
| Servicii fără cazare                      | 8,7        | 10,7 | 23,3 | 49,3  | 7,7        | 0,3        |
| <b>Merg la plimbare</b>                   |            |      |      |       |            |            |
| Servicii cu cazare                        | 18,9       | 31,5 | 21,4 | 22,8  | 5,4        | -          |
| Servicii fără cazare                      | 4,7        | 18,3 | 24,0 | 45,7  | 7,3        | -          |
| <b>Merg la evenimente culturale</b>       |            |      |      |       |            |            |
| Servicii cu cazare                        | 3,7        | 13,5 | 25,1 | 38,6  | 19,2       | -          |
| Servicii fără cazare                      | 1,3        | 4,0  | 9,3  | 68,0  | 17,3       | -          |
| <b>Altă activitate</b>                    |            |      |      |       |            |            |
| Servicii cu cazare                        | 4,5        | 6,5  | 2,5  | 30,1  | 54,4       | 2,0        |
| Servicii fără cazare                      | 0,7        | 1,7  | 3,0  | 58,3  | 36,0       | 0,3        |

Sursa: Anchetă în rândul persoanelor vârstnice dependente, proiect PSCD 3676

Variabilele sex, vârstă și mediu de rezidență induc unele diferențe între respondenți din punct de vedere al gradului de mulțumire cu privire la activitățile derulate în afara centrului rezidențial/domiciliului.

Vârstnicii dependenți bărbați, într-o măsură mult mai mare comparativ cu femeile, preferă să meargă în plimbări (52,6% dintre bărbați merg *des* și *foarte des* la plimbare, comparativ cu 29,9% dintre femei).

Respondenții din mediul rural sunt într-o măsură mult mai mică interesați de mersul la cumpărături, comparativ cu respondenții din mediul urban, aspect explicabil printr-o mai mare implicare a primilor în activități de tipul grădinăritului sau activități agricole de subzistență, dar și prin veniturile sensibil mai reduse (14,4% dintre cei din mediul rural merg *des* și *foarte des*, comparativ cu 24,5% dintre respondenții din mediul urban).

Pe măsură ce avansează în vârstă, respondenții derulează mai puține activități în afara locuinței/centrului rezidențial: doar 10,9% dintre respondenții cu vârste de 85 de ani și peste mai merg la cumpărături *des* și

*foarte des*, comparativ cu 22,3% în cazul celor cu vârste cuprinse între 75-84 de ani sau 26,5% în cazul celor cu vârste sub 75 de ani. O treime (31,8%) dintre respondenții cu vârste cuprinse între 75-84 de ani merg *des* și *foarte des* la biserică/casă de rugăciune, comparativ cu doar 17,9% dintre cei cu vârste mai mari de 85 de ani. Datele culese arată că 45% dintre vârstnicii cu vârste cuprinse între 65-74 de ani merg *des* și *foarte des* la plimbare și doar 27,6% dintre cei cu vârste peste 85 de ani mai fac acest lucru *des* și *foarte des*.

#### **4. Gradul de mulțumire cu privire la accesul la spații de recreere în natură**

Cei mai mulți respondenți (83,5% dintre persoanele vârstnice dependente) sunt mulțumiți de accesul la spațiile disponibile în natură, doar 10,2% apreciind că nu există suficiente spații disponibile în aer liber unde să își poată petrece timpul. A existat însă un procent de 6,3% dintre vârstnicii dependenți beneficiari de servicii sociale care a ales să nu răspundă la această întrebare. La o privire generală asupra indicatorului putem afirma că există un grad foarte ridicat de mulțumire al respondenților din punct de vedere al accesului la spațiile de recreere în natură.

*Din punct de vedere al variabilei de eșantionare*, vârstnicii dependenți îngrijiți la domiciliu sau în centrele de zi de asistență și recuperare aveau înțeles că există suficiente spații unde își pot petrece timpul, comparativ cu respondenții care beneficiau de servicii sociale cu cazare (73,7% comparativ cu 91,8%). 15,3% dintre persoanele vârstnice beneficiare de servicii fără cazare aveau înțeles că nu există suficiente spații de recreere în natură în apropierea locuinței, comparativ cu 5,9% dintre respondenții beneficiari de servicii sociale cu cazare care împărtășeau o opinie similară. Restul respondenților nu au răspuns la această întrebare.

Variabilele sex, vârstă și mediu de rezidență nu induc diferențe mai mari de 10 pp între respondenți din punct de vedere al gradului de mulțumire cu privire la accesul la spațiile de recreere în natură.

### **2.3. Concluzii cu privire la calitatea vieții persoanelor vârstnice dependente în România**

*Cu privire la cercetarea cantitativă derulată*, obiectivele anchetei derulate în rândul persoanelor vârstnice au fost (1) investigarea beneficiarilor de servicii sociale cu cazare și fără cazare cu privire la factorii

determinanți ai calității vieții acestora, dar și (2) surprinderea altor aspecte care ar trebui studiate pe viitor, în relație cu populația vârstnică dependentă.

Datele au fost analizate și interpretate în cadrul dimensiunilor calității vieții persoanelor vârstnice dependente, așa cum au fost ele operaționalizate în cadrul modelului conceptual al calității vieții persoanelor vârstnice dependente, respectiv:

- A. BUNĂSTAREA EMOȚIONALĂ/STARE DE BINE
- B. VENITURI DISPONIBILE ȘI GESTIONAREA ACESTORA
- C. AUTONOMIE FUNCȚIONALĂ
- D. ALIMENTAȚIE ȘI NUTRIȚIE
- E. CONTROL, CALITATEA ÎNGRIJIRII
- F. PARTICIPARE SOCIALĂ ȘI IMPLICARE
- G. MEDIUL DE VIAȚĂ (LOCUINȚĂ ȘI COMUNITATE)

Din perspectiva *Bunăstării emoționale/stării de bine* datele culese indică faptul că, pentru persoanele vârstnice dependente, cea mai mare importanță o au *relațiile cu cei din jur*, majoritatea respondenților, 91,3%, considerând că acestea contribuie în mare și în foarte mare măsură la starea lor de bine. Urmează apoi, *mediul de viață* și *starea de sănătate* cu o influență crescută asupra stării de bine a vârstnicilor aflați în situația de dependență. Veniturile sunt considerate ca având cea mai redusă influență asupra stării de bine, 68,9% dintre respondenți considerând că venitul are influență asupra stării de bine. Ierarhia se menține și după tipul de serviciu social (cazare, fără cazare), dar pentru aspectele care țin de *influența mediului de viață*, a *stării de sănătate* și a *venitului disponibil* asupra stării de bine a vârstnicilor se constată diferențe între 10 și 15,5 pp între vârstnicii care beneficiază de servicii cu cazare și cei care beneficiază de servicii fără cazare, influența fiind mai crescută pentru vârstnicii din sistem rezidențial.

Peste jumătate dintre persoanele vârstnice dependente *nu experimentaseră stări depresive, anxioase în ultima lună* (55%) și tot peste jumătate dintre persoanele vârstnice dependente *nu experimentaseră dificultăți de concentrare/memorie în ultima lună* (58,6%). Evaluarea stării de sănătate generală arată că mai bine de jumătate dintre persoanele vârstnice dependente (65,3%) considerau că viața lor *nu este afectată foarte mult din cauza stării de sănătate pe care o au*. Datele culese arată că vârstnicii dependenți care beneficiau de servicii sociale la domiciliu și cei care apelau la servicii de zi de recuperare și reabilitare aveau o *probabilitate mai mare de a manifesta stări depresive/anxioase și de a manifesta dificultăți de concentrare/memorie* prin comparație cu vârstnicii dependenți aflați în servicii cu cazare (cămine pentru persoane vârstnice, locuințe

protejate, centre de tip respiro). În cazul vârstnicilor dependenți aflați în servicii cu cazare (cămine pentru persoane vârstnice, locuințe protejate, centre de tip respiro) a fost identificată o *probabilitate mai mare de a considera că viața lor nu este afectată foarte mult din cauza stării de sănătate* pe care o au, procentul celor care au declarat acest lucru fiind de 78,0% comparativ cu 50,0% procent înregistrat în cazul vârstnicilor dependenți aflați în îngrijire la domiciliu sau care apelau la servicii de zi de recuperare.

Peste jumătate dintre persoanele vârstnice dependente consideră că *viața lor are sens, cei din jur ajutându-i foarte mult* (56,8%). Cei mai optimiști cu privire la evaluarea vieții lor la momentul anchetei s-au declarat vârstnicii dependenți din serviciile cu cazare (cămine pentru persoane vârstnice, locuințe protejate, centre de tip respiro), 63,4% dintre aceștia declarând că viața lor are sens, cei din jur ajutându-i foarte mult, comparativ cu doar 49% procent înregistrat în cazul vârstnicilor dependenți din serviciile fără cazare (îngrijire la domiciliu și centre de zi de recuperare și reabilitare) pentru aceeași categorie de răspuns.

Din perspectiva *dimensiunii Venituri disponibile și gestionarea acestora*, pentru mai mult de jumătate dintre persoanele vârstnice acestea erau suficiente pentru *acoperirea costurilor cu medicamentele, întreținerea lunară, alimentație*. Din perspectiva tipului de servicii sociale de care beneficiau la data anchetei, respondenții care beneficiau de servicii sociale fără cazare întâmpinau într-o mai mare măsură dificultăți de acoperire a costurilor legate de alimentație, întreținerea lunară și medicația.

*Disponibilitatea veniturilor pentru acoperirea altor nevoi decât cele de bază* este redusă, iar *implicarea în gestionarea veniturilor* este mai ridicată în rândul respondenților care la data anchetei beneficiau de servicii sociale fără cazare. Aproximativ o treime dintre persoanele care beneficiază de servicii sociale cu cazare lasă gestionarea veniturilor, în totalitate, în seama altor persoane.

În ceea ce privește *dimensiunea Autonomie funcțională* a fost analizată capacitatea persoanei vârstnice de a derula o serie de activități uzuale, precum cele de bază și cele instrumentale ale vieții zilnice. Datele anchetei au evidențiat faptul că activitatea cea mai greu de realizat este *asigurarea igienei corporale*, urmată de *hrănire* și apoi de *îmbrăcare*.

Dintre activitățile instrumentale, activitatea pe care respondenții o realizează în proporția cea mai mare, ușor și foarte ușor, este *gestionarea bunurilor*, urmată de *prepararea hranei*, *realizarea menajului* și abia apoi de *efectuarea cumpărăturilor*. În cazul beneficiarilor serviciilor sociale cu

cazare toate cele trei activități de bază și toate cele patru activități instrumentale analizate se execută mai ușor comparativ cu situația beneficiarilor de servicii sociale fără cazare, explicația derivând din ajutorul pe care persoana vârstnică dependentă îl primește de la personalul centrului rezidențial. Indicatorul ce exprimă gradul de independență față de alte persoane este și el o măsură a stării de bine a persoanei participante la anchetă. Cei mai mulți respondenți declară că se pot descurca singuri în majoritatea situațiilor, aproximativ o treime afirmă că se descurcă doar uneori, în timp ce aproape un sfert din participanți au nevoie de ajutorul altor persoane în toate activitățile pe care le întreprind.

Dintre persoanele care la data anchetei beneficiau de servicii sociale cu cazare mai mult de jumătate consideră că se pot descurca singure în majoritatea situațiilor și mai puțin de o șesime dintre acestea spun că au nevoie de ajutorul altor persoane în tot ceea ce fac. Situația este diferită în cazul beneficiarilor de servicii sociale fără cazare, unde distribuția pe cele trei categorii de răspuns este foarte apropiată.

Ușurința cu care o persoană se poate deplasa este un alt indicator al calității vieții unei persoane vârstnice. Peste jumătate dintre respondenți se pot deplasa doar cu ajutorul altei persoane, folosindu-se de un dispozitiv sau nu se pot deplasa deloc, ceea ce le afectează calitatea vieții. Persoanele beneficiare de servicii cu cazare prezintă un grad de mobilitate mai ridicat comparativ cu beneficiarii de servicii fără cazare.

În ceea ce privește nivelul de vitalitate al persoanelor participante la anchetă doar o treime dintre acestea afirmă că sunt întotdeauna sau în mod obișnuit pline de energie. Aproape jumătate dintre vârstnicii instituționalizați se percep ca fiind întotdeauna sau în mod obișnuit plini de energie, în timp ce numai un sfert din respondenții care primesc servicii fără cazare au această percepție.

În cadrul *dimensiunii Alimentație și nutriție* au fost analizate frecvența accesului la o alimentație corespunzătoare și dificultatea asigurării hranei din punct de vedere cantitativ și nutrițional. Datele obținute prin anchetă relevă faptul că peste patru cincimi dintre respondenți consideră că au întotdeauna acces la o cantitate suficientă de alimente și numai trei sferturi dintre aceștia afirmă că valoarea nutritivă a alimentației de care dispun este întotdeauna corespunzătoare. Beneficiarii de servicii sociale fără cazare sunt într-o măsură mai mare afectați de lipsa accesului la o alimentație corespunzătoare, atât din punct de vedere cantitativ cât și calitativ. În plus, aceștia au declarat într-o mai mare măsură că le este dificil sau foarte dificil să își asigure singuri hrana în absența serviciului.

Astfel, *din perspectiva dimensiunii Control și calitatea îngrijirii*, cu privire la deciziile de viață zilnică, activitățile asupra cărora vârstnicii au cel mai ridicat nivel de control sunt alegerea vestimentației și activitățile de petrecere a timpului liber. Vârstnicii din centrele cu cazare au o libertate mai redusă asupra organizării spațiului de locuit și a alegerii hranei decât vârstnicii din centrele fără cazare, aspect explicabil prin restricțiile pe care traiul în comun le impune și prin strictețea regimului alimentar în centrele de îngrijire cu cazare.

*Nivelul de apreciere generală a calității îngrijirii* este unul foarte ridicat, vârstnicii din centrele de îngrijire cu cazare fiind mai încrezători că serviciile sociale pe care le primesc sunt adecvate stării lor de sănătate comparativ cu cei din centrele de îngrijire fără cazare. Situația este similară și în cazul *aprecierii vitezei de reacție a personalului*, vârstnicii fiind convinși că personalul reacționează prompt la solicitările lor, această convingere fiind mai frecventă în cazul beneficiarilor centrelor de îngrijire cu cazare. În privința *sentimentului de siguranță pe durata îngrijirii*, vârstnicii consideră că sunt bine îngrijiți și se simt în siguranță.

Din perspectiva *schimbărilor produse în viața beneficiarilor ca urmare a accesării serviciilor*, peste 85% dintre vârstnici afirmă că viața lor s-a schimbat mult și foarte mult, proporția celor care resimt schimbarea fiind mai mare printre vârstnicii din centrele cu cazare decât printre vârstnicii din centrele fără cazare.

*Din perspectiva dimensiunii Participare socială și implicare*, cu privire la gradul de izolare socială, puțin peste jumătate dintre vârstnicii intervievați resimt că au suficiente persoane în jurul lor, persoanele din centrele de îngrijire cu cazare fiind într-o proporție mai mare decât vârstnicii din centrele fără cazare înconjurați de suficiente persoane cu care pot relaționa sau socializa.

*Satisfacția față de suportul primit* este mai frecventă cu privire la sprijinul primit din partea rudelor, urmat de cel primit din partea prietenilor și apoi de cel primit din partea cunoștințelor. Vârstnicii îngrijiți în centre fără cazare sau la domiciliu sunt mai mulțumiți de suportul din partea familiei, comparativ cu vârstnicii îngrijiți în centrele de zi. Cele mai *frecvente vizite* sunt primite de către vârstnici din partea rudelor, urmate de prieteni și cunoștințe, vârstnicii îngrijiți la domiciliu sau în centrele fără cazare primind mai frecvent vizite de la membrii familiei decât vârstnicii din centrele cu cazare.

De asemenea, *mulțumirea cu privire la relațiile sociale* stabilite cu membrii familiei este mai frecventă decât în cazul relațiilor cu prietenii și cunoștințele, iar vârstnicii din centrele fără cazare sau îngrijiți la domiciliu

consideră că sunt mulțumiți de relația cu familia mai des decât vârstnicii din centrele de îngrijire cu cazare. Frecvența mai ridicată a vizitelor din partea rudelor, precum și satisfacția mai ridicată în relație cu familia întâlnite la persoanele îngrijite la domiciliu și în centrele de zi comparativ cu persoanele din centrele cu cazare se poate explica prin aceea că vârstnicii din prima categorie sunt deseori îngrijiți de rude, ceea ce se transpune în legături sociale puternice și percepute pozitiv de către vârstnic.

Din perspectiva *dimensiunii Mediu de viață (locuință și comunitate)*, cei mai mulți din respondenți sunt foarte mulțumiți de condițiile de locuit, respondenții care beneficiau la data anchetei de servicii sociale fără cazare, într-o mai mică măsură, comparativ cu cei din serviciile sociale cu cazare. Doar o mică parte dintre respondenți derulează activități cu ușurință, fără sprijin din partea altor persoane, în afara centrului rezidențial/locuinței. Cel mai adesea, aceste activități implică mersul la biserică/casă de rugăciune, mersul la plimbare, cumpărături. Există de asemenea, un grad foarte ridicat de mulțumire al respondenților din punct de vedere al accesului la spațiile de recreere în natură.

## CAPITOLUL 3

### MĂSURI DESTINATE ÎMBUNĂTĂȚIRII CALITĂȚII VIEȚII PERSOANELOR VÂRSTNICE DEPENDENTE

În cadrul acestui capitol sunt sintetizate punctele de vedere exprimate de experți din domeniul serviciilor sociale publice și private, reprezentanți ai organizațiilor care reprezintă interesele persoanelor vârstnice, alți experți în domeniul calității vieții și incluziunii sociale a persoanelor vârstnice dependente, cu privire la măsurile de politică publică care pot fi dispuse în vederea promovării participării sociale active și demne a persoanelor vârstnice în societate și a incluziunii lor sociale, dar și obținerii unui grad mai ridicat de independență și a unei siguranțe mai mari pentru persoanele care au nevoi de îngrijire de lungă durată.

#### *Policy Delphi ca metodă de generare de opinii în rândul experților*

Metoda utilizată pentru generarea de propuneri de măsuri de politică publică privind persoanele vârstnice dependente este metoda Policy Delphi. Aceasta este o metodă care utilizează etape iterative de colectare a datelor pentru a evidenția pozițiile unor persoane dintr-un panel cu privire la o problemă studiată, având cunoștințe relevante despre aceasta (de Loë et al., 2015). Metoda Policy Delphi este o variantă a metodei Delphi care a fost inițial concepută ca un instrument de prognoză în știință și tehnologie în anii '50. Tehnica Delphi a devenit ulterior o metodologie populară de cercetare în domenii diverse legate de politici publice aplicate în economie, sănătate, educație, protecție socială, dar și în analize ale mediului de afaceri (Manley, 2013).

În alegerea metodei Policy Delphi pentru generarea de propuneri de măsuri de politică publică destinate îmbunătățirii calității vieții persoanelor vârstnice dependente, autorii acestui volum au avut în vedere următoarele aspecte:

- În primul rând, aplicarea metodei se recomandă în abordarea problemelor de politică publică și găsirii unor soluții cu privire la acestea.
- Deoarece în cadrul metodei consensul nu este obiectivul principal, ci exprimarea unor opinii din unghiuri de vedere cât mai diferite despre o

anumită problemă sau politică, se recomandă ca din grup să facă parte persoane cu expertize cât mai diverse.

- Aplicarea metodei se face cu respectarea condiției de anonimitate, astfel că fiecare participant își exprimă opiniile sau și le schimbă, nefiind influențat de opiniile celorlalți membri ai panelului de experți selectat.
- Există de regulă mai multe runde de consultare (minim două) pe parcursul cărora participanții își pot reconsidera opiniile exprimate inițial sau pot oferi argumente pentru alegerile lor.
- Consensul dintre participanți cu privire la subiectul discutat deși nu este obligatoriu, rezultă de regulă din derularea sesiunilor de grup când participanții au ocazia să își revizuiască punctele de vedere formulate pe baza argumentelor celorlalți experți.

### ***Aspecte metodologice***

Aplicarea metodei în cadrul proiectului a avut drept **obiectiv** definirea unor propuneri de măsuri de politică publică destinate îmbunătățirii calității vieții persoanelor vârstnice dependente în vederea:

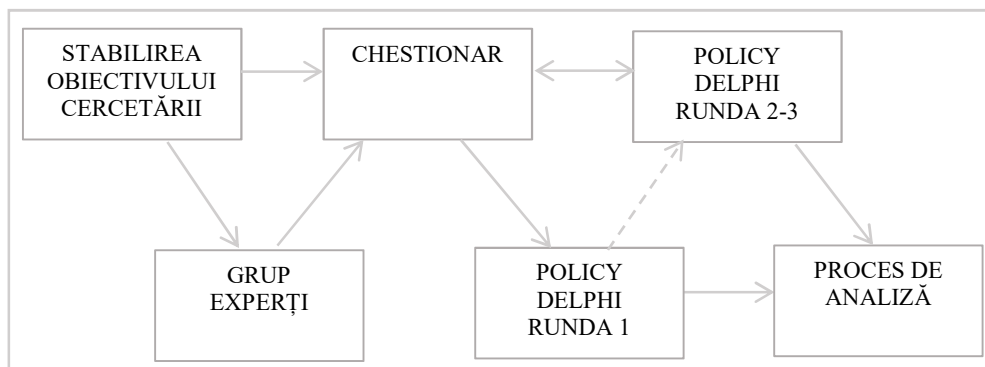
1. promovării participării sociale active și demne a persoanelor vârstnice în societate și a incluziunii lor sociale;
2. obținerii unui grad mai ridicat de independență și unei siguranțe mai mari pentru persoanele care au nevoi de îngrijire de lungă durată.

Generarea măsurilor prin metoda Policy Delphi a fost realizată în jurul celor două obiective anterior menționate și a grupării persoanelor vârstnice beneficiare de servicii sociale după locul unde acestea sunt oferite, cele **două categorii de beneficiari de servicii sociale** fiind:

- *beneficiari de servicii cu cazare* (pentru serviciile sociale oferite în cadrul căminelor pentru persoane vârstnice, locuințelor protejate, centrelor de tip respiro/centre de criză);
- *beneficiari de servicii fără cazare* (pentru serviciile sociale oferite în cadrul unităților de îngrijire la domiciliu sau în centrele de zi de asistență și recuperare).

Aplicarea metodei Policy Delphi pentru generarea de măsuri de politică publică și pentru obținerea consensului între experți cu privire la măsurile formulate presupune parcurgerea pașilor metodologici prezentați în Figura 12.

**Figura 12.** Metoda Policy Delphi – proces de generare măsuri de politică publică



*Sursa: dezvoltat de autori, proiect PSCD 3676*

### ***Identificarea, contactarea și recrutarea experților***

Metodologia Policy Delphi prezintă o caracteristică specifică și anume aceea că prin expertiza participanților se urmărește surprinderea în propunerile formulate a cât mai multor aspecte pe care schimbările de politică publică le pot genera, precum și a tuturor categoriilor de persoane care pot fi direct sau indirect influențate de implementarea tuturor acestor schimbări de politică publică.

Experții din cadrul exercițiului metodologic ale cărui rezultate le prezentăm în cadrul acestui capitol, au fost recrutați din rândul următoarelor categorii:

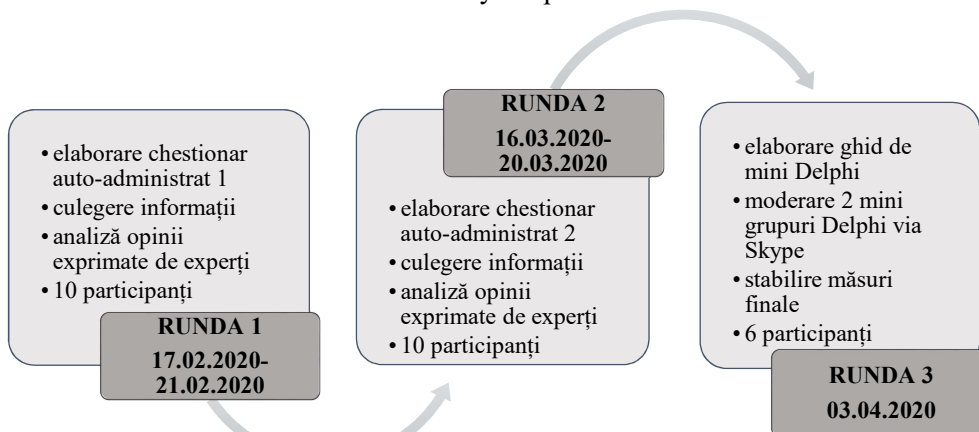
- experți în domeniul calității vieții persoanelor vârstnice;
- reprezentanți ai furnizorilor de servicii sociale cu cazare și fără cazare, publice și private destinate persoanelor vârstnice;
- reprezentanți ai organizațiilor ce sprijină interesele persoanelor vârstnice.

Criteriile de selecție ale experților au avut în vedere expertiza în domeniul incluziunii sociale și calității vieții persoanelor vârstnice, precum și expertiza în domeniul furnizării de servicii sociale cu cazare sau fără cazare destinate persoanelor vârstnice. Contactarea experților s-a făcut telefonic și pe e-mail, fiind trimise invitații de participare. Consimțământul experților de participare a fost înregistrat individual, iar pe parcursul rundelor on-line s-a respectat condiția de anonimitate cerută de aplicarea metodologiei, precum și condiția referitoare la numărul minim de participanți pentru derularea sesiunilor de mini Delphi. Numărul total al participanților în cele 3 runde Policy Delphi a fost de 11 experți.

### **Perioada de derulare**

Procesul de consultare și generare de măsuri s-a derulat în perioada 17.02.2020 - 03.04.2020, prin parcurgerea a 3 runde, din care o sesiune de mini Delphi-uri (discuții online) cu două grupuri de experți:

**Figura 13.** Conținutul și succesiunea rundelor de implementare a metodologiei Policy Delphi



*Sursa: dezvoltat de autori, proiect PSCD 3676*

Organizațiile care au participat la exercițiul Policy Delphi sunt: Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice, Asociația Habilitas – Centru de Resurse și Formare Profesională, Căminul pentru persoane vârstnice al Municipiului București „Academician Nicolae Cajal”, Direcția Generală de Asistență Socială a Municipiului București (Centrul rezidențial „Sfânta Teodora” al Municipiului București), Institutul de Cercetare a Calității Vieții al Academiei Române, Fundația Regală Margareta a României, Fundația Crucea Alb-Galbenă din România, Complexul multifuncțional Caraiman (Centru de recuperare medicală și Centrul de zi Alzheimer), Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Sector 2, Fundația GERON, Federația comunităților evreiești din România - Cultul mozaic/Centrul care acordă servicii de îngrijire și asistență la domiciliu Yad Be Yad București.

### **Rezultate Runda 1**

În cadrul primei runde Delphi experții au fost consultați cu privire la următoarele aspecte considerate importante pentru facilitarea procesului de

formulare a unor măsuri de politică publică destinate persoanelor vârstnice dependente:

- Influența domeniilor componente ale modelului conceptual al calității vieții persoanelor vârstnice dependente asupra calității vieții persoanelor vârstnice beneficiare de servicii în cadrul centrelor cu cazare și centrelor fără cazare;
- Identificarea domeniilor calității vieții persoanelor vârstnice dependente pentru care sunt necesare măsuri în următorii ani;
- Prezentarea a 3 măsuri considerate necesar a fi implementate în următorii 3-5 ani în vederea promovării participării sociale active și demne a persoanelor vârstnice dependente în societate și a incluziunii lor sociale (pentru servicii cu cazare și servicii fără cazare);
- Prezentarea a 3 măsuri considerate necesar a fi implementate în următorii 3-5 ani în vederea obținerii unui grad mai ridicat de independență și a unei siguranțe mai mari pentru persoanele vârstnice dependente (pentru servicii cu cazare și servicii fără cazare).

Cu privire la influența domeniilor componente ale modelului conceptual asupra calității vieții persoanelor vârstnice dependente, opiniile specialiștilor au permis conturarea următoarei ierarhii pentru cele mai importante 3 domenii: cel mai important a fost apreciat ca fiind domeniul *Autonomia funcțională*, urmat de *Bunăstarea emoțională/starea de bine* și *Control și calitatea îngrijirii*.

Primele trei domenii cele mai importante au fost urmate de *Participare socială și implicare*, *Alimentație și nutriție*, *Venituri disponibile și gestionarea acestora* și *Mediu de viață (locuință și comunitate)*.

Experții au apreciat că toate domeniile modelului conceptual necesită adoptarea unor măsuri care să conducă la îmbunătățiri în următorii ani, indiferent că este vorba despre beneficiari de servicii sociale cu cazare sau fără cazare.

În urma aplicării chestionarului din Runda 1 au rezultat următoarele propuneri de măsuri, grupate pe cele două arii tematice și categorii de beneficiari:

## 1. MĂSURI DESTINATE PROMOVĂRII PARTICIPĂRII SOCIALE ACTIVE ȘI DEMNE A PERSOANELOR VÂRSTNICE ÎN SOCIETATE ȘI A INCLUZIUNII LOR SOCIALE

### A. Beneficiari de servicii sociale cu cazare

Propunerile de măsuri au fost grupate de autori în trei categorii, astfel:

- a) *măsuri care vizează diversificarea activităților în care sunt implicate persoanele vârstnice*, respectiv: dezvoltarea acțiunilor de voluntariat prin organizarea unor activități recreativ-educative intergeneraționale - punți între generațiile tinere (elevi, copii instituționalizați) și vârstnici instituționalizați; crearea unor mecanisme prin care să fie încurajată implicarea persoanei vârstnice în procesul decizional din cadrul serviciilor sociale de care beneficiază, în vederea creșterii participării active la identificarea soluțiilor la diferite probleme din cadrul instituției și valorificarea competențelor dobândite în viața activă; dezvoltarea de programe de terapie ocupațională care să valorifice nivelul de autonomie al fiecărei persoane vârstnice; dezvoltarea de programe comunitare care să încurajeze participarea socială a vârstnicilor: excursii/vacanțe, programe de creare/îmbunătățire a competențelor digitale, de încurajare a hobby-urilor (croșetat, tricotat, grădinărit etc.); organizarea de sesiuni de consiliere individuale și de grup (beneficiari/beneficiari și aparținători) în vederea reintegrării beneficiarilor în familie, prin consiliere psihologică și medierea menținerii relației cu familia;
- b) *măsuri care vizează resursele umane implicate în furnizarea serviciilor destinate persoanelor vârstnice*, respectiv: adaptarea numărului de specialiști din domeniul psiho-social care lucrează în servicii cu cazare la nevoile persoanelor vârstnice; derularea de programe de formare/perfecționare profesională a personalului din centrele rezidențiale pe modelul de îngrijire centrat pe persoană;
- c) *măsuri care privesc sprijinul financiar acordat persoanelor vârstnice și furnizorilor de servicii sociale*, respectiv: asigurarea mijloacelor financiare și a echipamentelor necesare unui mod de viață decent și independent; asigurarea finanțării/subvențiilor necesare asigurării accesului la servicii sociale de calitate; dezvoltarea unor programe de prevenție a dependenței cauzate de diferite tipuri de afecțiuni; susținerea financiară a serviciilor cu cazare destinate persoanelor vârstnice, astfel încât să fie posibilă adaptarea serviciilor oferite de instituții la nevoile persoanelor vârstnice, pentru menținerea autonomiei.

## **B. Beneficiari de servicii sociale fără cazare**

Propunerile de măsuri legislative cu privire la beneficiarii de servicii sociale fără cazare au fost grupate de autori în cinci categorii:

- a) *măsuri care privesc diversificarea serviciilor sociale destinate persoanelor vârstnice aflate în îngrijire la domiciliu*, prin: dezvoltarea de servicii sociale și socio-medicale la nivel comunitar în baza unui

proces de evaluare locală a nevoilor; sprijin pentru o viață independentă la domiciliu, în următoarele domenii: tehnic (cooperare între furnizorii de îngrijiri la domiciliu și specialiști în domeniul noilor tehnologii), adaptare preventivă a mediului de viață, servicii mobile (asistență medicală, achiziții mobile, livrare de mâncare); dezvoltarea infrastructurii cabinetelor medicilor geriatri și de familie în vederea gestionării eficiente a degradării funcțiilor cognitive ale persoanelor vârstnice; debirocratizarea/simplificarea accesării sistemelor de sănătate și de servicii sociale; dezvoltarea sistemului de îngrijire la domiciliu în mediul rural; diversificarea activităților prestate de către îngrijitorii la domiciliu (nu doar activități de bază de tip menaj, cumpărături, gătit, ci și activități de socializare sau activități de recreere); dezvoltarea rețelilor de bunici ai comunității prin implicarea persoanelor vârstnice în îngrijirea copiilor; dezvoltarea de programe de terapie ocupațională; sisteme de transport care să contribuie la reducerea izolării persoanelor vârstnice și întărirea legăturilor intergeneraționale;

- b) *măsuri care privesc încurajarea participării vârstnicilor la activitățile din comunitate*, prin: îmbunătățirea competențelor digitale, de încurajare a activităților preferate, cu finanțare de la bugetul de stat sau prin programe europene, dar implementate la nivel local; dezvoltarea și adaptarea de programe specializate de sprijinire a transportului care să permită deplasarea în localități și în afara acestora; implicarea persoanei vârstnice în identificarea soluțiilor la problemele administrative apărute și/sau a altor aspecte care o privesc direct referitoare la organizarea unor activități de socializare și petrecere a timpului liber, de consiliere individuală (psihologică, juridică, socială, administrativă), de adaptare a locuinței sau mediului de viață pentru creșterea gradului de autonomie, de participare activă la activitățile din comunitate (cumpărături, exercitarea dreptului la vot, participarea la servicii religioase etc.), modul de percepție a propriei stări de sănătate, gradul de satisfacție cu privire la serviciile de sănătate primite, gradul de satisfacție referitor la condițiile de locuit etc.; creșterea gradului de participare la viața socială la nivelul comunității prin colaborare cu organizații non-guvernamentale, relații constante de prietenie, bună-vecinătate, cooperare;
- c) *măsuri care privesc schimbarea percepției cu privire la îmbătrânire, la dependență*: campanii de informare și instruire cu privire la prevenirea excluziunii sociale generate de pierderea totală sau parțială a autonomiei; campanii de informare și instruire cu privire la un stil de viață sănătos, activ, prin activarea unor canale de comunicare cât mai variate; promovarea și susținerea dialogului și cooperării

- intergeneraționale (atragera voluntarilor din rândul tinerilor și al persoanelor vârstnice cu grad scăzut de dependență);
- d) *măsuri care privesc dezvoltarea rețelei de servicii disponibile:* dezvoltarea sistemului de îngrijire la domiciliu în mediul rural, în baza unui parteneriat public-privat; simplificarea procedurilor de accesare a serviciilor din sistemul de asistență socială, prin reducerea nivelului de birocrație;
  - e) *măsuri care privesc resursele umane disponibile:* formare inițială și continuă a forței de muncă.

## 2. MĂSURI DESTINATE OBTINERII UNUI GRAD DE INDEPENDENȚĂ MAI RIDICAT ȘI A UNEI SIGURANȚE MAI MARI PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE DEPENDENTE

În baza analizei răspunsurilor primite la primul chestionar auto-administrat a fost identificată următoarea tipologie de măsuri:

### A. Beneficiari de servicii sociale cu cazare

- a) *măsuri care vizează pregătirea și suportul oferit îngrijitorilor formali și informal:* training pentru personalul de îngrijire în vederea creșterii gradului de conștientizare și combatere a discriminării persoanelor vârstnice; sprijinirea financiară și prin alte mijloace a îngrijitorilor informal;
- b) *măsuri care contribuie la dezvoltarea unei rețele - suport social pentru persoanele vârstnice:* dezvoltarea de programe care să conecteze vârstnicii la “mediul ambiental” (activități derulate împreună cu copiii din grădinițe/școli, activități în aer liber etc); activități care să reducă și să prevină izolarea în rândul persoanelor vârstnice;
- c) *măsuri care protejează sănătatea optimă și capacitatea funcțională a persoanelor în vârstă:* participarea și stimularea participării la activitățile intelectuale; extinderea gamei de servicii prin acordarea de servicii de abilitare și reabilitare (terapie ocupațională, logopedie); participarea la activități fizice, acolo unde este posibil; diagnosticarea și tratamentul timpuriu al bolilor cronice, furnizarea de dispozitive asistive pentru reducerea și facilitarea deplasării, adaptarea clădirilor la nevoilor vârstnicilor (rampe, lifturi, balustrade, grupuri sanitare); informare cu privire la prevenirea anumitor boli în rândul persoanelor vârstnice;
- d) *măsuri care țin de creșterea gradului de conștientizare și evitare a situațiilor de abuz:* dezvoltarea unor proceduri clare cu privire la

definiția abuzului, cazurile de abuz, mod de sesizare, mod de acțiune, obligația de notificare a abuzului; informarea și conștientizarea vârstnicilor asupra riscului de a deveni victime ale infracțiunilor, îmbunătățirea abilităților de comunicare ale polițiștilor care interacționează cu persoanele vârstnice; implementarea unui sistem de management al riscului în cadrul instituțiilor cu cazare destinate persoanelor vârstnice;

- e) *măsuri care țin de forța de muncă disponibilă în cadrul sistemului de îngrijire de lungă durată*: creșterea numărului medicilor geriatri în sistemul serviciilor medicale și socio-medicale, a personalului specializat în îngrijirea persoanelor cu demențe (indiferent de etiologie), a personalului specializat în îngrijiri paliative, precum și creșterea numărului general de îngrijitori la domiciliu, calificați pentru servicii sociale și medicale adresate vârstnicilor; dezvoltarea rețelei de ergoterapeuți (terapeuți ocupaționali) la nivel național.

## **B. Beneficiari de servicii sociale fără cazare**

Pentru această categorie de beneficiari au rezultat măsuri grupate de autori în patru categorii:

- a) *măsuri care țin de folosirea tehnologiilor informaționale în serviciile de îngrijire*: o platformă de E-health conectată la mijloace de comunicare (telefon, tabletă, altele) care poate alerta serviciile specializate în cazul unei urgențe;
- b) *măsuri care țin de adaptarea mediului de locuit*: serviciile de adaptare și/sau amenajare a locuinței și a mediului, pentru persoana vârstnică, să fie finanțate/subvenționate de la bugetul de stat/local, inclusiv serviciile de abilitare și reabilitare; subvenționarea tehnologiilor și dispozitivelor asistive destinate accesibilizării locuinței persoanei vârstnice și a mediului înconjurător;
- c) *măsuri care vizează promovarea îmbătrânirii sănătoase*: implementarea unor programe naționale de prevenție pentru persoanele vârstnice pe diverse teme de interes (prevenirea căderilor, prevenția bolilor specifice vârstei a treia etc.); dezvoltarea sistemului de îngrijire de lungă durată; implicarea medicilor de familie în programe de prevenție;
- d) *măsuri care protejează sănătatea optimă și capacitatea funcțională a persoanelor în vârstă*: participarea și stimularea participării la activitățile intelectuale; subvenționarea dispozitivelor asistive pentru reducerea dependenței și facilitarea deplasării; informarea cu privire la prevenirea anumitor boli în rândul persoanelor vârstnice; dotarea tuturor mijloacelor de transport în comun cu rampe speciale pentru a facilita

deplasarea persoanelor vârstnice; dezvoltarea la nivelul UAT-urilor a unei linii telefonice de ajutor în caz de urgențe pentru furnizarea de servicii de consiliere și îndrumare a vârstnicilor dependenți din comunitate; subvenționarea prin scheme suport a serviciilor de abilitare și reabilitare (terapie ocupațională, logopedie);

- e) *măsurile care privesc resursele umane disponibile și formarea lor:* formare inițială și continuă a forței de muncă (îngrijitori la domiciliu, personal implicat în elaborarea și implementarea planurilor individuale de îngrijire); scheme de finanțare, sprijin destinate îngrijitorilor formali sau informal; formarea îngrijitorilor la domiciliu pentru evitarea abuzului asupra persoanelor vârstnice îngrijite.

## **Rezultate Runda 2**

Pornind de la măsurile propuse de experți în prima rundă au fost definite 24 de măsuri care au fost supuse consensului în cea de a doua rundă. Pentru fiecare dintre măsurile propuse, experții s-au pronunțat cu privire la:

- *Necesitatea implementării măsurii;*
- *Probabilitatea implementării măsurii în următorii 3-5 ani;*
- *Impactul măsurii asupra calității vieții beneficiarilor.*

Pentru fiecare criteriu de apreciere a fost stabilită o scală de apreciere cu 3 variante de răspuns: *scăzută, medie, ridicată*. Măsurile pentru care s-a solicitat opinia experților în runda a doua sunt prezentate în cele ce urmează.

## **1. MĂSURI CU ROL ÎN PROMOVAREA PARTICIPĂRII SOCIALE ACTIVE ȘI DEMNE A PERSOANELOR VÂRSTNICE DEPENDENTE ÎN SOCIETATE ȘI A INCLUZIUNII LOR SOCIALE**

### **A. Beneficiari de servicii cu cazare**

- Măsura 1. Implementarea de programe de terapie ocupațională care să valorifice nivelul de autonomie al fiecărei persoane vârstnice dependente;
- Măsura 2. Dezvoltarea de programe la nivel comunitar în parteneriat cu autoritățile publice locale și alte categorii de părți interesate (familie, organizații, furnizori, agenți economici etc.) care să încurajeze participarea socială a vârstnicilor la viața comunității;
- Măsura 3. Implementarea pe scară largă la nivelul centrelor a sesiunilor de consiliere individuală și de grup (beneficiari/beneficiari și

apartinători) în vederea reintegrării persoanelor vârstnice în familie, prin consiliere psihologică, medierea menținerii relației cu familia etc.;

- Măsura 4. Creșterea numărului de specialiști din domeniul psiho-social care lucrează în servicii cu cazare destinate persoanelor vârstnice;
- Măsura 5. Programe de formare/perfecționare profesională a personalului din centrele rezidențiale pe modelul de îngrijire centrat pe persoană;
- Măsura 6. Dezvoltarea unor programe de prevenție a dependenței cauzate de diferite tipuri de afecțiuni.

#### **B. Beneficiari de servicii sociale fără cazare**

- Măsura 1. Dezvoltarea infrastructurii cabinetelor medicilor geriatri și de familie cu rol important în ameliorarea degradării funcțiilor cognitive ale persoanelor vârstnice;
- Măsura 2. Diversificarea serviciilor oferite de către îngrijitorii la domiciliu (nu doar activități de bază de tip menaj, cumpărături, gătit, ci și activități de socializare sau activități de recreere);
- Măsura 3. Dezvoltarea de linii locale de transport destinate persoanelor vârstnice dependente care să permită deplasarea în localități și în afara acestora;
- Măsura 4. Campanii de informare și instruire cu privire la prevenirea excluziunii sociale generate de pierderea totală sau parțială a autonomiei;
- Măsura 5. Dezvoltarea sistemului de îngrijire la domiciliu în mediul rural, în baza unui parteneriat public-privat;
- Măsura 6. Dezvoltarea rețelei de ergoterapeuți (terapeuți ocupaționali) la nivel național.

## **2. MĂSURI DESTINATE OBTINERII UNUI GRAD DE INDEPENDENȚĂ MAI RIDICAT ȘI A UNEI SIGURANȚE MAI MARI PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE DEPENDENTE**

#### **A. Beneficiari de servicii cu cazare**

- Măsura 1. Dezvoltarea de programe de formare pentru personalul de îngrijire în vederea conștientizării și combaterii percepției negative cu privire la îmbătrânire;
- Măsura 2. Extinderea gamei de servicii decontate prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate - serviciile de reabilitare (terapie ocupațională, logopedie);

- Măsura 3. Scheme suport de finanțare pentru dispozitive asistive necesare facilitării deplasării persoanelor vârstnice și pentru adaptarea clădirilor de locuit la nevoile persoanelor vârstnice (rampe, lifturi, balustrade, grupurile sanitare);
- Măsura 4. Implementarea unui sistem de management al riscului în cadrul instituțiilor cu cazare destinate persoanelor vârstnice;
- Măsura 5. Dezvoltarea unor proceduri unitare clare cu privire la definiția abuzului, cazurile de abuz, modul de sesizare, modul de acțiune, obligația de notificare a abuzului;
- Măsura 6. Creșterea numărului medicilor geriatri în sistemul serviciilor medicale și socio-medicale, a personalului specializat în îngrijirea persoanelor cu demențe (indiferent de etiologie), a personalului specializat în îngrijiri paliative.

#### **B. Beneficiari de servicii fără cazare**

- Măsura 1. Dezvoltarea unei platforme de E-health care poate alerta serviciile specializate în cazul unei urgențe;
- Măsura 2. Finanțarea prin scheme suport a tehnologiilor și dispozitivelor asistive pentru persoanele vârstnice, destinate accesibilizării locuinței și mediului de locuit;
- Măsura 3. Implementarea unor programe naționale de prevenție pentru persoanele vârstnice pe diverse topic-uri de interes (prevenirea căderilor, prevenția bolilor specifice vârstei a treia etc.);
- Măsura 4. Dezvoltarea la nivelul UAT-urilor de linii telefonice de ajutor în caz de urgențe pentru furnizarea de servicii de consiliere și îndrumare a vârstnicilor dependenți din comunitate;
- Măsura 5. Subvenționarea prin scheme suport a serviciilor de reabilitare (terapie ocupațională, logopedie, kinetoterapie);
- Măsura 6. Servicii suport și scheme de finanțare destinate îngrijitorilor formali sau informal.

#### ***Rezultate Runda 3***

Din cele 24 de măsuri au fost testate în cele două mini grupuri Delphi doar acele măsuri pentru care nivelul de apreciere *mediu* și *ridicat* a întrunit cel puțin 90% dintre răspunsurile formulate de experți. Aspectele testate în cea de a treia rundă au vizat:

- *Obținerea consensului pe propunerile de măsuri;*

- *Identificarea factorilor care pot influența (pozitiv și negativ) adoptarea și implementarea măsurilor;*
- *Identificarea mecanismelor (instituții, proceduri, legi etc.) necesare care să faciliteze implementarea.*

Au fost reținute un număr de 16 măsuri care au fost testate, respectiv 9 măsuri destinate a contribui la promovarea unei participări sociale active și demne a persoanelor vârstnice dependente în societate și a incluziunii lor sociale (6 măsuri destinate beneficiarilor de servicii cu cazare și 3 măsuri destinate beneficiarilor de servicii fără cazare) și 7 măsuri destinate obținerii unui grad de independență mai ridicat și a unei siguranțe mai mari pentru persoanele vârstnice dependente (4 măsuri destinate beneficiarilor de servicii cu cazare și 3 măsuri destinate beneficiarilor de servicii fără cazare).

### ***Concluzii cu privire la măsurile de politică publică generate***

**În urma aplicării metodei Policy Delphi au rezultat următoarele măsuri**, prezentate în cele ce urmează împreună cu principalii factori care pot influența pozitiv implementarea lor, cu factorii care pot frâna punerea lor în aplicare, inclusiv cu modalitățile de contracarare a factorilor negativi.

## **1. MĂSURI CU ROL ÎN PROMOVAREA PARTICIPĂRII SOCIALE ACTIVE ȘI DEMNE A PERSOANELOR VÂRSTNICE DEPENDENTE ÎN SOCIETATE ȘI A INCLUZIUNII LOR SOCIALE**

### **A. Beneficiari de servicii cu cazare**

Măsura 1. Implementarea de programe de terapie ocupațională care să valorifice nivelul de autonomie al fiecărei persoane vârstnice dependente

Măsura 2. Dezvoltarea de programe la nivel comunitar în parteneriat cu autoritățile publice locale și alte categorii de părți interesate (familie, organizații, furnizori, agenți economici etc.) care să încurajeze participarea socială a vârstnicilor la viața comunității

Măsura 3. Implementarea pe scară largă la nivelul centrelor a sesiunilor de consiliere individuală și de grup (beneficiari/beneficiari și aparținători) în vederea reintegrării persoanelor vârstnice în familie, prin consiliere psihologică, medierea menținerii relației cu familia etc.

Măsura 4. Creșterea numărului de specialiști din domeniul psiho-social care lucrează în servicii cu cazare destinate persoanelor vârstnice

Măsura 5. Programe de formare/perfecționare profesională a personalului din centrele rezidențiale pe modelul de îngrijire centrat pe persoană

Măsura 6. Dezvoltarea unor programe de prevenție a dependenței cauzate de diferite tipuri de afecțiuni

**Principalii factori care pot influența pozitiv** implementarea măsurilor destinate beneficiarilor de servicii sociale cu cazare depind în principal de o schimbare de paradigmă a construcției sistemului național de servicii sociale destinate persoanelor vârstnice, dar și de calitatea vieții, fiind necesară trecerea treptată de la serviciile sociale care satisfac nevoi de bază către servicii sociale care acoperă nevoi superioare (de exemplu: nevoia de participare socială, de bunăstare emoțională, creșterea calității vieții). O astfel de schimbare implică existența echipelor multidisciplinare la nivelul majorității furnizorilor de servicii cu cazare, dar și obligativitatea alocării de sume pentru formarea personalului, prin bugetele furnizorilor.

Investiția continuă în forța de muncă actuală și viitoare, găsirea unor modalități inovative de atragere și menținere (mai mult decât o motivare financiară, mai ales o motivare non-financiară, prin integrare în colectiv, perspective de dezvoltare profesională etc.) a forței de muncă tinere și specializate reprezintă un factor important care poate favoriza aplicarea măsurilor propuse.

Implementarea programelor de prevenție și a celor de terapie ocupațională nu se pot realiza în lipsa personalului specializat (asistenți sociali, asistenți medicali, psihologi) și a unor programe de formare inițială și continuă adecvate. Prin activități de terapie ocupațională, persoanele vârstnice cu dependență parțială sau totală pot relaționa cu personalul de îngrijire și cu membrii familiei, calitatea vieții acestora îmbunătățindu-se.

O mai bună finanțare a sistemului de servicii sociale reprezintă un alt factor menționat de experți, întrucât existența unui volum mai ridicat de resurse financiare la care furnizorii au acces le permite acestora să realizeze îmbunătățirile necesare care să contribuie la creșterea calității îngrijirii și implicit la creșterea calității vieții persoanelor vârstnice.

Cu privire la **factorii care pot constitui o frână** în implementarea acestor măsuri, opiniile experților au converș către următorii factori:

- Interesul destul de scăzut al furnizorilor de servicii sociale pentru activități care să asigure participarea socială a persoanelor vârstnice prin activități diversificate.

- Nivelul ridicat de birocrație în realizarea sarcinilor zilnice, fapt ce contribuie la reducerea timpului alocat de personal, nevoilor persoanei vârstnice.
- Nivelul actual de pregătire profesională a personalului, în special a celor care trebuie să asigure terapie ocupațională, care poate fi îmbunătățit. Programele de formare din acest domeniu trebuie să abordeze teoretic și practic terapia ocupațională, astfel încât obiectivele de reinserție socială și de creștere a calității vieții beneficiarilor să fie avute în vedere, în strânsă corelație cu nevoile și capacitatea persoanelor vârstnice cu diferite niveluri de dependență.
- Lipsa unui plan național de dezvoltare ergoterapeutică ceea ce conduce la un deficit și la o slabă pregătire a specialiștilor. În plus, nu există formatori, furnizori de programe de formare/perfecționare profesională pe modelul de îngrijire centrat pe persoană.
- Existența în continuare a unui număr redus de parteneriate între formatori – furnizori de servicii sociale – autorități locale.

Diversificarea programelor de formare oferite reprezintă una dintre **modalitățile de contracarare** a factorilor cu influență negativă în implementarea măsurilor. Este necesar să existe o bună cunoaștere și înțelegere a nevoilor persoanelor vârstnice și a ceea ce implică lucrul cu o persoană vârstnică. Formarea de bază oferită de universități, dar și programele de perfecționare ulterioare sunt importante. La nivelul instituțiilor de învățământ superior din domeniul asistenței sociale sunt insuficienți formatori și programe care abordează aspecte relaționate de asistența socială a persoanei vârstnice. O mediatizare mai intensă a domeniului și a profesiei de asistent social poate produce în timp efecte pozitive prin creșterea atractivității domeniului.

O altă modalitate de contracarare a factorilor negativi o constituie încheierea de parteneriate între entități publice și private pentru formarea profesională și pentru furnizarea de specialiști (inclusiv prin contracte de colaborare). Dezvoltarea unor planuri naționale de atragere și menținere în sistem a specialiștilor prin motivare financiară și mai ales non-financiară, după modelul unor țări europene (Germania, Austria) poate conduce la creșterea numărului de specialiști și poate impulsiona furnizorii de formare profesională (de bază și continuă) să își diversifice oferta de cursuri.

Implicarea organizațiilor non-guvernamentale în activități de conștientizare și de promovare a problematicei persoanelor vârstnice la nivel comunitar poate genera o coalizare a intereselor tuturor categoriilor de persoane interesate, în scopul dezvoltării unor programe destinate persoanelor vârstnice la nivel comunitar.

## B. Beneficiari de servicii fără cazare

Măsura 2. Diversificarea serviciilor oferite de către îngrijitorii la domiciliu (nu doar activități de bază de tip menaj, cumpărături, gătit, ci și activități de socializare sau activități de recreere)

Măsura 3. Dezvoltarea de linii locale de transport destinate persoanelor vârstnice dependente care să permită deplasarea în localități și în afara acestora

Măsura 4. Campanii de informare și instruire cu privire la prevenirea excluziunii sociale generate de pierderea totală sau parțială a autonomiei

**Principalii factori cu influență pozitivă** sunt relaționați de existența unui cadru legislativ care permite realizarea de parteneriate între entități publice și private. Există deja exemple de autorități publice locale care au dezvoltat linii de transport destinate persoanelor dependente sau pentru îngrijitorii la domiciliu, iar aceste exemple pozitive trebuie preluate și extinse prin crearea de linii locale de transport destinate persoanelor vârstnice, adaptate/dotate corespunzător nevoilor acestei categorii a populației.

**Principalii factori negativi**, sunt:

- Colaborarea insuficientă inter-instituțională, atât la nivel local, cât și între nivelul local și central;
- Insuficienta înțelegere a rolului serviciilor sociale în asigurarea calității vieții persoanelor vârstnice dependente. Autoritățile publice locale nu cunosc întotdeauna paleta de servicii sociale adaptate nevoilor persoanelor vârstnice și pe care ar putea să le ofere, admitând cu dificultate rolul pozitiv al serviciilor sociale în viața beneficiarilor vârstnici.
- Lipsa unei evidențe unice, naționale a persoanelor care lucrează ca îngrijitori la domiciliu;
- Lipsa forței de muncă atestate și formate potrivit prevederilor legale.

**Contracurarea acestor factori negativi** presupune implicarea organizațiilor non-guvernamentale în acțiuni de sensibilizare a autorităților publice locale cu privire la relația dintre servicii sociale și beneficiile de asistență socială, astfel încât să se înțeleagă mai bine rolul serviciilor sociale. Realizarea de parteneriate între entități publice-private pentru furnizarea de specialiști și servicii diverse, dar și accesarea fondurilor

europene sau de la bugetul de stat, pot de asemenea diminua efectele negative ale factorilor identificați.

## 2. MĂSURI DESTINATE OBTINERII UNUI GRAD DE INDEPENDENȚĂ MAI RIDICAT ȘI A UNEI SIGURANȚE MAI MARI PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE DEPENDENTE

### A. Beneficiari de servicii cu cazare

Măsura 1. Dezvoltarea de programe de formare pentru personalul de îngrijire în vederea conștientizării și combaterii percepției negative cu privire la îmbătrânire

Măsura 3. Scheme suport de finanțare pentru dispozitive asistive necesare facilitării deplasării persoanelor vârstnice și pentru adaptarea clădirilor de locuit la nevoile persoanelor vârstnice (rampe, lifturi, balustrade, grupurile sanitare)

Măsura 4. Implementarea unui sistem de management al riscului în cadrul instituțiilor cu cazare destinate persoanelor vârstnice

Măsura 5. Dezvoltarea unor proceduri unitare clare cu privire la definiția abuzului, cazurile de abuz, modul de sesizare, modul de acțiune, obligația de notificare a abuzului

**Principalii factori care pot influența pozitiv** implementarea măsurilor destinate beneficiarilor de servicii sociale cu cazare depind de dezvoltarea unor programe universitare și de învățământ de lungă durată având ca teme centrale îmbătrânirea, efectele acesteia, modul de abordare a implicațiilor procesului de îmbătrânire la nivel individual și la nivelul societății.

Cadrul legal existent susține necesitatea implementării unui plan de management al riscului în instituții. Implementarea unor programe de management al riscului depinde în mod direct de existența unui corp de specialiști format în domeniul efectelor îmbătrânirii, dar și de dezvoltarea și implementarea de planuri de intervenție structurate cu privire la modul de acțiune pentru contracararea riscurilor posibile care pot apărea în astfel de organizații.

Schemele de finanțare sunt necesare pentru a favoriza îngrijirea persoanelor vârstnice dependente (total sau parțial), în acord cu nevoile acestora, favorizând în același timp participarea la diferite tipuri de activități.

Principalii **factori cu influență negativă**, sunt:

- Insuficienta cunoaștere a numărului de persoane vârstnice și a nevoilor acestora la nivel local. Ca urmare a acestui fapt nu se poate planifica necesarul de finanțare pentru astfel de scheme.
- Inexistența dispozitivelor pentru siguranță în deplasare, fapt ce poate împiedica implementarea planului de management al riscului la nivelul organizațiilor care furnizează servicii cu cazare (dar și fără cazare) (descurajarea lucrătorilor care sunt nevoiți să depună efort fizic suplimentar și chiar să părăsească sistemul).
- Insuficienta implicare a autorităților publice locale în problematica persoanelor vârstnice și insuficienta colaborare cu furnizorii publici și privați de servicii sociale destinate persoanelor vârstnice.

**Mecanismele de contracarare** au în vedere modificări legislative cu privire la abuz (săvârșit asupra persoanei vârstnice, asupra personalului), reglementări clare referitoare la instituțiile la care se realizează comunicarea abuzului, limitele între care poate acționa furnizorul de servicii sociale în cazul sesizării comiterii unui abuz asupra beneficiarului/personalului, instrumentele de intervenție pentru înlăturarea abuzului, protecția persoanei abuzate (beneficiar sau personal de îngrijire). Deși există entități publice și private care oferă gratuit anumite dispozitive asistive, este necesar să se extindă gama de dispozitive decontate, să se simplifice procedurile pe baza cărora se acordă aceste dispozitive sau să se dezvolte scheme de finanțare destinate accesibilizării mediului de locuit în ansamblul său. Autoritățile locale și centrale joacă rolul primordial în gândirea unor scheme suport de finanțare pentru dispozitive asistive și de adaptare a centrelor.

În ceea ce privește programele de formare/perfecționare, este necesar să se dezvolte un corp de specialiști/formatori pe acest domeniu care să genereze soluții la diferitele probleme legate de procesul de îmbătrânire.

## **B. Beneficiari de servicii fără cazare**

Măsura 1. Dezvoltarea unei platforme de E-health care poate alerta serviciile specializate în cazul unei urgențe

Măsura 4. Dezvoltarea la nivelul UAT-urilor de linii telefonice de ajutor în caz de urgențe pentru furnizarea de servicii de consiliere și îndrumare a vârstnicilor dependenți din comunitate

Măsura 5. Subvenționarea prin scheme suport a serviciilor de reabilitare (terapie ocupațională, logopedie, kinetoterapie)

**Principalii factori pozitivi** au în vedere faptul că astfel de soluții (E-health, linii telefonice de ajutor) contribuie la dezvoltarea pieței de servicii și există soluții elaborate în cadrul unor proiecte care s-au dovedit viabile. În plus, experții au remarcat că în practică, de cele mai multe ori, există o colaborare bună între furnizori și familia persoanei vârstnice. Consilierea îngrijitorilor la domiciliu este necesară pentru a evita apariția situațiilor de stres emoțional și epuizare ca urmare a efortului depus.

**Principalii factori negativi** sunt:

- Costurile ridicate de întreținere și insuficienta mediatizare a platformelor de E-health (personal, tehnologie etc.);
- Numărul redus de persoane vârstnice care sunt familiarizate cu utilizarea tehnologiilor digitale;
- Incorecta evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice și a gradului lor de dependență ceea ce face ca intervențiile să fie formale;
- Numărul redus de personal care poate fi absorbit în servicii de reabilitare.

**Contracurarea factorilor negativi** presupune: mediatizarea platformelor de E-health sau extinderea treptată la nivel național a platformelor care s-au dovedit funcționale; utilizarea de telefoane și calculatoare adaptate pentru persoanele vârstnice, concomitent cu dezvoltarea abilităților de utilizare a computerului și a internetului; linii telefonice la care vârstnicul este informat cu privire la serviciile de care poate beneficia; dezvoltarea unei strategii de îngrijire la domiciliu de lungă durată. Autoritățile publice centrale cu responsabilități în domeniu, autoritățile locale și organizațiile non-guvernamentale se pot implica activ în implementarea acestor măsuri.

## BIBLIOGRAFIE

- Artmann, M., Chen, X., Ioja, C., Hofd, A., Onosec, D., Ponizye, L.,  
Zavodnik Lamovšek, A., Breusted, J., 2017. *The role of urban green  
spaces in care facilities for elderly people across European cities.*  
Urban Forestry & Urban Greening, 27, 203-213.
- Baltes, M. M., 1996. *The many faces of dependency in old age*, Cambridge  
University Press.
- Baltes, P. B., 1993. *The aging mind: potential and limits.* Gerontologist,  
33(5), 580-594.
- Bauman, S. L., Söderhamn, O., 2005. *Considering and enjoying tomorrow:  
global aging through a human becoming lens.* Nurse Science  
Quarterly, 18(4), 353-358.
- Berkman, L. F., Glass, T., 2000. Social integration, social networks, social  
support and health. În: L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social  
epidemiology* (pp. 137-173). Oxford: Oxford University Press.
- Blane, D., 2002. *Influences on Quality of Life in Early Old Age: ESRC Full  
Research Report*, L480254016. Swindon: ESRC.
- Bond, J., 1999. *Quality of life for people with dementia: approaches to the  
challenge of measurement.* Ageing Society, 19(5), 561-579.
- Bornet, M.-A., Rubli Truchard, E., Rochat, E., Pasquier, J., Monod, S., 2017.  
*Factors associated with quality of life in elderly hospitalised patients  
undergoing postacute rehabilitation: a crosssectional analytical study  
in Switzerland.* BMJ Open, 7, e018600.
- Bowling, A., 1994. *Social networks and support among older people and  
implications for emotional well-being and psychiatric morbidity.*  
International Review of Psychiatry, 9, 447-459.
- Bowling, A., Grundy, E., 1998. *Longitudinal studies of social networks and  
mortality in later life.* Review in Clinical Gerontology, 8, 353-361.
- Bowling, A., Gabriel, N., 2004. *An integrational model of quality of life in  
older age. Results from the ESRC/MRC HSRC quality of life survey in  
Britain.* Social Indicators Research, 96, 1-36.

- Bowling, A., Barber, J., Morris R., Ebrahim, S., 2006. *Do perceptions of neighbourhood environment influence health? Baseline findings from a British survey of aging*. Journal of Epidemiology and Community Health, 60, 476–483.
- Bowling, A., 2009. *The Psychometric Properties of the Older People's Quality of Life Questionnaire, Compared with the CASP-19 and the WHOQOL-OLD*. Current Gerontology and Geriatrics Research, vol. 2009, Article ID 298950.
- Bowling, A., Stenner, P., 2010. *Which measure of quality of life performs best in older age? A comparison of the OPQOL, CASP-19 and WHOQOL-OLD*. J Epidemiol Community Health, 65(3), 273-280.
- Brown, J., Bowling, A., Flynn, T., 2004. *Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature*. European Forum of Population Ageing. [online] Disponibil la: <<https://eprints.kingston.ac.uk/17177/>>, Accesat în Noiembrie 2019.
- Bulamu, N. B., Kaambwa, B., Ratcliffe, J., 2015. *A systematic review of instruments for measuring outcomes in economic evaluation within aged care*. Health Qual Life Outcomes, 13, 179.
- Carr, A. J., Higginson, I. J., 2001. *Are quality of life measures patient centred?*. BMJ, 322,1357.
- Carr, A. J., Gibson, B., Robinson, P. G., 2001. *Is quality of life determined by expectations or experience?*. BMJ, 322, 1240-1243.
- Castro-Monteiro, E., Alhayek-Aí, M., Diaz-Redondo, A., Ayala, A., Rodriguez-Blazquez, C., Rojo-Perez, F., Martinez-Martin, P., Forjaz, M.J., 2016. *Quality of life of institutionalized older adults by dementia severity*. International Psychogeriatrics, 28(1), 83-92.
- Coast, J., Flynn, T. N., Natarajan, L., Sproston, K., Lewis, J., Louviere, J. J., Peters, T. J., 2008. *Valuing the ICECAP capability index for older people*. Social Science & Medicine, 67, 874–882.
- Cohen, S. Pressman, S. D., 2006. *Positive affect and health*. Current Directions in Psychological Science, 15, 122-125.
- de Loë, R. C., Melnychuk, N., Murray, D., Plummer, R., 2015. *Advancing the State of Policy Delphi Practice: A Systematic Review Evaluating Methodological Evolution, Innovation, and Opportunities*, Technological Forecasting & Social Change 104 (2016), 78–88.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., Smith, H. L., 1999. *Subjective well-being: Three Decades of progress*. Psychological Bulletin, 125(2), 276-302.
- Edvardsson, D., Petersson, L., Sjogren, K., Lindkvist, M., Sandman, P. O., 2014. *Everyday activities for people with dementia in residential aged*

- care: associations with person-centredness and quality of life.* Int J Older People Nurs., 9(4), 269-276.
- Friedman, E. M., Hayney, M., Love, G. D., Singer, B. H., Ryff, C. D., 2007. *Plasma interleukin-6 and soluble IL-6 receptors are associated with psychological well-being in aging women.* Health Psychology, 26, 305.
- Georgescu, C. V., Domnariu, C. D., Ardeleanu, V., Gavat, C.-C., 2015. *A Retrospective Study about Institutionalized Elderly Life Conditions in Three Social Care Centers.* Revista de Cercetare și Intervenție Socială, 51, 21-40.
- Gobbens, R. J., 2018. *Associations of ADL and IADL disability with physical and mental dimensions of quality of life in people aged 75 years and older.* Peer Journal, 6, e5425.
- Govindaraju, T., Sahle, B. W., McCaffrey, T. A., McNeil, J. J., Owen, A. J., 2018. *Dietary Patterns and Quality of Life in Older Adults: A Systematic Review.* Nutrients, 10(8), 971.
- Hall S, Opio, D., Dodd, R. H., Higginson, I. J., 2011. *Assessing quality-of-life in older people in care homes.* Age Ageing, 40(4), 507-512.
- Hunt, S. M., McEwen, J., McKenna, S. P., 1985. *Measuring health status: A new tool for clinicians and epidemiologists.* The Journal of the Royal College of General Practitioners, 35(273), 185–188.
- Institutul Național de Statistică, 2019. *Coordonate ale nivelului de trai în România. Venitul și consumul populației anul 2018.* [online] Disponibil la: <[http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/com\\_presa/com\\_pdf/abf\\_2017r.pdf](http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/com_presa/com_pdf/abf_2017r.pdf)>, Accesat în Noiembrie 2019.
- Kane, R. A., Pratt, M., Schoeneman, K., 2004. *Measures, Indicators, and Improvement of Quality of Life in Nursing Homes: Final Report.* [online] Disponibil la: <[http://www.hpm.umn.edu/ltrsourcecenter/research/QOL/Final\\_Report\\_to\\_CMS\\_Volume\\_1.pdf](http://www.hpm.umn.edu/ltrsourcecenter/research/QOL/Final_Report_to_CMS_Volume_1.pdf)>, Accesat în Noiembrie 2019.
- Kieft-De Jong, J. C., Mathers, J. C., Franco, O. H., 2014. *Nutrition and healthy ageing: The key ingredients.* Proceedings of the Nutrition Society, 73, 249–259. [online] Disponibil la: <<https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/AA02C12F48A3C1CFA00C5AE06AD2D226/S0029665113003881a>>.

- pdf/nutrition\_and\_healthy\_ageing\_the\_key\_ingredients.pdf>, Accesat în Noiembrie 2019.
- Lawton, M. P., 1980. *Environment and aging*. Monterrey, CA: Brooks Cole.
- Lee, D.T.F., Yu, D.S.F., Kwong, A.N.L., 2009. *Quality of life of older people in residential care home: a literature review*. Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness, 1, 116–125.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., Karsi, S. V., 2002. *Longevity increased by positive self-perceptions of aging*. Journal of Personality and Social Psychology, 83, 261- 270.
- Manley, A., 2013. *The policy Delphi: a method for identifying intended and unintended consequences of educational policy*. Policy Futur. Educ. 11, 755–768.
- Milte, C. M., Walker, R., Luszcz, M. A., Lancsar, E., Kaambwa, B., Ratcliffe, J., 2014. *How important is health status in defining quality of life for older people? An exploratory study of the views of older South Australians*. Appl Health Econ Health Policy, 12(1), 73-84.
- Ministerul Muncii și Protecției Sociale, 2018. *Evoluții în domeniul asigurărilor sociale de stat*. [online] Disponibil la: <[http://www.mmuncii.ro/j33/images/buletin\\_statistic/2018/Pensii\\_an2018.pdf](http://www.mmuncii.ro/j33/images/buletin_statistic/2018/Pensii_an2018.pdf)>, Accesat în Noiembrie 2019.
- Montuclard, L., Garrouste-Orgeas, M., Timsit, J. F., Misset, B., De Jonghe, B., Carlet, J., 2000. *Outcome, functional autonomy, and quality of life of elderly patients with a long-term intensive care unit stay*. Critical Care Medicine, 28(10), 3389-3395.
- Morganti, J. B., Nehrke, M. F., Hulicka, I. M., Cataldo, J. F., 1988. *Life-span differences in life satisfaction, self-concept, and locus of control*. International Journal of Aging and Human Development, 26(1), 45–56.
- Motteran, A., Trifiletti, E., Pedrazza, M., 2016. *Well-being and Lack of Well-being among Nursing Home Residents*. Ageing International, 41(2), 150-166.
- Murphy, K., O'Shea, E., Cooney, A., Shiel, A., Hodgins, M., 2006. *Improving Quality of Life for Older People in Long-Stay Care Settings in Ireland*. [online] Disponibil la: <[http://www.ncaop.ie/publications/research/reports/93\\_imp\\_qol\\_long\\_stay\\_care.pdf](http://www.ncaop.ie/publications/research/reports/93_imp_qol_long_stay_care.pdf)>, Accesat în Noiembrie 2019.

- Netten, A., Ryan, M., Smith, P., Healey, A., Knapp, M., Wykes, T., 2002. *OPUS: a measure of social care outcome for older people*. Kent: Personal Social Services Research Unity, University of Kent, Canterbury, PSSRU Discussion Paper 1690/2.
- Netten, A., Beadle-Brown, J., Caiels, J., Forder, J., Malley, J., Smith, N., Windle, K., 2011. ASCOT: Main guidance v2. 1. In: *PSSRU discussion paper 2716/3*. University of Kent, Canterbury: Personal Social Services Research Unit.
- Netuveli, G., Blane, D., 2008. *Quality of life in older ages*. British Medical Bulletin, 85(1), 113–126.
- Nikmat, A. W., Al-Mashoor, S. H., Hashim, N. A., 2015. *Quality of life in people with cognitive impairment: nursing homes versus home care*. International Psychogeriatrics, 27(5), 815-824.
- Nordin, S., McKee, K., Wijk, H., Elf, M., 2017. *The association between the physical environment and the well-being of older people in residential care facilities: A multilevel analysis*. J Adv Nurs, 73, 2942–2952.
- Parker, C., Barnes, S., McKee, K., Morgan, K., Torrington, J., Tregenza, P., 2004. *Quality of life and building design in residential and nursing homes for older people*. Ageing and Society, 24(6), 941-962.
- Personal Social Research Services Research Units, 2018. *Introduction to ASCOT*. [online] Disponibil la: <<https://www.pssru.ac.uk/ascot/>>, Accesat în Noiembrie 2019.
- Portegijs, E., Rantakokko, M., Mikkola, T. M., Viljanen, A., Rantanen, T., 2014. *Association between physical performance and sense of autonomy in outdoor activities and life-space mobility in community-dwelling older people*. Journal of the American Geriatrics Society, 62(4), 615-621.
- Rantakokko, M., Portegijs, E., Viljanen, A., Iwarsson, S. Kauppinen, M., Rantanen, T., 2016. *Changes in life-space mobility and quality of life among community-dwelling older people: a 2-year follow-up study*. Quality of Life Research, 25(5), 1189-1197.
- Rocha, N. S., Power, M. J., Bushnell, D. M., 2012. *The EUROHIS-QOL 8-Item Index: Comparative Psychometric Properties to Its Parent WHOQOL-BREF*, Value in Health, 15, 449-457.
- Rowe, J. W., Kahn, R. L., 1997. *Successful ageing*. The Gerontologist, 37(4), 433-440.
- Schenk, L., Meyer, R., Behr, A., Kuhlmei, A., Holzhausen, M., 2013. *Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey*. Quality of Life Research, 22(10), 2929-38.

- Sim, J., Bartlam, B., Bernard, M., 2011. *The CASP-19 as a measure of quality of life in old age: evaluation of its use in a retirement community*. Qual Life Res, 20, 997-1004.
- Singh, S., Afroz, N., 2018. *Psycho-social challenges of elderly*. Indian Journal of Positive Psychology, 9(1), 173-177.
- Smith, A., 2000. *Researching quality of life of older people: concepts, measures and findings*. [online] Disponibil la: <[https://www.keele.ac.uk/csg/downloads/centreworkingpapers/research\\_quality.pdf](https://www.keele.ac.uk/csg/downloads/centreworkingpapers/research_quality.pdf)>, Accesat în Noiembrie 2019.
- Soósová, M. S., 2016. *Determinants of quality of life in the elderly*. Central European Journal of Nursing and Midwifery, 7(3), 484–493.
- Step toe, A., Wardle, J., Marmot, M., 2005. *Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes*. Proc Natl Acad Sci U S A, 102, 6508-6512.
- Step toe, A., Dockray, S., Wardle, J., 2009. *Positive affect and psychobiological processes relevant to health*. Journal of personality, 77, 1747-1776.
- Șerban-Oprescu, G., 2011. *O abordare epistemologică a conceptului de calitate a vieții*. Economie teoretică și aplicată, Volumul XVIII, No. 2(555), 175-185.
- Teofilou, P., 2013. *Quality of Life: Definition and Measurement*. Europe's Journal of Psychology, 9(1), 150–162.
- The International Longevity Centre, 2010. *Good Neighbours Measuring Quality of Life in Older Age*. [online] Disponibil la: <<https://ilcuk.org.uk/good-neighbours-measuring-quality-of-life-in-old-age/>> , Accesat în Noiembrie 2019.
- van Houwelingen, A. H., Cameron, I., Gussekloo, J., Putter, H., Kurrle, S., de Craen, A. J. M., Maier, A.B., den Elzen, W. P. J., Blom, J. B., 2014. *Disability transitions in the oldest old in the general population. The Leiden 85-plus study*. Age, 36(1), 483–493.
- van Loon, M. S., van Leeuwen, K. M., Ostelo, R., Bosmans, J. E., Widdershoven, G., 2018. *Quality of life in a broader perspective: Does ASCOT reflect the capability approach?*. Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 27(5), 1181-1189.
- von dem Knesebeck, O., Hyde, M., Higgs, P., Kupfer, A., Siegrist, J., 2005. *Quality of life and wellbeing*. În: A. Borsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jorges, J. Mackenbach, J. Siegrist, G. Weber (Eds.), *Health, ageing and retirement in Europe: First results from the survey of health,*

- ageing and retirement in Europe* (pp. 199–203). Germany: Strauss, Mannheim.
- Walker, A., 1981. *Toward a political economy of old age*. *Ageing and Society*, 1, 73-94.
- Walker, A., 2005. *A European perspective on quality of life in old age*. *Eur J Ageing*, 2(1), 2–12.
- Wenger, G. C., 1992. *Morale in old age: A review of the evidence*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 699-708.
- World Health Organisation, 1998. *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment*. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- World Health Organisation, 2002. *Current and future long-term care needs*. [online] Disponibil la: <[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc\\_needs.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc_needs.pdf)>, Accesat în Noiembrie 2019.
- Zaninotto, P., Falaschetti, E., Sacker, A., 2009. *Age trajectories of quality of life among older adults: results from the English Longitudinal Study of Ageing*. *Quality of life Resources*, 18, 1301-1309.



ISBN 978-606-28-1096-2



9 786062 810962

[www.editurauniversitara.ro](http://www.editurauniversitara.ro)