

Nevoile medicale, psihologice și sociale ale persoanelor vârstnice

Elena-Lidia DINU

IUNIE, 2019

CUPRINS

CAPITOL 1. Introducere	2
CAPITOL 2. DEZVOLTĂRI SOCIO-ECONOMICE ȘI STANDARDE DE VIAȚĂ ÎN SECOLUL XXI	4
2.1 Conceptualizări teoretice	4
2.2 Țări cu cel mai înalt nivel de trai în lume	5
2.3 Nivelul de trai în România.....	8
CAPITOL 3. STUDIU: „NEVOILE MEDICALE, PSIHOLOGICE ȘI SOCIALE ALE PERSOANELOR VÂRSTNICE”	12
3.1 Crearea și dezvoltarea cadrului teoretic (literatură de specialitate, cercetare pe aceeași temă)	12
3.2 Definierea scopului și a obiectivelor	13
3.3 Elemente de metodologie (eșantionare, categorii de respondenți, metoda chestionarului autoadministrat, culegerea datelor cantitative)	13
3.4 Construcția instrumentului de cercetare: chestionarul ANMPS	15
3.5 Nevoile persoanelor vârstnice din România. Context legislativ	15
3.5.1 Identificarea și descrierea tipologiei de nevoi ale persoanelor vârstnice (rezultate din chestionarul aplicat)	16
3.5.2 Caracteristicile generale ale participanților	19
3.6 Analiză statistică și rezultate	20
3.7 Analiza frecvențelor	22
3.8 Analiza corelațiilor	23
Limite și inadvertențe ale studiului	25
CAPITOL IV. CONCLUZIILE CERCETĂRII ȘI PROPUNERI	26
BIBLIOGRAFIE	28
ANEXA 1: Chestionar Analiza nevoilor medicale, psihologice și sociale	30
ANEXĂ 2: Note metodologice	43
Situația chestionarelor invalidate după criteriul nerespectării vârstei.....	43
Situația chestionarelor invalidate după criteriul nerespectării principiului reprezentativității (genul)	44
Situația chestionarelor invalidate după criteriul depășirii numărului specificat în adresă.....	44
Situația chestionarelor lipsă care nu s-au transmis.....	44

CAPITOL 1. INTRODUCERE

Lucrarea de față aduce în discuție problemele economice și sociale cu care se confruntă persoanele vârstnice ale căror nevoi și condiții de trai se impun a fi evaluate periodic. În cadrul studiului de caz, ce va fi prezentat în această lucrare, ne propunem să analizăm diferențele din punct de vedere statistic între persoanele vârstnice de sex masculin și cele de sex feminin cuprinse în eșantionul cercetării, urmărind în același timp descrierea unor aspecte particulare ca de exemplu: relația între sărăcie și procesul de îmbătrânire în termeni de măsurare și tendințe.

Pentru a descrie profilul sărăciei, în țările aflate în curs de dezvoltare sunt utilizați următorii indicatorii ai standardelor de viață¹: sărăcie și excluziune socială, gospodării, numărul gospodăriilor cu daune /furturi /asigurări, numărul mediu pe persoane pe o cameră, suprafața medie locuibilă /utilă pe o persoană, numărul persoanelor din gospodăria, numărul persoanelor de 7 ani și peste, numărul persoanelor de 16 ani și peste, înzestrarea cu bunuri de folosință îndelungată, bugete de familie respectiv venituri, cheltuieli, consum, accesul populației la Tehnologia Informației și Comunicațiilor.

Numeroase țări investesc într-o varietate de programe sociale de reducere a sărăciei, îmbunătățind condițiile de trai ale persoanelor vârstnice nevoiașe și vulnerabile. În acest sens, în România, a fost elaborată, *Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru perioada 2015-2020*.

Interesul acestei lucrări de specialitate vizează surprinderea creșterii sau a descreșterii bunăstării sociale în rândul unei anumite categorii de respondenți, dar și venirea în sprijinul lor cu propuneri eficiente. În cazul persoanelor vârstnice, calitatea vieții și bunăstarea socială au fost asociate, de regulă, cu condițiile economice ale acestora cum ar fi venitul real.

Din perspectiva socială, se remarcă, prin urmare, o tendință accentuată în rândul persoanelor vârstnice privind gradul de socializare prin diverse condiții de interacțiune și activități legate de mediul înconjurător, acest lucru având o mai mare vizibilitate în societate ca și modele de comportamente sociale.

¹Nivel de trai disponibil la adresa: <http://statistici.INSSE.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table>. Accesat: 28.01.2019.

Recunoașterea rolului persoanei vârstnice în viața socială devine astfel esențială, solicitând o analiză mai aprofundată și centrată pe nevoile individuale din perspectiva socială și biopsihologică. La nivel de societate civilă, integrarea și implicarea persoanei vârstnice în vederea dezvoltării unui dialog permanent cu instituțiile statului este prevăzută în politicile publice care vizează o serie de metode și strategii de îmbunătățire a nivelului de trai pentru acest segment de populație.

CAPITOL 2. DEZVOLTĂRI SOCIO-ECONOMICE ȘI STANDARDE DE VIAȚĂ ÎN SECOLUL XXI

2.1 Conceptualizări teoretice

Dinamica demografică, în ultimii ani, a avut influențe vizibile, mai ales în sistemul de sănătate, prin creșterea costurilor îngrijirii unei categorii vulnerabile cum sunt persoanele vârstnice. Ca rezultat al acestui fenomen social, medicina preventivă s-a dezvoltat ca o strategie mai eficientă pentru a proteja persoanele vârstnice împotriva bolilor infecțioase.

Componentă a politicii publice, bunăstarea socială este monitorizată și, implicit, evaluată în majoritatea țărilor europene. În literatura de specialitate, se vorbește despre existența a trei tipuri de "bunăstare":

- a) „bunăstare socială” (*social welfare*);
- b) „bunăstare economică” (*economic welfare*);
- c) „bunăstarea statului” (*state welfare*).

În această lucrare, dintre cele trei concepte menționate anterior, vom utiliza cel mai des conceptul de „bunăstare socială”, care se definește numai prin intermediul bunăstării indivizilor² și care este operaționalizată cu ajutorul conceptului de „utilitate”: „la nivel principal, reprezintă o măsură agregată a bunăstărilor (utilităților) individuale”³.

În perioada socialistă din România, un impact pozitiv de lungă durată asupra bunăstării sociale românești l-a avut procesul de industrializare.

Pentru a evalua rata de sărăcie și a îmbunătăți fenomenul de „bunăstare socială”, singurele variabile la care apelează specialiștii sunt creșterea PIB-ului și dezvoltarea economică, ce pot fi identificate în politicile publice adoptate de fiecare stat în parte. Interesant este că inegalitatea veniturilor este relevantă în reducerea sărăciei, deoarece o descreștere a inegalității veniturilor poate reduce sărăcia, atâta timp cât se va lua în considerare Venitul Național Brut⁴.

² Pareto Vilfredo, *Tratat de sociologie generală*, citat în blogul lui Ionuț Bălan. Disponibil la adresa: <http://bloguluibalan.ro/index.php/opinii/401-bunastarea-sociala-inseamna-bunastarea-indivizilor>. Accesat: 12.11.2019

³ Pop, Luana Miruna. *Dicționar de politici sociale*. București: Expert, 2002, p. 164.

⁴ Indicator care însumează veniturile totale realizate de toți cetățenii unei națiuni.

La nivel internațional, un număr semnificativ de studii sociologice au măsurat consecințele dezvoltării economice privind sărăcia, unul dintre acestea concentrându-se, în special, pe impactul sărăciei asupra dezvoltării socio-economice, care a indicat faptul că țările cu o incidență mai ridicată a sărăciei tind să experimenteze, mai degrabă, o rată mai scăzută a dezvoltării economice⁵.

Instalarea sărăciei atrage, după sine, apariția unei serii de procese cum ar fi: *șomajul, instabilitatea pe piața muncii, declinul în domeniul protecției sociale, dar și în sistemele sociale de sănătate publică* etc.

Unul dintre efectele negative ale sărăciei este determinat migrația, în creștere îngrijorătoare, mai ales în rândul tinerilor, acest lucru fiind demonstrat de statisticile naționale. În schimb, pentru categoria de beneficiari, care se confruntă cu riscul de a cădea în sărăcie, au fost implementate programe de securitate națională de succes care au redus sărăcia, favorizând coeziunea socială și bunăstarea.

În lucrările de specialitate întâlnim și alte conceptualizări care sunt legate de venit, consum și cheltuieli. În domeniul calității vieții, se operează cu noțiuni de venit minim pe țară, venit pe locuitor, indicele dezvoltării umane (calculat pe baza a trei dimensiuni: sănătatea, educație și nivelul de trai), consumul populației, dinamici de consum, cheltuieli de consum, etc.

2.2 Țări cu cel mai înalt nivel de trai în lume

În revista americană, *U.S. News & World Report*, aflăm din articolul "*Overall best countries ranking*", cum sunt poziționate astăzi țările lumii într-un clasament de 80, în funcție de nivelul de trai, rata șomajului și puterea economică⁶. De pildă, la nivel de an 2019, Elveția se află printre țările cu un nivel de trai foarte ridicat, mai ales, în orașele Geneva și Zurich (indexul calitatea vieții este foarte ridicat: 196.04), elementul de referință fiind venitul realizat, calculat în unități la paritatea puterii de cumpărare (vezi graficul din Figura nr. 1).⁷

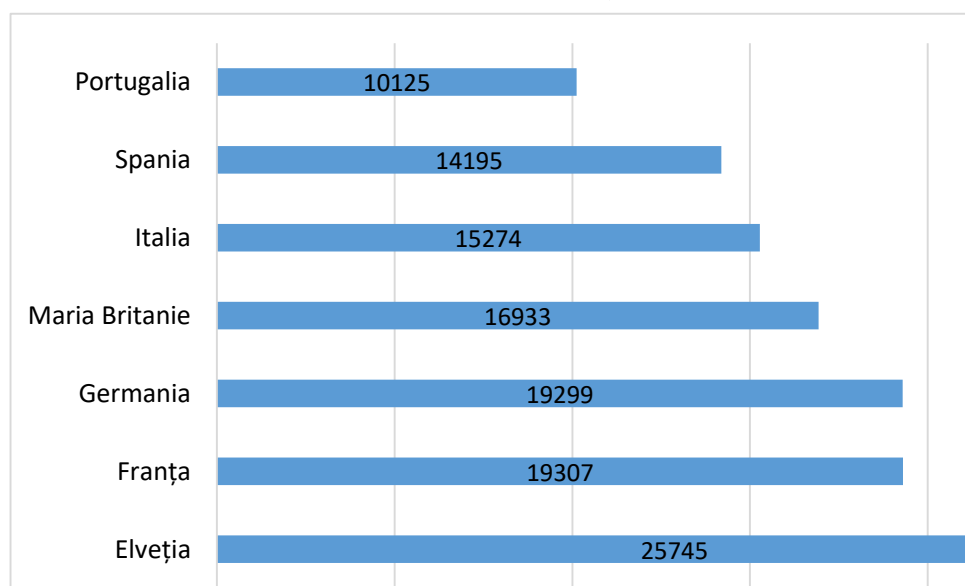
⁵ Nakabashi, Luciano. Poverty and economic development: evidence for the Brazilian states. *Economia*, 19, 2018, p. 446. Disponibil la adresa: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1517758017300425?token=4199C280E768AFB1E16A5B9B0BCBC7BEBC4D2AC4C7D77795279BDE230BD97D28EB57829E6CEE1079C448BDA42D23896F>. Accesat: 30.01.2019.

⁶Overall best countries ranking. Disponibil la adresa: <https://www.usnews.com/news/best-countries/overall-rankings>. Accesat: 12.02.2019.

⁷Allen, Matthew. Standard of living remains high in Switserland. 25 Aprilie 2016. Disponibil la adresa: https://www.swissinfo.ch/eng/society/disposable-income_standard-of-living-remains-high-in-switzerland/42111318. Accesat: 13.02.2019.

Figura nr. 1: Venituri comparative disponibile, 2016

- unități la paritatea puterii de cumpărare -



Sursa: Swissinfo. ch. Disponibil la adresa: https://www.swissinfo.ch/eng/society/disposable-income_standard-of-living-remains-high-in-switzerland/42111318

Elveția are o rată a șomajului scăzută, o forță de muncă calificată și unul dintre cele mai mari valori ale produsului intern brut pe locuitor din lume (cu un PIB de 678,9 miliarde de dolari la o populație de numai 8,5 milioane de locuitori), potrivit CIA World Factbook.⁸ Economia puternică a acestei țări este alimentată de rate scăzute ale impozitului pe profit, un sector de servicii extrem de dezvoltat, condus de servicii financiare și de o industrie de producție de înaltă tehnologie.

Proporția celor care trăiesc în sărăcie extremă în Elveția (4,6%) este una dintre cele mai scăzute din întreaga Europă, doar cca. 9,7% din populație neputând să își permită petrecerea sărbătorilor în străinătate – media europeană fiind de 36,9%.⁹

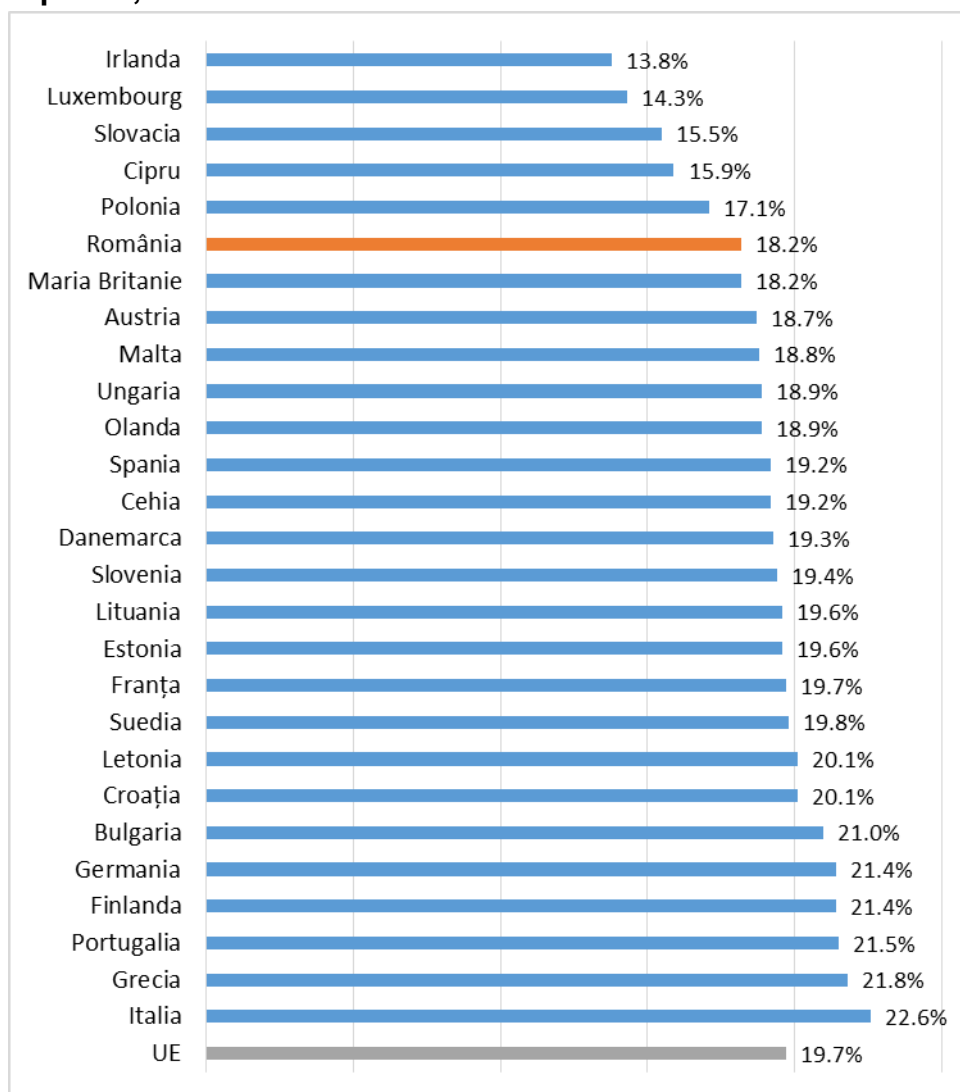
Pe locul secund în clasament, se află țări precum Japonia (cu un index al calității vieții foarte înalt: 176.57) și Canada (indexul calitatea vieții fiind de 169.30). În schimb, România a fost clasată pe locul 62, indexul calitatea vieții fiind de 135.52, cu un PIB de 211,8 miliarde de dolari la o populație de 19.6 milioane de locuitori.

Conform bazei de date statistice a Eurostat la nivelul anului 2018 ponderea persoanelor vârstnice de 65 de ani și peste în Uniunea Europeană a fost de 19,7%, ponderea acestora în totalul populației din România fiind de 18,2%.

⁸ Overall best countries ranking. *Op. cit.*

⁹Allen, Matthew. *Op. cit.*

Figura nr. 2: Ponderea persoanelor vârstnice (de 65 de ani și peste) în Uniunea Europeană, 2018



Sursa: Biroul de Statistică al Uniunii Europene

Creșterea inegalității economice în societățile avansate este explicată astăzi printr-o serie de condiții și mecanisme. În această privință, veniturile medii ale persoanelor cu studii superioare din cele 28 de țări europene au fost mai mari cu aproape 80,0% în anul 2016 față de anul 2015, spre deosebire de cele ale persoanelor cu un nivel educațional mai scăzut¹⁰. În țările europene, un impact mare l-au avut transferurile sociale asupra venitului (pensii, alocații, facilități de cazare, asistență socială și beneficii sociale, reduceri /scutiri de taxe etc.).

¹⁰ Eurostat. *Living conditions in Europe*, 2018, p. 11. Disponibil la adresa: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/9079352/KS-DZ-18-001-EN-N.pdf/884f6fec-2450-430a-b68d-f12c3012f4d0>. 13.02.2019.

Inegalitatea economică rămâne un fenomen ale cărui efecte sunt negative asupra sănătății și bunăstării populației, chiar dacă există o conștientizare tot mai mare la nivel de secol XXI. Aceasta afectează, fără doar și poate, comportamentul social și formează atitudinile politice, creând astfel o dinamică între grupurile din cadrul societăților.

Distribuția uniformă a venitului populației este o dimensiune care indică diferențieri între câștigurile salariale ale cetățenilor unui stat. Inegalitatea economică conduce inevitabil și la o cultură a inegalității consumului, care a cunoscut o creștere rapidă, cu precădere, în mediul urban. Prin urmare, inegalitatea veniturilor are un puternic efect negativ asupra consumului persoanelor ce provin din categoriile cele mai sărace și mai tinere.

Politicile publice construite pe acest segment social ar trebui să aibă în vedere îmbunătățirea bunăstării sociale, reducând incertitudinea și inegalitatea statutului socio-economic. Acestea, de asemenea, ar trebui să promoveze modele sănătoase de societăți care să răspundă la provocările și oportunitățile tehnologice de ultimă oră.

Guvernul României a promulgat și implementat politici care să asigure participarea publică în guvernarea societății. În acest sens, Strategia Europa 2020 se concentrează pe reducerea sărăciei, datorată, mai ales, inegalității. Un interes deosebit asupra problemei inegalității veniturilor este dat de documentul „Pilonul european al drepturilor sociale”, prezentat de Comisia Europeană în luna aprilie 2017, care conține informații despre indicatorul social „inegalitatea veniturilor”.

2.3 Nivelul de trai în România

În România, efectele îmbătrânirii s-au răspândit la scară largă după anul 1990, iar efectele crizei economice, declanșată după anul 2008, au accelerat și mai mult dezvoltarea acestui fenomen, deteriorând vizibil dinamica demografică asupra structurii populației (statul și statutul populației, schimbările în număr, dimensiunea și compoziția populației, fertilitatea, mortalitatea și migrația, care determină schimbările majore și efectele acestor schimbări asupra bunăstării sociale, economice, de sănătate). Acest lucru este îngrijorător și constituie, de fapt, un avertisment important cu privire la consecințele șocurilor intempestive din viitor.

Nivelul de trai /calitatea vieții a fost corelat de sociologi cu nevoia de satisfacție, definind, prin urmare, statutul social al fiecărui individ. La nivelul României cele mai afectate categorii socio-demografice sunt persoanele cele de peste 50 de ani și peste

și în mod special peste 65 de ani și peste.¹¹ Lipsa condițiilor bune de trai plasează multe familii /gospodării în zona sărăciei extreme, iar pe altele în zona sărăciei monetare.

În istoria oricărei țări (inclusiv a României), cifrele statistice au indicat faptul că perioadele de criză financiară sunt asociate cu creșterea ratei sărăciei în rândul populației. Aceste efecte dăunătoare ale crizelor financiare sunt semnificativ mai scăzute în țările cu cheltuieli sociale mai mari, sugerându-se importanța protecției sociale pentru reducerea fenomenului de sărăcie în momente de criză și potențialele câștiguri din intervenția politicii statului.

Astfel este necesară elaborarea unor politici adecvate pentru reducerea sărăciei și ca factorii de decizie politică să continue identificarea segmentelor defavorizate din populația totală a unei țări cu scopul înțelegerii schimbării structurii lor în timp, dar și a evaluării modului în care acestea pot răspunde la schimbarea politicilor publice.

Politicele anti-sărăcie din cadrul Uniunii Europene includ programe de asistență socială pentru persoanele fizice cu venituri mici în gospodării. Aceste politici oferă un venit minim prin transferarea de numerar, sau asistență în natură, sau prin redistribuirea accesului la servicii.

Politicele anti-sărăcie ale fiecărui stat vizează, în mod obișnuit, anumite categorii sociale și aplică criteriile pentru posibili beneficiari, definind astfel familiile sărace care au nevoie de sprijin social acordat de stat. Cu toate acestea, nu toți cetățenii beneficiază de serviciile sociale create.

Pentru România, o acțiune semnificativă, în acest sens, a fost elaborarea și aplicarea unei *strategii naționale privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru perioada 2015-2020*¹², care prevede atât politici orientate către persoane sărace și vulnerabile, cât și politici zonale.

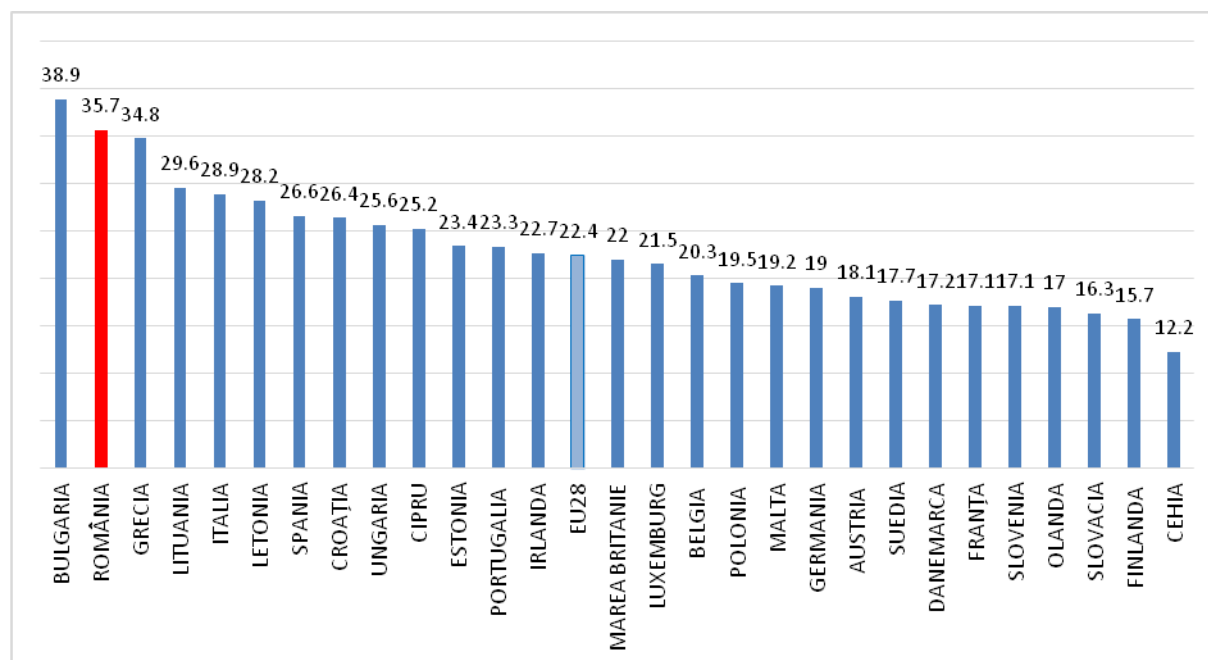
Politicele orientate către persoane sărace și vulnerabile includ ocuparea forței de muncă, transferurile sociale, servicii sociale, educația, sănătatea, locuirea și participarea socială. Spre deosebire de politicile orientate către persoane sărace și vulnerabile, cele zonale sunt concentrate doar pe dimensiunea teritorială a sărăciei și integrarea comunităților marginalizate.

¹¹ Preocupețu, Iuliana. Nivelul de trai. În: *Calitatea vieții în România în context european: raport de cercetare*. București: Institutul de Cercetare a Calității Vieții, 2018, p. 20.

¹² Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru perioada 2015-2020. Disponibil la adresa:
http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Familie/2016/StrategyVol1RO_web.pdf.

Rata riscului de sărăcie a țărilor europene (UE28), printre care și cea a României (35.7) este reflectată în graficul din figura nr. 3.

Figura nr. 3: Populația aflată în risc de sărăcie sau excluziune socială – 2017 (%)



Sursa: Eurostat EU-Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). Disponibil la adresa: <https://ec.europa.eu/eurostat/news/themes-in-the-spotlight/poverty-day-2018>

Cunoașterea și măsurarea nevoilor sociale în atingerea bunăstării individuale și sociale au făcut obiectul a numeroase dezbateri teoretice și metodologice în România, mai ales, după anii 1989, când rolul statului și politicile statului au fost redefinite.

Nivelul de trai în România este generat, de obicei, de resursele financiare, care au devenit tot mai scăzute la nivel de gospodărie și individual comparativ cu statele europene și acest lucru îngreunează tot mai mult satisfacerea nevoilor materiale (hrană, locuință, etc.) în vederea asigurării unei „decențe” pe locuitor. Prin „decență” se poate înțelege un individ, care are aspirații materiale care, în opinia specialiștilor, pot fi analizate pe următoarele dimensiuni¹³:

a) *Nevoi fundamentale*, esențiale supraviețuirii, care sunt universale și au o sursă individuală (hrană, somn, adăpost);

¹³Dumitru, Mihai; Stănescu, Iulian. Social needs: a consensual approach to material deprivation. *Procedia Economics and Finance*, 8, 2014, 294. Disponibil la adresa: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2212567114000938?token=491DD470CCD7BA8892B821A435E651C97622A1E9EA798A48D907E975FDD14FAD5423A00AE04F0510328EA644EDB02B1D>. Accesat: 02.07.2019

b) *Nevoi materiale*, care reflectă circumstanțele sociale în care trăiesc indivizii (bunuri, servicii, activități, dorite de aceștia și considerate standarde pentru o viață decentă și normală în societate).

Din nefericire, nu toată populația României beneficiază la momentul anului 2019 de același suport social. Mașina, deținerea unui computer /laptop /tabletă, accesul zilnic la Internet, o vacanță departe de casă și ieșirea în oraș au fost raportate în cercetările anterioare ca fiind necesități, în principal, de către tineri sau de persoane de vârstă medie, mai degrabă decât cele 50 de ani și peste.

Schimbarea tot mai mult a generațiilor a dus la accelerarea diversificării acestor nevoi, determinate de indicatorul venit, creând o societate complexă, în care indivizii sunt împărțiți în două mari categorii:

- 1) aceia care nu au și le consideră necesare, dar nu și le pot permite și
- 2) aceia care nu au, le consideră necesare, dar și le pot permite /satisface ca fiind standardele unei vieți decente.

Construite social, standardele de viață suferă modificări variabile în timp, reflectate asupra unor segmente mai largi sau mai restrânse din populație, care vor fi afectate de ceea ce se numește „privare materială”, destabilizând inevitabil nevoile sociale primare ale individului însuși.

CAPITOL 3. STUDIU: „NEVOILE MEDICALE, PSIHOLOGICE ȘI SOCIALE ALE PERSOANELOR VÂRSTNICE”

3.1 Crearea și dezvoltarea cadrului teoretic (literatură de specialitate, cercetare pe aceeași temă)

În anul 2018, Organizația Mondială a Sănătății a estimat că între anii 2015 și 2050¹⁴ proporția populației mondiale în vârstă de peste 60 de ani și peste practic se va dubla (de la 12,0% la 22,0%).

Procesul de îmbătrânire demografică rapidă s-a adâncit și în România, conducând la creșterea ponderii persoanelor vârstnice. Din datele Institutului Național de Statistică, populația rezidentă a României la 1 ianuarie 2018, a fost de 19.524 mii persoane, în scădere cu 120,7 mii persoane comparativ cu 1 ianuarie 2017¹⁵.

Cauzele fenomenului sunt multiple¹⁶:

- sporul natural negativ (numărul persoanelor decedate depășind numărul născuților-vii cu 71.125 persoane);
- raportul de dependență demografică, care a crescut de la 50,1 la 50,9 persoane tinere și vârstnice la 100 persoane adulte;
- soldul negativ al migrației temporare și de lungă durată (- 53 381 persoane) identificat la 1 ianuarie 2018.

Pentru a fi evaluate nevoile persoanelor vârstnice și a veni cu măsuri în întâmpinarea acestora, de-a lungul timpului au fost realizate o serie de cercetări. Spre exemplu, în Polonia, s-a efectuat studiul „*Evaluarea nevoilor persoanelor vârstnice care trăiesc în centrele de îngrijire*”, ce a fost aplicat pe orașele Wrocław, Poznan și Lublin. Asemenea României, procesul de îmbătrânire în Polonia a devenit una dintre problemele cele mai des discutate la nivel național (17.1% în 2018)¹⁷, numărul

¹⁴Ko, Hana. Gender differences in health status, quality of life, and community service needs of older adults living alone. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 83, 2019, p. 239. Disponibil la adresa: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0167494319301189?token=CB7BBBBE5573B9140477A4040F03F519C5A8E7E274A47945EDAC798107C492C3AB54F3DC27A170A03967A3E87072F3C9>. Accesat: 04.06.2019.

¹⁵ Populația rezidentă la 1 ianuarie 2018 în scădere cu 120,7 mii persoane. Disponibil la adresa: http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/com_presa/com_pdf/poprez_ian2018r.pdf. Accesat: 22.05.2019.

¹⁶Idem.

¹⁷Eurostat. Disponibil la adresa: <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/elderly/index.html>. Accesat: 22.05.2019.

persoanelor vârstnice de la 65 și peste fiind în continuă creștere, după cum estimează Eurostat.

Rezultatele cercetării au relevat existența unor nevoi satisfăcute în zona nevoilor fundamentale (cazare, alimentație și sănătate fizică), dar și a unor nevoi psihologice, satisfăcute de personalul de îngrijire specializată. Nevoile nesatisfăcute au fost identificate în zonele de prieteni și relații intime, de epuizare psihologică și comunicare.

În afara fenomenului de îmbătrânire a populației care afectează în mod direct creșterea numărului de persoane vârstnice (majoritatea dependente de îngrijire), România se confruntă, din cauza schimbărilor socio-economice, cu provocări pentru persoanele incapabile să trăiască independent cum ar fi acordarea serviciilor de îngrijire la domiciliu, înființarea centrelor rezidențiale destinate persoanelor vârstnice, etc.

3.2 Definirea scopului și a obiectivelor

Scopul acestui studiu îl constituie prezentarea cât mai relevantă a situațiilor ce reflectă diferențe la nivel statistic între nivelurile de trai ale respondenților participanți la studiu nostru. Așadar, prezenta cercetare cu caracter exploratoriu și-a propus să atingă următoarele obiective particulare:

- a) să identifice și să descrie, în profunzime, nevoile persoanelor vârstnice independente din România și
- b) să evalueze în ce măsură nevoile acestora sunt satisfăcute.

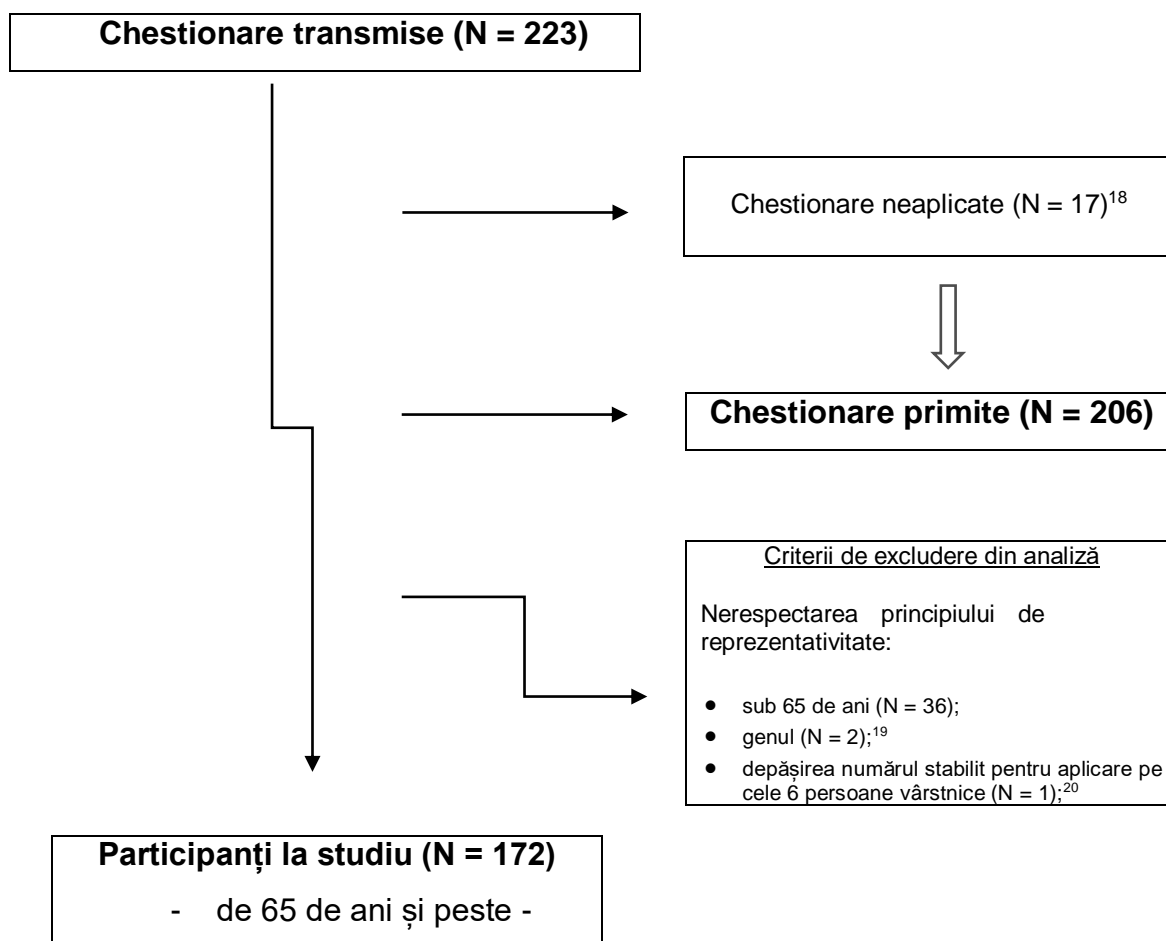
3.3 Elemente de metodologie (eșantionare, categorii de respondenți, metoda chestionarului autoadministrat, culegerea datelor cantitative).

Ca metodologie, am realizat o anchetă bazată pe un chestionar, trimis direct prin poștă și adresă de e-mail celor 37 de consilii județene ale persoanelor vârstnice, ce a fost aplicat cu sprijinul reprezentanților acestora. În privința eșantionării și selectării respondenților, am luat în considerare două principii: *selectarea aleatorie* (o listă cu numele persoanelor vârstnice, membre în organizațiile de pensionari) și *gradul de reprezentativitate* (am luat în considerare 3 criterii cum ar fi: *vârstă*: 65 de ani+, *sex*: 6 persoane vârstnice pe județ (3 femei și 3 bărbați), *mediu de proveniență*: rural, urban.

Volumul respondenților: 222 persoane vârstnice. Perioada de colectare a datelor: 19 martie - 19 aprilie 2019.

Din 37 de județe, au răspuns favorabil la culegerea datelor primare doar 35 de județe (dintre care CJPV Iași a trimis un singur chestionar ce a fost invalidat), celelalte două județe pretextând diverse motive. Prin urmare, un total de 172 respondenți din 34 de județe a fost disponibil pentru cadrele de analize:

Figura nr. 4: Numărul total de respondenți validați pentru cercetare.



Identificarea nevoilor la persoanele vârstnice a fost posibilă datorită aplicării chestionarului ANMPS (vezi Anexa 1). Însă, pentru a reduce timpul, a avea o mai bună calitate /acuratețe a datelor colectate, dar și control asupra lor, anumite informații care lipseau din acest chestionar (cum ar fi: *vârsta, profesia înainte de pensionare, cuantumul pensiei*) au fost, după caz, completate cu date obținute personal în urma

¹⁸CJPV Cluj nu a aplicat chestionarele pentru acest studiu. CJPV Iași a aplicat doar pe o persoană vârstnică de sex feminin ce a fost invalidat din cauza nerespectării criteriului de vârstă (vezi Anexa 2). În schimb, CJPV Timiș nu a primit chestionarele, deoarece și-au schimbat sediul de funcționare.

¹⁹ CJPV Prahova și CJPV Brașov au aplicat pe câte 4 persoane vârstnice de sex masculin și doar pe 2 persoane vârstnice de sex feminin (vezi Anexa 3).

²⁰ CJPV Teleorman a aplicat pe un total de 7 persoane vârstnice, al 7-lea fiind eliminat (vezi Anexa 4).

interviului telefonic cu persoana respectivă și, pe alocuri, cu reprezentantul consiliului județean al persoanelor vârstnice.

3.4 Construcția instrumentului de cercetare: chestionarul ANMPS²¹

Din dorința de a analiza nevoile medicale, psihologice și sociale, a fost gândit un chestionar adresat persoanelor vârstnice pentru a măsura diferențele la nivel statistic între nivelurile de trai ale persoanelor chestionate.

Ca design al chestionarului, a fost construită o tipologie de întrebări: *întrebări închise* (o listă de posibile răspunsuri din care respondenții aleg o variantă de răspuns, întrebări legate de atitudine - scala Likert care utilizează un set de răspunsuri închise, întrebări cu răspuns multiplu), *întrebări deschise*, *întrebări deschise-închise* (întrebări cu răspuns da /nu), *întrebări filtru*, *întrebări numerice*, *întrebări sensibile* (de ex. cele demografice, venitul etc.). Chestionarul acoperă 13 secțiuni privind nevoile medicale, psihologice și sociale ale persoanelor vârstnice, cuprinzând 95 de elemente de culegere de informații despre: categoriile socio-demografice, starea de sănătate a persoanei vârstnice, administrarea și furnizarea serviciilor medicale, gospodărie și condițiile de locuit, situația juridică a locuinței, impozite /taxe pe locuință, sursele de venit, servicii comunitare și accesul persoanei vârstnice la serviciile sociale, relațiile interpersonale, venituri și cheltuieli, activități în timpul liber, profilul psihologic al persoanei vârstnice (*Anexa 1*).

Dincolo de precizările metodologice, raportul de cercetare conține rezultatele exprimate procentual și /sau grafic, însoțite de comentarii. Analizele datelor de cercetare au fost efectuate cu ajutorul programului de statistică SPSS.

3.5 Nevoile persoanelor vârstnice din România. Context legislativ

Potrivit Legii nr.292 din 20 decembrie 2011, persoanele vârstnice reprezintă „o categorie de populație vulnerabilă cu nevoi particulare, datorită limitărilor fiziologice și fragilității caracteristice fenomenului de îmbătrânire. În funcție de situațiile personale de natură socio-economică, medicală și fiziologică, beneficiază de măsuri de asistență socială, în completarea prestațiilor de asigurări sociale pentru acoperirea riscurilor de îmbătrânire și de sănătate²².”

²¹ Assessment of Motor and Process Skills – Evaluarea abilităților motorii și cognitive

²²Legea nr. 292/2011 din 20 decembrie 2011.

Disponibil la adresa: http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Legislatie/Asistentia-sociala-2018/Legea_asistentei_sociale_18012018.pdf. Accesat: 06.05.2019

Persoanele vârstnice cu nevoi speciale, care apelează la serviciile medicale din comunitate, sunt evaluate în baza unei anchete sociale de către specialiști. În această privință, la nivel de legislație, în anul 2000 a fost alcătuită o grilă națională²³ pentru a evalua starea persoanei vârstnice (diagnostic prezent, antecedente familiale relevante, antecedente personale, tegumente și mucoase, aparat locomotor, aparat respirator, aparat cardiovascular, aparat digestiv, aparat urogenital, organe de simț, examen neuropsihic, recomandări de specialitate privind tratamentul igienico-terapeutic și de recuperare), capacitatea de autogospodărire și autoservire, condiții de locuit (luminozitate, umiditate, igienă), facilități de locuire (aparate electrocasnice), rețeaua informală (familia, prietenii, vecinii), situația economică (venituri din pensii, alte venituri, bunuri mobile și imobile acumulate în timpul vieții).

După pensionare, multe persoane vârstnice independente rămân active, lucru reflectat prin îngrijirea nepoților, activitățile productive conducând la fenomenul de „îmbătrânire activă”.

3.5.1 Identificarea și descrierea tipologiei de nevoi ale persoanelor vârstnice (rezultate din chestionarul aplicat)

În conformitate cu *evaluarea nevoilor persoanelor vârstnice Camberwell* (The Camberwell Assessment of Need for the Elderly - CANE), conceptul de „nevoie” este definit astfel: „o situație în care există o problemă semnificativă pentru care există o intervenție corespunzătoare care ar putea ajuta sau atenua problema. De asemenea, autorii au definit nevoile satisfăcute și nevoile nesatisfăcute. O nevoie este satisfăcută când există o problemă medie sau gravă care primește o intervenție corespunzătoare. O nevoie nesatisfăcută este considerată o nevoie care necesită intervenție, care este în prezent fără asistență sau o problemă privită /considerată gravă în ciuda oricărui ajutor primit”.²⁴

Deși inițial *evaluarea nevoilor persoanelor vârstnice Camberwell* a fost dezvoltat ca un instrument pentru evaluarea nevoilor pacienților cu probleme mentale, și-a

²³Hotărârea nr. 886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice. *MONITORUL OFICIAL*, nr. 507, 16 octombrie 2000. Disponibil la adresa: <http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Legislatie/HOTARARI-DE-GUVERN/HG886-2000.pdf>. Accesat: 11.05.2019

²⁴Mazurek, Justyna et al., Needs assessment of elderly people living in Polish nursing homes. *Geriatric Mental Health Care*, 2015, p. 2. Disponibil la adresa: https://www.academia.edu/16896583/Needs_assessment_of_elderly_people_living_in_Polish_nursing_homes. Accesat: 03.06.2019

dovedit utilitatea și în evaluarea problemelor de sănătate ale persoanelor vârstnice independente.²⁵

Principalul avantaj al chestionarului (ANMPS) aplicat pentru acest studiu este că dă posibilitatea să se analizeze nevoile persoanelor vârstnice din perspectiva persoanei vârstnice intervievate din fiecare județ din cele cuprinse în eșantion. Compararea persoanelor vârstnice pe sexe din județele în care a fost aplicat chestionarul de cercetare permite furnizorilor de servicii o descriere cuprinzătoare și detaliată a problemelor ce așteaptă soluții de rezolvare.

Plecând de la teoria sociologică (teoria ierarhiei nevoilor) a psihologului american Abraham Maslow, în cele ce urmează ne vom axa pe cele trei tipuri de nevoi primare privind persoana vârstnică din România ce se dorește a fi satisfăcute (*rezultate din chestionarul aplicat*):

- a) *Nevoile medicale* - **Secțiunea Starea de sănătate a persoanei vârstnică, Relații interpersonale;**
- b) *Nevoile psihologice* - **Secțiunea Profilul psihologic al persoanei vârstnice;**
- c) *Nevoile sociale* - **Secțiunea Date despre gospodărie și condițiile de locuire, Sursele de venit, Servicii comunitare. Accesul persoanei vârstnice la serviciile sociale etc.;**

a) Nevoile medicale.

Nevoile medicale ale persoanelor vârstnice au fost măsurate prin întrebări specifice despre sănătatea mentală, sănătatea fizică și sănătatea socială /suportul social (relațiile interpersonale cu familia și cu persoane neînrudite: colaboratori).

Bolile la care persoanele vârstnice respondente manifestă vulnerabilitate sunt: accidentele vasculare, atacuri de panică, cancer (de colon, prostată, pulmonar), depresii, diabet, glaucom, hipertensiune arterială etc., încadrate în specialități medicale (vezi Graficele 2-21). În acest context, importante ar fi crearea și implementarea unor programe educaționale, care să aibă printre obiectivele principale

²⁵Wieczorowska-Tobis, Katarzyna et al., The Camberwell Assessment of Need for the Elderly questionnaire as a tool for the assessment of needs in elderly individuals living in long-term care institutions. *Archives of Gerontology and geriatrics*, 62, 2016, p. 164. Disponibil la adresa: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0167494315300698?token=B2033BA485B21256C3769F7979CD1FCBE8D2CED660B0AA499E9CF4C82EFD3A8EC2A8940072E38D393CF8F73810FB1138>
Accesat: 03.06.2019

prevenirea bolilor și menținerea independenței și îmbunătățirii calității vieții asupra persoanelor vârstnice.

O nevoie de bază raportată, care este neglijată adesea cu înaintarea în vârstă și mobilitatea limitată, este sănătatea orală a persoanei vârstnice, parte integrată a stării de sănătate generală. Probleme specifice cu care se confruntă aceste categorii sociale legate de pierderea dinților, carii dentare, paradentoză, gingivită.

Din cauza extinderii galopante a fenomenului de îmbătrânire și creșterea numărului de persoane vârstnice care locuiesc singure, se observă o dezvoltare a intervențiilor pentru îmbunătățirea asistenței medicale și a sprijinului zilnic acordat acestui segment social.

Îmbunătățirea calității vieții persoanelor vârstnice cu ajutorul tehnologiei avansate constituie un element-cheie la momentul actual, încercându-se urmărirea reducerii costurilor asistenței medicale, dar și a îngrijirii medicale.

b) Nevoile psihologice

Cele trei tipuri de nevoi psihologice ale adulților (*nevoia de conectare, de competență și de control /autonomie*) stau la baza teoriei auto-determinării, care se axează pe motivații de natură intrinsecă și extrinsecă, generând noi perspective asupra bunăstării sociale, calității relațiilor și scopurilor vieții individuale.

Nevoia de conectare este definită drept un comportament care are abilitatea de a face alegeri libere, nevoia de competență - o necesitate în a fi eficient în acțiunile proprii, iar nevoia de control /autonomie - o modalitate de a te simți conectat cu alții și valorificat de societate /comunitate.²⁶

Persoanele vârstnice din studiu s-au identificate cu diferite profiluri psihologice:

- (1) închis în sine, rezervat, puțin sociabil (3%);
- (2) deschis, comunicativ, sociabil (66%);
- (3) combinat (23%);

dar și cu dispoziții afective generale:

- (1) realist, practic, pragmatic (52%);²⁷
- (2) vesel, optimist (40%);

²⁶Miller, Kelsey A. et al., Applying Self-Determination Theory to Redesign an Inpatient Care Team. *Academic Pediatrics*, vol. 19, nr. 3, 2019, p. 351. Disponibil la adresa: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S1876285918306399/first-page-pdf>. Accesat: 10.06.2019

²⁷ O parte din acești respondenți s-au identificat și în categoria „vesel, optimist”.

- (3) visător, romantic (2%);
- (4) meditativ, însingurat (9%);
- (5) trist, melancolic (6%).

c) Nevoile sociale

Analiza nevoilor sociale este esențială pentru înțelegerea dinamicilor calității vieții, excluziunea socială, sărăcia sau inegalitatea economică, precum și elaborarea politicilor sociale.

În cercetarea calității vieții, nevoile sociale oferă o perspectivă mai largă pe lângă aceea bazată doar pe venit, sărăcia însemnând mult mai mult ca lipsa venitului în conformitate cu standardele sociale.

Ancheta a cuprins întrebări cu 95 de elemente, între care au fost și elemente privind nevoile sociale despre care respondenții studiului au fost rugați să răspundă dacă le au sau nu.

Evaluarea studiului a avut la bază o serie de bunuri, servicii și activități, fiind evidențiate în mod deosebit indicatorii privind nevoile sociale cum ar fi locuirea și alimentația etc. Persoanele vârstnice, participante la studiu, au perceput aceste nevoi sociale ca necesare pentru asigurarea unui nivel de trai decent în cadrul societății și /sau a comunității din care provin.

Utilizarea computer-ului, laptop-ului, tabletei și a Internetului, modalitățile de petrecere a timpului liber sau efectuarea de excursii /călătorii sunt considerate necesități, în special, de către persoanele cu studii superioare și cu venituri peste medie, locuitori din mediul urban. În această ordine de idei, tendința care se întrevede pentru noile generații fiind a unui nivel cât mai larg al identității sociale privind nevoile acestora.

3.5.2 Caracteristicile generale ale participanților

Caracteristicile socio-economice ale participanților au fost evaluate, inclusiv vârsta, genul, situația maritală, nivelul de educație, situația economică.

Subiecții au avut de la vârsta de 65 de ani la 97 de ani cu o vârstă medie de 73.6 ani.

Situația economică și calitatea serviciilor sociale accesate de persoanele vârstnice independente au fost măsurate folosind scalele continue. Alte caracteristici au fost măsurate folosind scale nominale (*județ, situația maritală, genul etc.*).

Tabel nr.1: Diferențe de gen în caracteristicile generale ale persoanelor vârstnice (N=172)

VARIABLE	GEN	
	M (N= 88)	F (N= 84)
MEDIUL DE PROVENIENȚĂ		
urban	72	64
rural	16	19
NR		1
SITUAȚIA MARITALĂ	61	33
căsătorit/ă	4	4
necăsătorit/ă	1	1
concubin/ă	0	6
divorțat/ă	22	39
văduv/ă		
separat/ă (fără acte)	0	1
NR		
NIVELUL DE EDUCAȚIE		
fără școală absolvită	0	0
primară (1- 4 clase)	3	1
gimnazială (5-8 clase)	2	10
profesională, de ucenici sau complementară	17	8
treapta I de liceu (clasele 9-10)	0	1
liceu (9-12 clase)	13	30
postliceală de specialitate sau tehnică de maiștri	20	18
universitar de scurtă durată (colegiu)	6	7
universitar lungă durată (facultate, masterat)	26	9
doctorat	0	0
NR	1	0

Sursă: Prelucrare date primare (culese din eșantionare), studiu CNPV, iunie 2019.

3.6 Analiză statistică și rezultate

Aproape toți participanții au raportat nevoi în următoarele zone: alimentație, sănătate, activități socio-culturale. Studiul arată faptul că (unele) persoane vârstnice au raportat nevoi mai puține față de altele din anumite județe.

Distribuția veniturilor pe cuantumuri (vezi Tab. 2 și Fig. 5) evidențiază existența unei relații directe între nivelul de pregătire al persoanelor care aduc venituri și nivelul acestor venituri.

Media ultimei școlii absolvite înregistrată la bărbații vârstnici îi plasează în rândul școlilor postliceale, de specialitate, tehnică, sau de maiștri, în timp ce media pentru femeile vârstnice le plasează în rândul studiilor liceale (9-12 clase). Cercetând aceste medii, a fost identificat un nivel de trai scăzut la cei cu venituri mici (persoane

vrâstnice care au doar liceul / școală postliceală), comparativ cu acela al persoanelor vârstnice cu venituri mai mari (absolvenți de studii superioare).

Se pot remarca diferențe /inegalități de nivel de gen. Media veniturilor persoanelor vârstnice pensionate de sex feminin (vârsta medie 84 ani), era de 1470,9 lei, mai mică decât aceea a celor de sex masculin (cu vârsta medie de 86 de ani²⁸), ce aveau venitul mediu de 2317,3 lei. De asemenea *mediul de proveniență*, își pune puternic accentul, veniturile din mediul urban fiind considerabil mai mari decât cele din mediul rural.

Raportat pe județe²⁹, s-au înregistrat venituri medii lunare ridicate în Vrancea (2785,1 lei), în timp ce în Brăila s-au înregistrat cele mai scăzute (1390,5 lei).

Veniturile respondenților au provenit preponderent din prestații de asigurări sociale, dar și din activități salariale, precum și din venituri în natură.

Tabel nr. 2: Distribuția veniturilor participanților din cele 34 de județe – 2019 (N = 172)

(%)

STATUS ECONOMIC - Quantum pensie -	BĂRBAȚI	FEMEI
Sub 850 lei	3,0%	6,0%
851-900 lei	0,0%	1,0%
901-950 lei	1,0%	0,0%
951-1000 lei	1,0%	2,0%
1001-1050 lei	0,0%-	2,0%
1051-1100 lei	0,0%	2,0%
1101-1150 lei	1,0%	1,0%
1151-1200 lei	1,0%	3,0%
1201-1250 lei	2,0%	1,0%
1251-1300 lei	1,0%	1,0%
1301-1350 lei	0,0%	1,0%
1351-1400 lei	2,0%	2,0%
1401-1450 lei	1,0%	2,0%
1451-1500 lei	1,0%	2,0%
1501-1550 lei	1,0%	1,0%
1551-1600 lei	3,0%	2,0%
1601-1650 lei	2,0%	2,0%

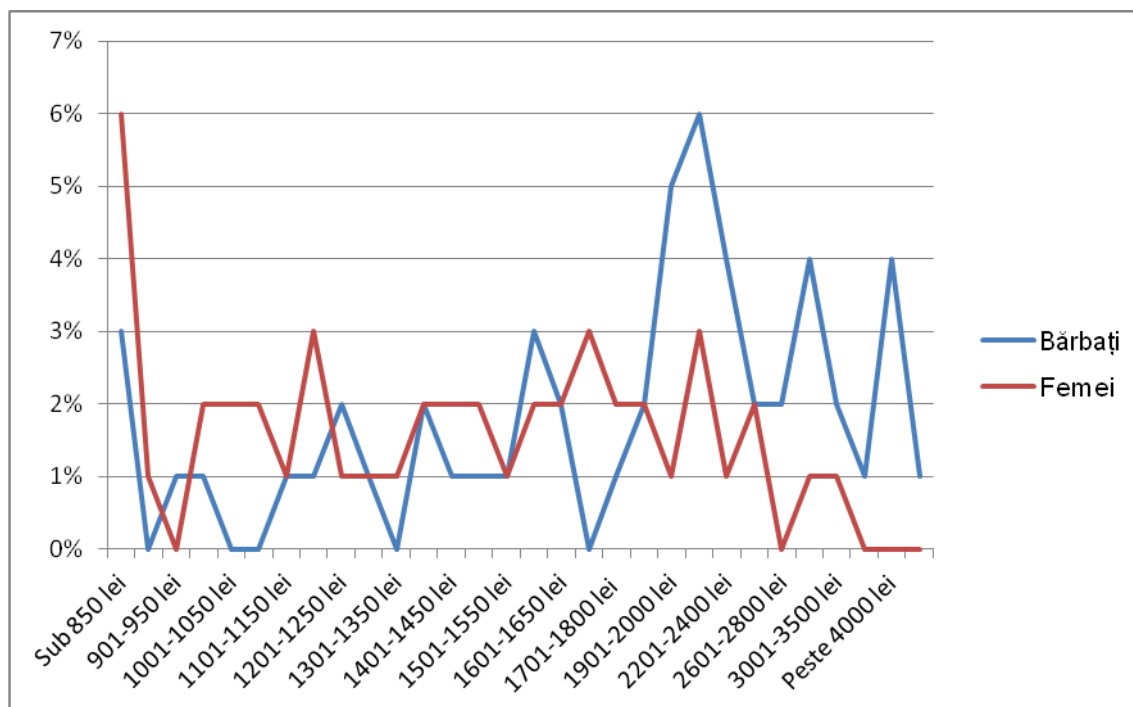
²⁸ La care se adaugă 2 non-răspunsuri înregistrate.

²⁹ S-au luat în considerare pentru analiză doar 14 județe din 34 care au respectat principiul reprezentativității (persoane vârstnice de sex feminin și masculin).

STATUS ECONOMIC - Cuantum pensie -	BĂRBAȚI	FEMEI
1651-1700 lei	0,0%	3,0%
1701-1800 lei	1,0%	2,0%
1801-1900 lei	2,0%	2,0%
1901-2000 lei	5,0%	1,0%
2001-2200 lei	6,0%	3,0%
2201-2400 lei	4,0%	1,0%
2401-2600 lei	2,0%	2,0%
2601-2800 lei	2,0%	0,0%
2801-3000 lei	4,0%	1,0%
3001-3500 lei	2,0%	1,0%
3501-4000 lei	1,0%	0,0%
Peste 4000 lei	4,0%	0,0%
Nu doresc să precizez intervalul/suma	1,0%	0,0%

Sursă: Prelucrare date primare (culese din eșantionare), studiu CNPV, iunie 2019.

Figura nr. 5: Distribuția în funcție de venitul individual lunar - 2019



Sursă: Prelucrare date primare (culese din eșantionare), studiu CNPV, iunie 2019.

3.7 Analiza frecvențelor

În scopul de a vedea în ce măsură datele, culese prin intermediul *chestionarului ANMPS* raportează un cadru amplu de analiză în identificarea nevoilor medicale și

sociale ale persoanelor vârstnice din acest studiu, s-au efectuat următoarele analize statistice: analiza frecvențelor și a distribuțiilor de frecvențe, precum și analiza corelațiilor.

Pentru anul 2018, anul efectuării cercetării, au fost înregistrate cele mai ridicate frecvențe în accesarea de servicii medicale în specialitatea cardiologie (68,60%, o parte dintre ei fiind persoane cărora li s-a aplicat o intervenție de stentare), secondată de analizele medicale anuale (50,58%), comparativ cu alte investigații: RMN și oftalmologie (7,56%), ecografiile la diverse afecțiuni (6,40%), diabetologie (4,65%), gastroenterologie (4,07%), radiografiile și oncologie (3,49%), neurologie și reumatologie (2,91%), tomografiile și urologie (2,33%), pneumologie (1,74%). De asemenea, se poate remarca, în același timp, și o medie crescută a tipului de investigație analizată (tabelele și graficele din anexa nr. 3).

În consecință, analiza frecvențelor, aplicată pe cercetare primară, a permis statistici și reprezentări grafice, necesare pentru descrierea variabilelor.

3.8 Analiza corelațiilor

Pentru evaluarea gradului de asociere dintre două variabile, am utilizat coeficientul de corelație Pearson în examinarea relației între vârstă și venit, venit și deținere de bunuri, venit și excursii în străinătate.

În urma prelucrării datelor se poate observa că există o relație puternic semnificativă negativ de tip Pearson la un $p < 0,000$ între variabilele „venit” și „deținere de bunuri”.

Veniturile mici în rândul populației selectate produc, de regulă, efecte negative legate de reale dificultăți și vulnerabilități, manifestate printr-o serie de amenințări sociale. În cazul nostru, putem afirma faptul că abordarea deținerii de bunuri de către persoanele vârstnice respondente în analiză s-a răsfrânt negativ asupra venitului. Efectele inverse se observă în cazul venitului (vezi Tabel nr. 3).

Spre deosebire de alte studii anterioare, pentru acest studiu au fost selectați cu grijă respondenții în interiorul unui eșantion mai mare care a urmărit bunăstarea socială.

Tabel 3. Corelații Pearson între vârstă și venit, între venit și deținere de bunuri și între venit și excursii în străinătate (N = 172)

		Vârstă	Venit	Deținere bunuri	Excursii străinătate
Vârstă	Corelație Pearson	1	,143	,122	,017
	Probabilitate bidirecțională		,064	,117	,870
	N	172	170	167	100
Venit	Corelație Pearson	,143	1	-,305**	-,120
	Probabilitate bidirecțională	,064		,000	,241
	N	170	170	165	98
Deținere bunuri	Corelație Pearson	,122	-,305**	1	,082
	Probabilitate bidirecțională	,117	,000		,431
	N	167	0,	167	95
Excursii străinătate	Corelație Pearson	,017	-,120	,082	1
	Probabilitate bidirecțională	,870	,241	,431	
	N	100	98	95	100

Aplicând coeficientul de corelație Spearman pentru două variabile ordinale, a fost, de asemenea, raportată o corelație puternic semnificativă negativă de tip Spearman ($p < .001$).

Se poate concluziona astfel că persoanele vârstnice respondente, indiferent de nivelul de studii pe care îl au, obișnuiesc să meargă la spectacole.

Tabel nr. 4: Corelații Spearman între variabilele „nivelul de studii” și „mersul la spectacole” (N = 172)

		Studii	Mers la spectacole
Nivelul de studii	Coeficient de corelație Spearman	1,	,246*
	Probabilitate bidirecțională	.	,001
	N	171	165
Mers la spectacole	Coeficient de corelație Spearman	-,246*	1,
	Probabilitate bidirecțională	,001	.
	N	165	166

Limite și inadvertențe ale studiului

Singura limită prevăzută în studiu a fost legată de modalitatea de aplicare pe un număr mai restrâns de persoane vârstnice din cauza lungimii chestionarului.

În urma verificării chestionarelor trimise la sediul CNPV și a introducerii datelor din chestionar în baza de date a cercetării, au fost constatate următoarele probleme:

- a) aplicarea greșită a chestionarului în majoritatea județelor pe persoane care nu au corespuns categoriei de persoană vârstnică (*Anexa 2*). În această privință, s-a decis invalidarea și excluderea acestora din analiză;
- b) completarea în plus cu două chestionare pentru persoanele vârstnice de sex masculin (cazul CJPV Brașov);
- c) lipsa ultimei pagini (pagina 12) a chestionarului ANMPS în cazul județului Giurgiu, lipsă consemnată în baza de date creată ca non-răspunsuri;
- d) lipsa paginilor 5-8 din cadrul chestionarului ANMPS aplicat pe o persoană vârstnică feminină pentru jud. București (sector 1), de asemenea consemnată în baza de date creată ca non-răspunsuri;
- e) De la Consiliul Județean al Persoanelor Vârstnice Iași s-a primit prin adresa de e-mail un singur chestionar completat pentru o persoană care nu a corespuns criteriului stabilit de vârstă ceea ce a condus la invalidarea acestuia;
- f) Din cauza schimbării adresei de corespondență, la CJPV Timiș nu s-a reușit aplicarea instrumentului nostru de cercetare.

CAPITOL IV. CONCLUZIILE CERCETĂRII ȘI PROPUNERI

Cetățenii din România se află printre cei mai nemulțumiți dintre toți locuitorii statelor europene în lupta cu traiul de zi de zi, majoritatea având venituri mult prea scăzute pentru a duce o viață decentă, o parte din aceștia confruntându-se cu mari dificultăți materiale (de exemplu, în a asigura căldură pe toată perioada iernii în case, a plăti facturile la utilități sau chiria, a putea merge în anumite locuri în concediu ș.a.m.d.).

În mod firesc, tinerii sunt mai încrezători în sine, spre deosebire de persoanele vârstnice, care posedă o stare mai proastă, în special, după ce se produce fenomenul de pensionare, care îi transferă dintr-un mediu activ profesional în altul mai puțin activ și atrăgător. În această privință, rezultate empirice au arătat că, în medie, pensionarea are un efect negativ, rata declinului cognitiv cu înaintarea în vârstă fiind mai mare pentru bărbați decât pentru femei.

Într-o societate coezivă, prestațiile sociale (pensiile) sunt esențiale și ar trebui să fie sustenabile în baza ratificării politice pentru persoanele vârstnice care să poată avea un trai decent, o mai bună calitate a vieții.

Analiza diferitelor nevoi în evaluarea efectuată asupra persoanelor vârstnice respondente a arătat că cele mai comune nevoi satisfăcute au inclus domeniul alimentar, sănătatea fizică și condițiile din gospodărie. Prin urmare, rezultatele mai arată și faptul că asigurarea unei mai bune calități a sănătății acestor categorii de oameni prin accesarea de servicii medicale corespunzătoare este influențată, în principal, de venitul individual.

Dinamica demografică, incluziunea socială și migrația în masă sunt considerate astăzi provocări-cheie pentru formarea unei societăți incluzive social, care să asigure și să dezvolte calitatea vieții oamenilor.

Pe baza constatărilor acestui studiu, am făcut următoarele recomandări pentru consolidarea politicilor publice și sociale:

- Să se efectueze periodic cercetări cantitative și, în special, calitative, focusate pe nevoile sociale, așa cum ele sunt definite în societatea românească, pentru a susține și a explica dinamica calității vieților românilor

cu beneficii importante și evaluarea permanentă a politicilor sociale. O identificare precisă a nevoilor ar trebui să constituie baza de planificare și crearea unui cadru de îngrijire în centrele de îngrijire medicală;

- Bolile cronice și tulburările lor sunt consecințe ale îmbătrânirii. Prevenirea eficientă poate avea loc în orice stadiu de viață la care se află un individ. De aceea, sunt necesare politici de protecție socială și de sănătate pentru „îmbătrânirea activă”, politici care să se concentreze, cu precădere, asupra condițiilor de sănătate ale populației vârstnice în vederea oferirii de mijloace pentru a le păstra autonomia cât mai mult timp posibil;
- Elaborarea unor măsuri și politici legislative de îmbunătățire a mobilității persoanelor vârstnice;
- Dezvoltarea planurilor strategice pentru persoanele vârstnice, ale căror obiective să cuprindă și să susțină problemele persoanelor vârstnice cum ar fi: învățarea pe tot parcursul vieții, alocarea unei mai mari părți din bugetul administrației locale pentru persoanele vârstnice, promovarea pe termen lung a îngrijirii persoanelor vârstnice, construirea de rețele pentru îngrijirea persoanelor vârstnice la nivel național și local etc..

BIBLIOGRAFIE

I. Monografii:

1. Pop, Luana Miruna. (coord.). (2002). *Dicționar de politici sociale*. București: Expert.
2. Preocupețu, Iuliana. Nivelul de trai. (2018). În: *Calitatea vieții în România în context european: raport de cercetare*. Institutul de Cercetare a Calității Vieții, p. 7- 21.

II. Publicații electronice:

1. Eurostat. (2018). *Living conditions in Europe*. Uniunea Europeană. Disponibil la adresa:<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/9079352/KS-DZ-18-001-EN-N.pdf/884f6fec-2450-430a-b68d-f12c3012f4d0>. Accesat: 13.02.2019
2. Allen, Matthew. 2016. Standard of living remains high in Switerland. Swissinfo.ch. Disponibil la adresa:
3. https://www.swissinfo.ch/eng/society/disposable-income_standard-of-living-remains-high-in-switzerland/42111318. Accesat: 13.02.2019.
4. Dumitru, Mihai; Stănescu, Iulian. 2014. Social needs: a consensual approach to material deprivation. *Procedia Economics and Finance*, 8: 293-299.
5. Ko, Hana. 2019. Gender differences in health status, quality of life, and community service needs of older adults living alone. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 83: 239-245.
6. Mazurek, Justyna et al. 2015. Needs assessment of elderly people living in Polish nursing homes. *Geriatric Mintal Health Care*, 2-7.
7. Miller, Kelsey A. et al. 2019. Applying Self-Determination Theory to Redesign an Inpatient Care Team. *Academic Pediatrics*, 19 (3): 351-353.
8. Nakabashi, Luciano. 2018. Poverty and economic development: evidence for the Brazilian states. *EconomiA*, 19: 445-458.
9. Wieczorowska-Tobis, Katarzyna et al. 2016. The Camberwell Assessment of Need for the Elderly questionnaire as a tool for the assessment of needs in

elderly individuals living in long-term care institutions. *Archives of Gerontology and geriatrics*, 62: 163-168.

III. Documente strategice:

1. Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru perioada 2015-2020.

IV. Referințe legislative:

1. Hotărârea nr. 886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice. *Monitorul Oficial*, nr. 507, 16 octombrie 2000.
2. Legea nr. 292/2011 din 20 decembrie 2011 – *Legea asistenței sociale*.

V. Resurse web:

- <https://ec.europa.eu/eurostat>
- www.insse.ro
- www.usnews.com

ANEXA 1

CHESTIONAR PERSOANE VÂRSTINCE

Analiza nevoilor medicale, psihologice și sociale

Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice realizează un studiu referitor la nevoile persoanelor vârstnice în toate județele țării. În conformitate cu principiile de etică profesională, numele dvs. va rămâne strict anonim. Datele colectate din teren vor fi centralizate și prelucrate statistic în scopul prezentării cât mai relevante a situațiilor ce reflectă diferențe între nivelele de trai ale respondenților, participanți la studiu nostru.

Vă mulțumim pentru colaborare!

I. DATE DE IDENTIFICARE A PERSOANEI VÂRSTINCE

Numele și prenumele

.....

Sex:

(Încercuțiți, vă rog, codul corespunzător răspunsului dvs.)

1. masculin
2. feminin

Stare civilă:

(Încercuțiți, vă rog, codul corespunzător răspunsului dvs.)

1. căsătorit/ă
2. necăsătorit/ă
3. concubin/ă
4. divorțat/ă
5. văduv/ă
6. separat/ă (fără acte)

Mediul de proveniență:

(Încercuțiți, vă rog, codul corespunzător răspunsului dvs.)

1. urban
2. rural

Județ:

.....

Oraș/Comună:

.....

Sat:

.....

Telefon:

.....

Vârstă:

.....

II. NIVELUL EDUCAȚIONAL

Q1. Care este ultima școală absolvită?

(Încercuiți, vă rog, codul corespunzător răspunsului dvs.)

1. fără școală absolvită
2. primară (1- 4 clase)
3. gimnazială (5-8 clase)
4. profesională, de ucenici sau complementară
5. treapta I de liceu (clasele 9-10)
6. liceu (9-12 clase)
7. postliceală de specialitate sau tehnică de maiștri
8. universitar de scurtă durată (colegiu)
9. universitar lungă durată (facultate, masterat)
10. doctorat

Citiți, vă rog, cu atenție următoarele întrebări și marcați cu X răspunsul dvs. în fiecare căsuță.	Da	Nu
Q 2. Citiți zilnic cărți, presă ?		
Q 3. Ați scris sau publicat cărți, articole ?		
Q 4. Ați urmat/participat la cursuri specializate (de limbi străine etc.) ?		
Q 5. Folosiți PC – ul/calculatorul ?		
Q 6. Folosiți laptop-ul ?		
Q 7. Folosiți tableta ?		
Q 8. Folosiți Internet-ul ?		
Q 9. Folosiți telefonul mobil (de exemplu: smartphone-urile ?		

Q10. Ce profesie ați avut înainte de momentul pensionării ? Specificați, vă rog.

III. STAREA DE SĂNĂTATE A PERSOANEI VÂRSTNICĂ

Q11. De ce afecțiuni suferiți în prezent:	<p>.....</p> <p>.....</p>
Q12. Probleme generale:	<p>(Încercuiți, vă rog, <u>codul</u> corespunzător răspunsului dvs.)</p> <p style="text-align: right;"><i>Răspuns multiplu</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mentale 2. sanguine/sangvine 3. limfatice 4. reumatologice 5. cardiovasculare 6. gastroenterologice 7. endocrinologice 8. oftalmologice 9. dermatologice 10. afecțiuni ale sistemul osos 11. neoplasme/tumori 12. nutriționale
Q13. Probleme specifice persoanelor vârstnice	<p>(Încercuiți, vă rog, <u>codul</u> corespunzător răspunsului dvs.)</p> <p style="text-align: right;"><i>Răspuns multiplu</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. abuz de alcool (1) 2. accidente vasculare cerebrale (AVC-uri) 3. Alzheimer 4. anorexie 5. atacuri de panică 6. bulimie 7. cancere (de colon, prostată, pulmonar etc.) 8. cataractă 9. colon iritabil 10. consum de alcool (2) 11. depresii 12. diabet 13. disfuncții sexuale (cauzate de aparatul genital feminin și masculin) 14. glaucom 15. hipertensiunea arterială 16. infecții: cu virusul HIV, hepatite de tip B (VHB) și C (VHC) 17. insomnii 18. obezitate 19. Parkinson 20. schizofrenie <p>Notă:</p> <p>(1) <u>Dacă se depășește nivelul de consum responsabil</u> (detaliat mai jos), se vorbește, în aceste condiții, de consumul de alcool abuziv.</p> <p>(2) <u>Pentru un consum responsabil</u>, bărbații cu vârsta peste 60 ani, ca și în cazul femeilor, nu trebuie să depășească 10 mg. de alcool/zi sau 40 mg. la o ocazie și max. 70 mg. de alcool/săptămână.</p>

Q14. Anul diagnosticării:

.....

IV. ADMINISTRAREA ȘI FURNIZAREA SERVICIILOR MEDICALE

Q15. Reușiți să ajungeți la medic/recuperare de câte ori aveți nevoie ?

1. Da 2. Nu

Q16. Ce investigații medicale ați efectuat în ultimul an ?

Q17. Cu ce periodicitate faceți investigațiile ?

1. lunar
2. trimestrial
3. semestrial
4. anual
5. la nevoie

Q18. Ce tratament v-a fost administrat ?

Q19. De cât timp urmați tratamentul ?

Q20. Cum vă procurați medicamentele?

1. singur
2. cu sprijinul familiei extinse
3. cu sprijinul prietenilor
4. cu sprijinul vecinilor

Q21. Aceste tratamente sunt incluse în asigurarea medicală ?

1. Da 2. Nu

Q22. În decursul vieții, ați fost supus/ă intervențiilor chirurgicale ?

1. Da 2. Nu

Q23. Ce tip de intervenții ? Specificați, vă rog.

Citiți, vă rog, cu atenție următoarele întrebări și marcați cu X răspunsul dvs. în fiecare căsuță.	Da	Nu
Q24. Sunteți persoană vârstnică cu handicap ?		
Q25. Aveți certificat de handicap ?		

Q26. Încadrarea în grad de handicap:

1. grav
2. accentuat
3. mediu
4. ușor

Q27. Obișnuiți să vă faceți vaccinul antigripal la cabinetul medical?

1. Da
2. Nu

Q28. Din ce este alcătuită alimentația dvs. ?

Răspuns multiplu

1. fructe
2. legume
3. lactate, ouă
4. carne
5. dulciuri

Q29. Aveți vicii ?

1. Da
2. Nu

Q30. Ce tip de vicii aveți?

Răspuns multiplu

1. cafea
2. tutun
3. alcool
4. jocuri de noroc
5. altceva și anume:

.....

V. DATE DESPRE GOSPODĂRIE ȘI CONDIȚIILE DE LOCUIRE

Q31. Tipul locuinței:

1. proprietate personală
2. cu chirie la stat (ANL)
3. cu chirie la privat
4. aziluri de stat, adăposturi de zi/noapte
5. aziluri private
6. adăposturi improvizate
7. oamenii străzii
8. altă situație și anume:.....
.....

(Încercuțiți, vă rog, codul corespunzător răspunsului dvs.)

Q32. Locuiesc persoane vârstnice în același bloc cu dvs. sau în împrejurimi ?

1. Da
2. Nu

Q33. Care este ponderea acestor persoane vârstnice?

|_|_|

Q34. Câte persoane locuiesc împreună cu dvs.?

1. |_|_|
9. Niciuna

Q35. Câte camere are locuința dvs.? (fără bucătărie, bai, holuri, debara).

|_|_|

Q36. În câte camere se doarme?

|_|_|

Q37. Cu câte paturi este dotată locuința ?

|_|_|

Citiți, vă rog, cu atenție următoarele întrebări și și marcați cu X răspunsul dvs. în fiecare căsuță.	Da	Nu
Q38. Locuința este prevăzută cu bucatărie proprie ?		
Q39. Locuința are baie proprie ?		
Q40. Locuința are acces la electricitate ?		
Q41. Locuința este racordată la un sistem de canalizare ?		
Q42. Locuința este înregistrată la o firmă de ridicare a gunoiului ?		

Q43. Câte televizoare în stare de funcționare există în locuința dvs. ?

1. |_|_|

9. Niciunul

Q44. Ce model de aparat TV dețineți ?

Răspuns multiplu

1. SAMSUNG
2. VORTEX
3. LG
4. PHILIPS
5. NEI
6. SONY BRAVIA KD
7. SHARP LC
8. BLAUPUNKT BLA
9. PANASONIC VIERA TX
10. HORIZON
11. ORION
12. SHARP AQUOS
13. UTOK
14. Altul. Specificați, vă rog.....

Q45. Care este diagonala aparatelor TV ?

Răspuns multiplu

1. Sub 51 cm
2. 51-72 cm
3. 73-80 cm
4. Peste 80 cm
9. NS/NR

Q46. În ce camere sunt amplasate televizoarele ?Răspuns multiplu

1. Bucătărie
 2. Sufragerie
 3. Dormitor
 4. Camera copiilor
 5. Altă cameră. Specificați, vă rog
-

Citiți, vă rog, cu atenție următoarele întrebări și marcați cu X răspunsul dvs. în fiecare căsuță.	Da	Nu
Q47. Locuința are acces la apă potabilă ?		
Q48. Dețineți mașină de spălat ?		
Q49. Locuința dispune de grădină ?		

VI. SITUAȚIA JURIDICĂ A LOCUINȚEI**DOAR PENTRU CEI CARE AU ALES VARIANTĂ DE RĂSPUNS 1 LA Q31.**

Citiți, vă rog, cu atenție următoarele întrebări și marcați cu X răspunsul dvs. în fiecare căsuță.	Da	Nu
Q50. Aveți acte de proprietate asupra locuinței ?		
Q51. Locuința are certificat de cadastru, intabulare și carte funciară ?		

VII. IMPOZITE/TAXE PE LOCUINȚĂ

Citiți, vă rog, cu atenție următoarele întrebări și marcați cu X răspunsul dvs. în fiecare căsuță.	Da	Nu
Q52. Locuința are asigurare obligatorie?		
Q53. Aveți în posesie terenuri agricole?		
Q54. Locuința are taxele plătite la zi?		
Q55. Terenurile au taxele plătite la zi?		

VIII. SURSELE DE VENIT

Q56. Statutul ocupațional:

Răspuns multiplu

1. salariat
2. antreprenor
3. pensionar(ă) la limită de vârstă
4. pensionar pe caz de boală (anticipat)
5. altă situație. Specificați, vă rog.

.....
Q57. Aveți un venit stabil ?

1. Da 2. Nu

	Specificați, vă rog, <u>cuantumul</u> pentru fiecare categorie în parte unde vă încadrați. Notă: Se va lua ca perioada de referință - <u>ultima lună</u> . <i>Răspuns multiplu</i>
Q58. Venituri din activități salariale	
Q59. Pensii de asigurări sociale pentru vechime în muncă	
Q60. Pensii militare	
Q61. Pensii speciale	
Q62. Pensie de invaliditate	
Q63. Pensii pentru agricultori	
Q64. Alte pensii (de ex. de urmaș)	
Q65. Indemnizații asimilate pensiilor	
Q66. Indemnizația lunară pentru persoanele cu handicap grav și accentuat	
Q67. Ajutor social, cantină socială	
Q68. Ajutor pentru încălzirea locuinței	
Q69. Ajutor de urgență	
Q70. Alte indemnizații prevăzute de legi speciale	

Q71. Aveți grijă de copiii/de alte persoane dependente din afara gospodăriei ?

1. Da 2. Nu

IX. SERVICII COMUNITARE. ACCESUL PERSOANEI VÂRSTINCE LA SERVICIILE SOCIALE

Q72. Ați accesat vreodată unul din serviciile ?

Răspuns multiplu

1. îngrijirea temporară sau permanentă la domiciliu
2. îngrijirea temporară sau permanentă într-un cămin pentru persoane vârstnice
3. îngrijirea în centre de zi, cluburi pentru vârstnici, case de îngrijire temporară, apartamente și locuințe sociale
4. împrumuturi/credite financiare pentru persoanele vârstnice (bănci, case de ajutor reciproc a pensionarilor)
5. niciunul.

Q73. Pe o scală de la 1 (foarte proastă) la 5 (foarte bună), cum evaluați calitatea acestor servicii ?

| | | |

X. RELAȚII INTERPERSONALE

Citiți, vă rog, cu atenție următoarele întrebări și încercuiți <u>codul</u> corespunzător răspunsului dvs.	Da	Nu
Q74. Vă ocupați de îngrijirea locuinței (de exemplu: activități administrative)?		
Q75. Primiți ajutor din partea unei persoane în gospodărie ?		
Q76. Aveți probleme relaționale cu familia (partenerul, frați/surori etc.) ?		
Q77. Aveți probleme relaționale cu colaboratorii dvs. ?		

XI. BUNURI ACUMULATE ÎN TIMPUL VIEȚII (MAȘINI, FIRME)

Q78. Sunteți conducător auto?

1. Da 2. Nu

Q79. Ce model de mașină aveți ?

1. DACIA LOGAN
2. RENAULT
3. FORD
4. VOLKSWAGEN
5. altceva și anume:

.....

Q80. Sunteți antreprenor/coasociat de firmă ?

1. Da 2. Nu

XII. VENITURI ȘI CHELTUIELI

Q81. În ultima lună, cum apreciați veniturile dvs.?

1. foarte bune
2. bune
3. satisfăcătoare
4. insuficiente

Q82. De regulă, din aceste venituri cât % puteți acoperi:

Răspuns multiplu

1. alimentația (corespunzătoare medicației dvs.).....
2. tratamente
.....
3. medicamente prescrise
.....
4. reparații (în/la casă)
.....
5. minivacanțe/exercisii
.....

Citiți, vă rog, cu atenție următoarele întrebări și marcați cu X răspunsul dvs. în fiecare căsuță.	Da (Dacă se răspunde cu Da, atunci mergeți la Q88)	Nu
Q83. În aceste condiții, mai puteți face și economii ?		
Q84. Aveți datorii la chiria locuinței ?		
Q85. Aveți datorii la utilitățile locuinței?		

Q86. Care este valoarea totală a datoriilor?

—|_|_|_|_|—

Q87. Cum v-ați gândit să le achitați în următoarea perioadă?

1. încerc să mă împrumut
2. din economiile familiei
3. mă ajută copii
4. intenționez să lucrez pentru alte familii (de exemplu: să fac menaj, să îngrijesc de copii/bătrâni etc.)
9. NS/NR

XII. ACTIVITĂȚI ÎN TIMPUL LIBER

Q88. Care sunt modalitățile de petrecere a timpului liber ?

1. plimbări în parc
2. merg în excursii/călătorii
3. merg la spectacole
4. vizite la muzee
5. întâlniri cu prietenii
6. ieșiri la restaurant
7. la pescuit
8. biserică
9. programe și emisiuni TV
10. altceva și anume:

.....
.....

Q89. De regulă, ce tip de excursii/călătorii efectuați:

1. excursii în țară
2. excursii în străinătate

Q90. Care este frecvența vizionării emisiunilor TV pe săptămână?

1. o dată pe săptămână
2. 2-3 ori pe săptămână
3. mai mult de 3 ori pe săptămână
4. zilnic

Q91. Ce tip de emisiuni preferați ?

1. informative
2. politice
3. culturale
4. de divertisment
5. religioase
6. altceva și anume:

.....

Q92. Aveți animale de companie?

1. Da
2. Nu

Q93. Specificați ce tip de animal de companie aveți:

.....
.....

XIII. PROFILUL PSIHOLÓGIC AL PERSOANEI VÂRSTNICE

Q94. Identificarea profilului psihologic:

1. închis în sine, rezervat, puțin sociabil
2. deschis, comunicativ, sociabil
3. combinat

Q95. Dipoziția afectivă generală:

1. realist, practic, pragmatic
2. vesel, optimist
3. visător, romantic
4. meditativ, însingurat
5. trist, melancolic

Data completării: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

ANEXA 2 NOTE METODOLOGICE

Situația chestionarelor invalidate după criteriul nerespectării vârstei

Nr. crt.	JUDEȚ	NUMĂR DE CHESTIONARE	VÂRSTA	
			FEMININ	MASCULIN
1	ARAD	1	61	
2	ARGEȘ	2	62, 64	
3	BUZĂU	3	60, 64	63
4	BIHOR	3	64	60, 64
5	BISTRIȚA	1	60	
6	BRAȘOV	1	61	
7	BRĂILA	1	60	
8	BUCUREȘTI (SECTOR 6)	1		58
	BUZĂU	3	60, 64	63
9	CARAȘ-SEVERIN	1		62
10	CĂLĂRAȘI	1		63
11	CONSTANȚA	1		61
12	DĂMBOVIȚA	2	48	56
13	IALOMIȚA	1	64	
14	IAȘI	1	62	
15	NEAMȚ	3	63, 64	63
16	PRAHOVA	1	64	
17	SIBIU	1	54	
18	TELEORMAN	1	64	
19	TULCEA	1		64
20	VÂLCEA	5	60,	62

Situația chestionarelor invalidate după criteriul nerespectării principiului reprezentativității (genul)

Nr. crt.	JUDEȚ	NUMĂR DE CHESTIONARE	VÂRSTA	
			FEMININ	MASCULIN
1	BRAȘOV	2		72, 73
2	PRAHOVA	1		72

Situația chestionarelor invalidate după criteriul depășirii numărului specificat în adresă

Nr. crt.	JUDEȚ	NUMĂR DE CHESTIONARE	VÂRSTA	
			FEMININ	MASCULIN
1.	TELEORMAN	1	73	

Situația chestionarelor lipsă care nu s-au transmis

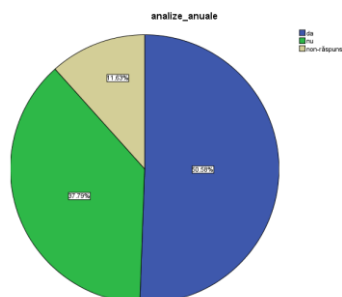
Nr. crt.	JUDEȚ	NUMĂR DE CHESTIONARE	VÂRSTA	
			FEMININ	MASCULIN
1	IAȘI	5	2	3

ANEXA 3

Tabel nr. 5: Frecvențe la nivelul deplasării către medicul de familie

	Frecvență	Pondere (%)	Pondere răspunsuri valide (%)
Valid	Da	4	2.3
	Nu	148	86.0
	Total	152	88.4
Non-răspunsuri	20	11.6	
Total	172	100.0	

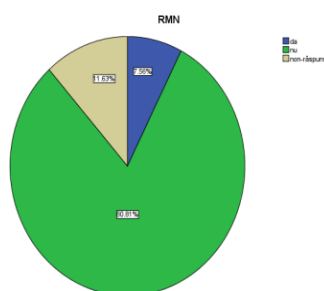
Figura nr.6: Reprezentare grafică procentuală – medic de familie



Tabel nr. 6: Frecvențe înregistrate la nivelul investigațiilor medicale efectuate de către respondenți în ultimul an – 2018

	Frecvență	Pondere (%)	Pondere răspunsuri valide (%)
Valid	Da	87	50.6
	Nu	65	37.8
	Total	152	88.4
Non-răspunsuri	20	11.6	
Total	172	100.0	

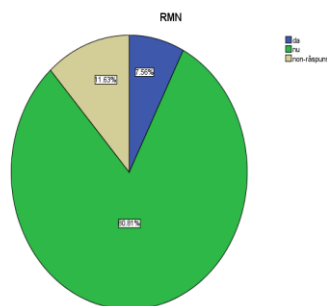
Figura nr.7: Reprezentare grafică procentuală la nivelul accesării de servicii medicale - analize anuale



Tabel nr.7: Investigație RMN

	Frecvență	Pondere (%)	Pondere răspunsuri valide (%)
Valid	Da	13	7.6
	Nu	139	80.8
	Total	152	88.4
Non-răspunsuri	20	11.6	
Total	172	100.0	

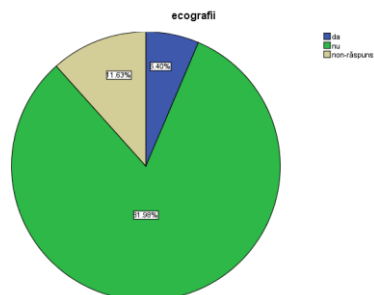
Figura nr.8: Reprezentare grafică procentuală la nivelul accesării de servicii medicale – investigație RMN



Tabel nr.8: Investigație - ecografii

		Frecvență	Pondere (%)	Pondere răspunsuri valide (%)
Valid	Da	11	6.4	7.2
	Nu	141	82.0	92.8
	Total	152	88.4	100.0
Non-răspuns		20	11.6	
Total		172	100.0	

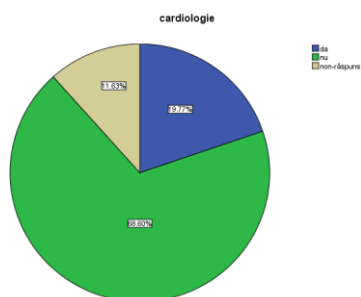
Figura nr.9: Reprezentare grafică procentuală la nivelul accesării de servicii medicale - ecografii



Tabel nr.9: Investigație - cardiologie

		Frecvență	Pondere (%)	Pondere răspunsuri valide (%)
Valid	Da	34	19.8	22.4
	Nu	118	68.6	77.6
	Total	152	88.4	100.0
Non-răspuns		20	11.6	
Total		172	100.0	

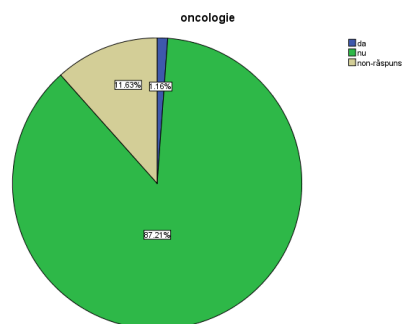
Figura nr.10: Reprezentare grafică procentuală la nivelul accesării de servicii medicale - cardiologie



Tabel nr.10: Investigație - oncologie

		Frecvență	Pondere (%)	Pondere răspunsuri valide (%)
Valid	Da	2	1.2	1.3
	Nu	150	87.2	98.7
	Total	152	88.4	100.0
Non-răspuns		20	11.6	
Total		172	100.0	

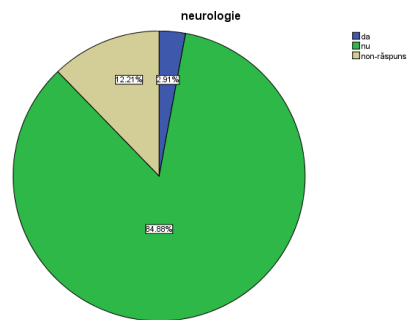
Figura nr.11: Reprezentare grafică procentuală la nivelul accesării de servicii medicale - oncologie



Tabel nr.11: Investigație - neurologie

		Frecvență	Pondere (%)	Pondere răspunsuri valide (%)
Valid	Da	5	2.9	3.3
	Nu	146	84.9	96.7
	Total	151	87.8	100.0
Non-răspuns		21	12.2	

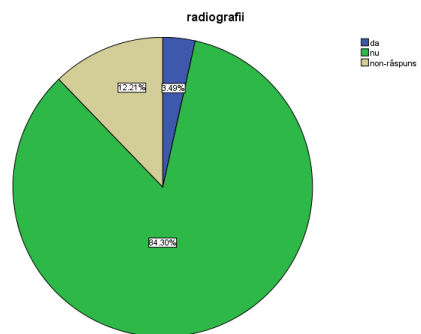
Figura nr.12: Reprezentare grafică procentuală la nivelul accesării de servicii medicale - neurologie



Tabel nr.12: Investigație - radiologie

		Frecvență	Pondere (%)	Pondere răspunsuri valide (%)
Valid	Da	6	3.5	4.0
	Nu	145	84.3	96.0
	Total	151	87.8	100.0
Non-răspuns		21	12.2	
Total		172	100.0	

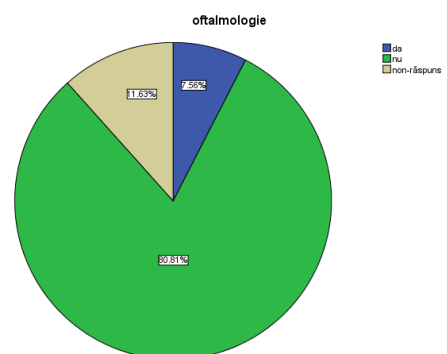
Figura nr.13: Reprezentare grafică procentuală la nivelul accesării de servicii medicale – radiografii



Tabel nr.13: Investigație - oftalmologie

		Frecvență	Pondere (%)	Pondere răspunsuri valide (%)
Valid	Da	13	7.6	8.6
	Nu	139	80.8	91.4
	Total	152	88.4	100.0
Non-răspuns		20	11.6	
Total		172	100.0	

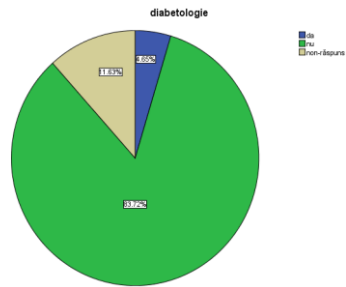
Figura nr.14: Reprezentare grafică procentuală la nivelul accesării de servicii medicale – oftalmologie



Tabel nr.14: Investigație - diabetologie

		Frecvență	Pondere (%)	Pondere răspunsuri valide (%)
Valid	Da	8	4.7	5.3
	Nu	144	83.7	94.7
	Total	152	88.4	100.0
Non-răspuns		20	11.6	
Total		172	100.0	

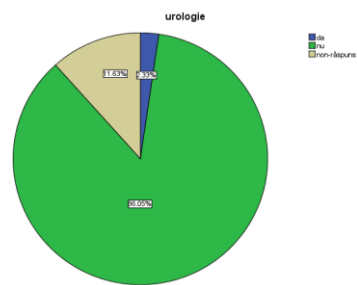
Figura nr.15: Reprezentare grafică procentuală la nivelul accesării de servicii medicale - diabetologie



Tabel nr.15: Investigație - urologie

		Frecvență	Pondere (%)	Pondere răspunsuri valide (%)
Valid	Da	4	2.3	2.6
	Nu	148	86.0	97.4
	Total	152	88.4	100.0
Non-răspuns		20	11.6	
Total		172	100.0	

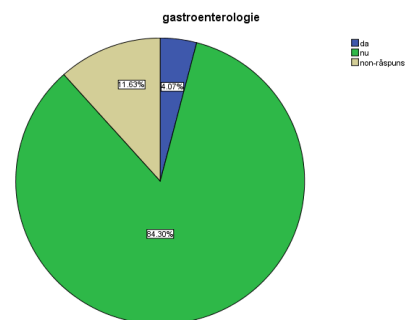
Figura nr.16: Reprezentare grafică procentuală la nivelul accesării de servicii medicale - urologie



Tabel nr.16: Investigație - gastroenterologie

		Frecvență	Pondere (%)	Pondere răspunsuri valide (%)
Valid	Da	7	4.1	4.6
	Nu	145	84.3	95.4
	Total	152	88.4	100.0
Non-răspuns		20	11.6	
Total		172	100.0	

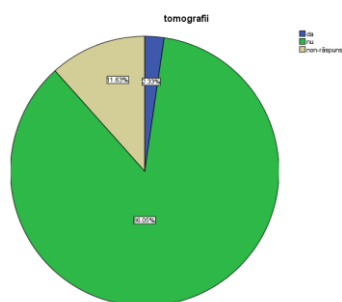
Figura nr.17: Reprezentare grafică procentuală la nivelul accesării de servicii medicale - gastroenterologie



Tabel nr.17: Investigație - tomografii

		Frecvență	Pondere (%)	Pondere răspunsuri valide (%)
Valid	Da	4	2.3	2.6
	Nu	148	86.0	97.4
	Total	152	88.4	100.0
Non-răspuns		20	11.6	

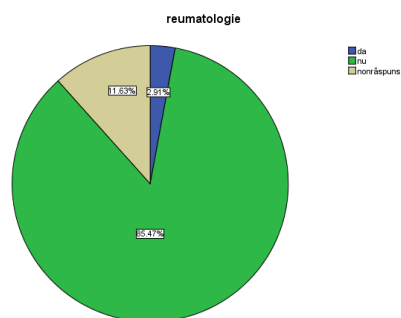
Figura nr.18: Reprezentare grafică procentuală la nivelul accesării de servicii medicale – tomografii



Tabel nr.18: Investigație - reumatologie

		Frecvență	Pondere (%)	Pondere răspunsuri valide (%)
Valid	Da	5	2.9	3.3
	Nu	147	85.5	96.7
	Total	152	88.4	100.0
Non-răspuns		20	11.6	
Total		172	100.0	

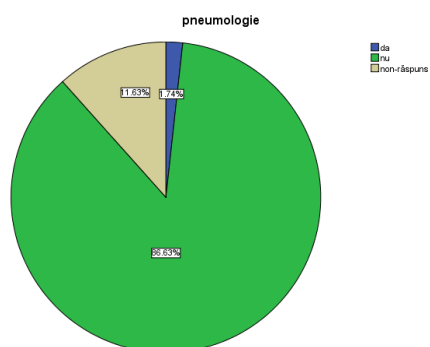
Figura nr.19: Reprezentare grafică procentuală la nivelul accesării de servicii medicale – reumatologie



Tabel nr.19: Investigație - pneumologie

		Frecvență	Pondere (%)	Pondere răspunsuri valide (%)
Valid	Da	3	1.7	2.0
	Nu	149	86.6	98.0
	Total	152	88.4	100.0
Non-răspuns		20	11.6	
Total		172	100.0	

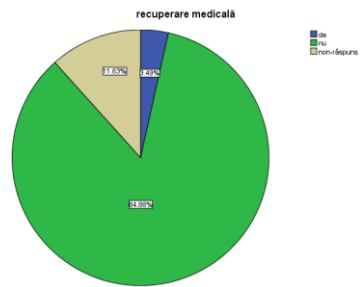
Figura nr.20: Reprezentare grafică procentuală la nivelul accesării de servicii medicale – pneumologie



Tabel nr. 20: Investigație – recuperare medicală

		Frecvență	Pondere (%)	Pondere răspunsuri valide (%)
Valid	Da	6	3.5	3.9
	Nu	146	84.9	96.1
	Total	152	88.4	100.0
Non-răspuns		20	11.6	
Total		172	100.0	

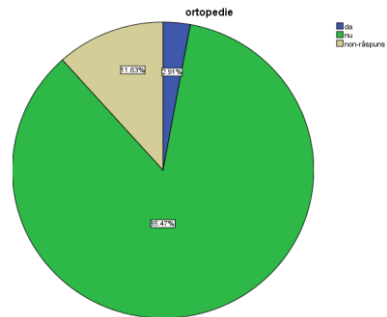
Figura nr.21: Reprezentare grafică procentuală la nivelul accesării de servicii medicale – recuperare medicală



Tabel nr. 21: Investigație – ortopedie

		Frecvență	Pondere (%)	Pondere răspunsuri valide (%)
Valid	Da	5	2.9	3.3
	Nu	147	85.5	96.7
	Total	152	88.4	100.0
Non-răspuns		20	11.6	
Total		172	100.0	

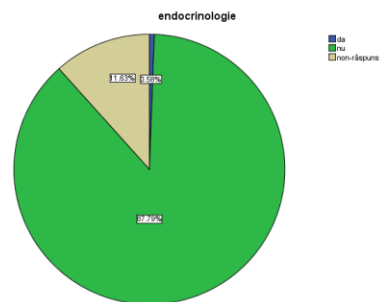
Figura nr.22: Reprezentare grafică procentuală la nivelul accesării de servicii medicale – ortopedie



Tabel nr. 22: Investigație – endocrinologie

		Frecvență	Pondere (%)	Pondere răspunsuri valide (%)
Valid	Da	1	.6	.7
	Nu	151	87.8	99.3
	Total	152	88.4	100.0
Non-răspuns		20	11.6	
Total		172	100.0	

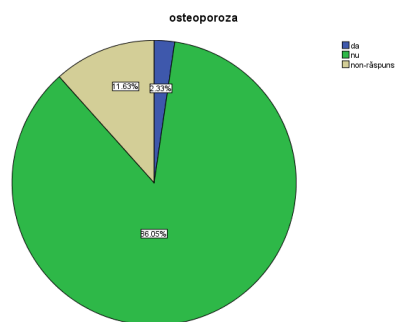
Figura nr.23: Reprezentare grafică procentuală la nivelul accesării de servicii medicale – endocrinologie



Tabel nr. 23: Investigație – osteoporoză

		Frecvență	Pondere (%)	Pondere răspunsuri valide (%)
Valid	Da	4	2.3	2.6
	Nu	148	86.0	97.4
	Total	152	88.4	100.0
Non-răspuns		20	11.6	
Total		172	100.0	

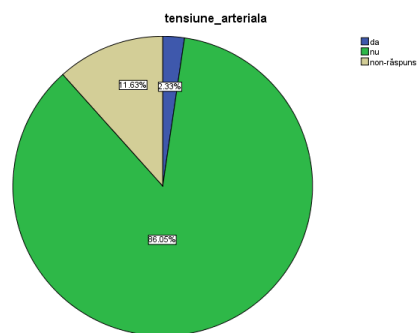
Figura nr.24: Reprezentare grafică procentuală la nivelul accesării de servicii medicale – osteoporoză



Tabel nr. 24: Investigație – tensiune arterială

		Frecvență	Pondere (%)	Pondere răspunsuri valide (%)
Valid	Da	4	2.3	2.6
	Nu	148	86.0	97.4
	Total	152	88.4	100.0
Non-răspuns		20	11.6	
Total		172	100.0	

Figura nr.25: Reprezentare grafică procentuală la nivelul accesării de servicii medicale – tensiune arterială



Tabel nr. 25: Investigație – nefrologie

		Frecvență	Pondere (%)	Pondere răspunsuri valide (%)
Valid	Da	1	.6	.7
	Nu	149	86.6	99.3
	Total	150	87.2	100.0
Non-răspuns		22	12.8	
Total		172	100.0	

Figura nr.26: Reprezentare grafică procentuală la nivelul accesării de servicii medicale - nefrologie

