



**CONSILIUL NAȚIONAL AL
PERSOANELOR VÂRSTNICE**

***„Calitatea vieții persoanelor
vârstnice din România”***

2014

Cuprins:

1.	Problematica vârstnicilor - aspecte introductive.....	3
2.	Caracteristici ale perioadei de îmbătrânire.....	8
	2.1. Modificări fizice și psihice caracteristice îmbătrânirii.....	9
	2.2. Definirea bătrâneții și clasificarea ei.....	11
	2.3. Nevoia de activitate fizică la bătrâni.....	12
	2.4. Normal și patologic în îmbătrânire.....	13
	2.5. Perioada de criză a vârstnicului.....	14
	2.6. Dependența la persoanele vârstnice.....	19
3.	Calitatea vieții persoanelor vârstnice din România - cercetare.....	20
4.	Propuneri.....	33
5.	Bibliografie.....	40
6.	Anexa - chestionar.....	41

Capitolul I

Problematika vârstnicilor - aspecte introductive

Îmbătrânirea populației reprezintă o problemă socială, întrucât afectează un număr mare de persoane, interesând nu numai populația respectivă, ci și factorii decizionali și societatea în general, care suportă consecințele. Elaborarea cadrului legislativ, în acord cu prevederile legislației europene, cât și elaborarea politicilor publice în domeniul social și a acțiunilor concrete de reformă socială pentru domeniul persoanelor vârstnice s-au aflat și se află în continuare pe agenda publică.

Fenomenul necesită acțiuni sociale concrete care să influențeze o evoluție în sensul creșterii autonomiei și bunăstării vieții vârstnicilor, al îmbătrânirii sănătoase, al asigurării unei vieți de calitate cu costuri sociale cât mai scăzute.

Dezbatem în continuare câteva aspecte importante referitor la persoanele vârstnice și calitatea vieții lor.

După cum este cunoscut numărul vârstnicilor nu se suprapune cu cel al pensionarilor, dar aceștia din urmă reprezintă ponderea cea mai însemnată. La noi în țară, populația vârstnică se consideră populația de 60 ani și peste sau populația de 65 ani și peste.

Pentru prima oară, în ultimele decenii, la 1 ianuarie 2000, populația vârstnică a întrecut numeric populația tânără, iar la 1 ianuarie 2012, ponderea populației vârstnice, 65 de ani și peste (16,1%) a depășit ponderea populației tinere, 0 -14 ani (15,8%).

Procesele demografice din țara noastră încep să se înscrie în modelul tranziției demografice, înregistrat în ultimele decenii în țările dezvoltate, și caracterizat de specialiști prin trecerea de la niveluri înalte ale mortalității și natalității la niveluri scăzute. Se acceptă că tranziția demografică comportă particularități naționale, dar ea are un caracter inexorabil, fiind legată de tendința generală de

modernizare a societății. În tranziția structurii populației pe vârste, caracteristica principală este îmbătrânirea demografică.

Îmbătrânirea demografică și reducerea numărului locurilor de muncă produc modificări structurale, din punct de vedere socio-economic, asupra populației active și inactive. În anul 2013, numărul mediu al pensionarilor a fost de 5.251.800 persoane, mai redus cu 1,2% față de anul anterior. Pensionarii de asigurări sociale de stat au înregistrat o scădere cu 0,4% față de anul anterior.

După sistemul de pensionare, numărul mediu al pensionarilor în anul 2013 este prezentat în tabelul nr. 1.

Tabelul nr. 1 Numărul total al pensionarilor, pe categorii în anul 2013

- mii persoane -

Pensionari total (I+II+III)	5.251,8
I. Pensionari de asigurări sociale – total, din care:	5.246,0
- pensionari de asigurări sociale de stat	4.682,0
- pensionari de asigurări sociale - agricultori	564,0
II. Beneficiari de ajutor social (tip pensie)	0,8
III. Pensionari IOVR	5,0

Sursa datelor: www.cnpas.org

Conform datelor din lucrarea „Forța de muncă în România: Ocupare și șomaj - anul 2012”, din totalul de 8.170.367 persoane inactive¹ (de 15 ani și peste) 51,9% era reprezentat de pensionari² și beneficiari de ajutor social (4.236.945), din care 41,1% bărbați (1.740.282) și 58,9% femei (2.496.663). Pe medii de rezidență, 57,9% din numărul pensionarilor și al beneficiarilor de ajutor social inactivi se afla în mediul urban (2.452.023) și 42,1% în rural (1.784.922).

Din analiza ratei de ocupare pentru grupa de vârstă 65 de ani și peste, în anul 2012³, se constată:

- rata de ocupare a femeilor, respectiv de 10,6% este mai mică decât cea a bărbaților (13,5%);
- persoanele de 65 de ani și peste, din rural, au o rată de ocupare mai mare decât cele din urban (20,4% în anul 2012 în rural, față de 1,2% în urban);

¹Pagina 226

²Pagina 64

³Pagina 51-52

În contextul indicatorilor sociali analizați, prezența vârstnicilor de peste 65 ani pe piața muncii este determinată nu atât de o disponibilitate pentru o activitate aducătoare de venit, cât de nevoia de a munci pentru câștigarea traiului zilnic, în condițiile absenței sau insuficienței surselor de venit (mai ales în rural).

Componența gospodăriilor de pensionari este redusă: mărimea medie a fost de 2,5 persoane⁴, în anul 2012; 65,3%⁵ din totalul acestor gospodării sunt formate din 1-2 persoane fapt ce va influența viața lor, mai ales în perioada de pierdere a unor capacități fizice și /sau psihice.

În anul 2012, veniturile totale ale gospodăriilor de pensionari, de 2.034,2 lei lunar pe gospodărie, s-au format în proporție de 79,2% din surse bănești și 20,8% din venituri în natură. Veniturile bănești au ca sursă principală prestațiile de protecție socială (68,2%), în cadrul cărora pensia de asigurări sociale reprezintă 95,9%. (Tabelul nr. 2).

Tabelul nr.2 - Venituri și alte resurse financiare ale gospodăriilor de pensionari, din anii 2011 și 2012

Categorii de venituri:	Anii	Lei	%
Venituri totale(A+B)	2011	2016,96	100,0
	2012	2034,24	100,0
A.Venituri bănești: (1+2+3+4+5+6+7)	2011	1586,11	78,6
	2012	1611,60	79,2
1.Salarii brute și alte drepturi salariale	2011	393,44	19,4
	2012	397,56	19,5
2.Venituri din agricultură	2011	43,78	2,2
	2012	54,29	2,6
3.Venituri din activități neagricole independente	2011	21,41	1,1
	2012	20,11	1,0
4.Venituri din prestații sociale	2011	1081,92	53,6
	2012	1098,77	54,0
5.Venituri din proprietate	2011	2,12	0,1
	2012	1,35	0,1
6.Venituri din vânzarea de active din patrimoniul gospodăriei	2011	19,96	1,0
	2012	17,18	0,9
7.Alte venituri	2011	23,48	1,2
	2012	22,34	1,1
B.Venituri în natură:	2011	430,85	21,4
	2012	422,64	20,8

Sursa datelor: „Coordonate ale nivelului de trai în România. Veniturile și consumul populației, în anul 2012”, pagina 106

⁴Coordonate ale nivelului de trai în România. Veniturile și consumul populației, în anul 2012”, pag 100

⁵ Pondere calculată pe baza datelor din lucrarea „Coordonate ale nivelului de trai în România. Veniturile și consumul populației, în anul 2012”, pag. 91.

Cheltuielile totale ale gospodăriilor de pensionari, de 1.823,9 lei lunar pe gospodărie, s-au format în proporție de 78,8%, din surse bănești și 21,2% au fost reprezentate de contravaloarea consumului de produse agro-alimentare din resurse proprii. Cheltuielile bănești au ca sursă principală cheltuielile de consum (81,9%). (Tabelul nr.3)

Tabelul nr.3 - Cheltuieli totale de consum ale gospodăriilor de pensionari, din anii 2011 și 2012

Categoriile de cheltuieli:	Anii	Lei	%
I.Cheltuieli totale (A+B)	2011	1.805,36	100,0
	2012	1.823,92	100,0
Cheltuieli bănești: (1+2+3+4+5+6+7)	2011	1.409,75	78,1
	2012	1.436,46	78,8
1.Cheltuieli de consum	2011	1.127,16	62,4
	2012	1.175,90	64,5
2.Cheltuieli pentru alimente și băuturi neconsumate	2011	43,25	2,4
	2012	43,68	2,4
3.Cheltuieli pentru investiții	2011	18,33	1,0
	2012	7,98	0,4
4.Cheltuieli de producție	2011	32,75	1,8
	2012	28,60	1,6
5,Impozite, contribuții, cotizații, taxe	2011	158,64	8,8
	2012	151,31	8,3
6.Alte cheltuieli bănești	2011	29,62	1,7
	2012	28,99	1,6
B.Contravaloarea consumului de produse agroalimentare din resurse proprii:	2011	395,61	21,9
	2012	387,46	21,2

Sursa datelor: „Coordonate ale nivelului de trai în România. Veniturile și consumul populației, în anul 2012”, pagina 130

Din cheltuielile totale de consum, 36,7% au fost alocate pentru alimentație, 36,0% pentru procurarea mărfurilor nealimentare și 27,3% pentru plata serviciilor.

Consumul alimentar mediu zilnic pe o persoană în gospodăriile de pensionari a fost de 2.526 calorii, din care 74,7% au provenit din produse de origine vegetală și 25,3% din produse de origine animală⁶.

În anul 2013:

- Pensia medie lunară a fost de 809 lei.

⁶ „Coordonate ale nivelului de trai în România. Veniturile și consumul populației, în anul 2012”, pagina 218

- Un număr de 151,3 mii persoane - veterani, invalizi și văduve de război, au beneficiat de indemnizații și sporuri în medie pe lună de 140 lei pentru o persoană.

- Pensia medie a agricultorilor a continuat să se mențină la cote scăzute - 327 lei, reprezentând 40,4% din pensia de asigurări sociale.

- Raportul între pensia medie de asigurări sociale de stat limită de vârstă (931 lei) și câștigul salarial mediu net (1.622 lei), a fost de 57,4%.

- 5.018 persoane au beneficiat de ajutor social de stat, tip pensie, valoarea medie lunară fiind de 218 lei, fără să existe variații semnificative față de medie.

- Cei 5.018 pensionari IOVR au avut o pensie medie lunară de 235 lei.

- Pensionarii de asigurări sociale agricultori, în număr de 564 mii de persoane au beneficiat de o pensie medie lunară de 327 lei.

În anul 2012:

- În profil teritorial, aproape trei pătrimi din județele țării (73,8%) s-au situat sub media pensiei la nivelul național.

- Peste pensia medie lunară pe țară s-a situat, pe primul loc în municipiul București (în care se află și cei mai mulți pensionari), cu o valoare de 1.022 lei, urmat de județul Hunedoara (995 lei), de județul Brașov (971 lei), și alte 8 județe (cu puțin peste medie). Cele mai mici pensii medii lunare s-au înregistrat în județele Botoșani (659 lei) și Giurgiu (648 lei).

Statutul de ocuparea locuinței, numărul de camere și suprafața locuibilă, numărul de persoane ce revin în medie pe o cameră de locuit, accesul la utilitățile publice, confortul și înzestrarea locuinței sunt indicatori relevanți pentru calitatea vieții.

Tipul de locuință cu cea mai mare răspândire îl constituie casele individuale (64,3% din totalul gospodăriilor de pensionari – în anul 2012⁷), fapt influențat de mediul rural unde acest tip de locuință este generalizat.

⁷ „Condițiile de viață ale populației din România în anul 2012”, pagina 98

Capitolul II

Caracteristici ale perioadei de îmbătrânire

Societatea actuală își pune această întrebare: „Este vârstnicul, o problemă socială?”⁸

Având în vedere că atât îngrijirea vârstnicului, cât mai ales calitatea acestei îngrijiri sunt părți integrante ale politicii de bunăstare și de sănătate a fiecărei țări, ar trebui ca în acest context, profesioniștii chemați să se ocupe de această categorie de vârstă să conștientizeze că nu sunt suficiente doar cunoștințele, ci că acestea ar trebui să fie dublate de o formație caritabilă, umanistă, asociată cu sentimente de respect și afecțiune, ca nu este suficient să-l alimentăm sau să-i punem o perfuzie vârstnicului, dacă uităm să empatizăm cu el, dacă uităm să-l respectăm și să-l acceptăm cu toate valorile lui.

Privită în ansamblul său, persoana vârstnică este o persoană de cele mai multe ori multiplu dezavantajată, prin scăderea resurselor fizice, care nu înseamnă totdeauna boală, prin scăderea resurselor financiare sau prin prezența unui handicap mental.

România a descalificat vârstnicul din lupta sa pentru o existență decentă; mulți dintre bătrâni trăiesc sub pragul de sărăcie, mulți renunță la facilitățile confortului (căldura, apa, energie) din cauza veniturilor mici, mulți "întăresc" rândurile instituțiilor de ocrotire socială și a cantinelor sociale.

Durata de viață în România a scăzut, iar pensia nu acoperă taxele și impozitele împovărătoare; în plus, bătrânii trăiesc sentimentul frustrant al faptului că, dat fiind numărul lor în creștere în raport cu populația activă, ei sunt "întreținuții celor care azi lucrează", sintagma atât de vehiculată în mass-media și mediile politice din România. Aceasta face ca vârstnicul să-și resimtă povara, nu doar economic, ci și medical; el este un mare consumator de fonduri alocate sănătății având de obicei o pluripatologie și fiind totodată un "necotizant" al tagmei medicale până mai ieri, spre

⁸Muller Fabian, Andrea, Asistența socială în perspectiva integrării Europene: Identitate și Procesualitate, 2007

deosebire de momentul actual, când a devenit o persoana dorită pe lista medicului de familie numai în situația în care este pensionar și doar datorită plății cu regularitate a asigurării de sănătate, și a punctajului obținut de medici.

2.1. Modificări fizice și psihologice caracteristice îmbătrânirii⁹

Mulți autori recunosc că îmbătrânirea nu este un fenomen liniar, el începe după naștere și chiar mai întâi, în cursul vieții intrauterine, procesul situându-se atât la nivel celular cât și la nivelul spațiilor extracelulare ale organismului. Fizic, bătrânețea este o stare distrofică, de involuție, ce se poate agrava cu anumite boli cronice. Unii vârstnici își pot păstra în bună stare funcțiile intelectuale până după 80 de ani, dar este posibil să apară și stări de involuție.

Principalele modificări organice caracteristice îmbătrânirii cuprind sistemul nervos locomotor, cardiovascular, respirator, renal și reproducător. De asemenea, apar modificări ale tegumentelor (riduri, piele uscată), scăderea vederii, auzului și scăderea forței musculare, scăderea capacității de efort, tulburări digestive:

1. *Inima* - prezintă modificări ale structurii, ale debitului cardiac, forței de contracție, apar creșteri ale valorilor tensionale, aceasta fiind una din cauzele frecvente ce pot duce la deces.
2. Datorită diverșilor factori interni și externi frecvenți se poate modifica gradul de oxigenare a țesuturilor și a schimbărilor la nivelul *plămânului* (hematoza).
3. La nivel *renal* se produc modificări ce duc la scăderea funcției renale, cu retenție de substanțe toxice (uree, creatinina) și creșteri ale valorii tensionale prin modificări ale structurii și perfuziei vaselor renale.
4. *Aparatul reproductiv* intră în perioada de andropauză pentru bărbat și menopauză pentru femeii; studii importante privind nivelul hormonilor sexuali ne dovedesc o scădere progresiv accentuată a acestora după vârsta de 30-35 de ani, ducând nu numai la scăderea capacității reproductive cât și la modificări ale tegumentelor, apariția osteoporozei, irascibilitate, apatie, slăbirea țesutului muscular.
5. La nivelul *creierului* procesele de îmbătrânire încep deja la 25 - 27 de ani; neuronii se uzează și acest lucru are ca urmare scăderea capacității de

⁹Stanciu, C., "Noțiuni introductive în asitență socială gerontologică", 2008

adaptare și reglare, procesul putând merge până la atrofie cerebrală care se obiectează prin ștergerea sau aplatizarea circumvoluțiilor cerebrale. O serie de studii ne arată că funcția cerebrală se poate menține valabilă până la vârste înaintate dacă ea este intens antrenată.

6. *Țesutul osos* suferă procese de atrofie, de decalcifiere și de demineralizare, apar deformări ale scheletului, oasele se flagelează, riscul de fractură este foarte mare. O incidență crescută o are factura de col femural, care de multe ori la aceasta vârstă are o evoluție nefavorabilă sau chiar letală. Articulațiile sunt cuprinse în procese de artroză prin modificări ale colagenului și membranei sinoviale, mișcările devin foarte dureroase, musculatura își pierde din forță și elasticitate, apar modificări de statură și postură, scade mult capacitatea de efort și posibilitatea efectuării unor mișcări mai fine.

Modificările psihologice ale persoanei vârstnice sunt rezultatul modificării induse de vârstă, la baza lor existând factori interni cum ar fi ereditatea și modificările hormonale și factori externi cum ar fi: pensionarea, scăderea potențialului biologic, patologia asociată, scăderea numărului membrilor de familie, decesul unor rude sau prieteni de vârste apropiate.

Descoperirile medicinei și îmbunătățirea condițiilor de viață din ultimul secol au dus la creșterea a numărului de persoane vârstnice. Pe de o parte această tendință reflectă eradicarea bolilor, reducerea mortalității infantile etc., dar pe de altă parte nu se poate trece cu vederea costul îmbătrânirii populației, care este cu atât mai mare cu cât crește speranța de viață.

La bătrânii bine integrați familial și social, sănătoși și fără probleme financiare, emoțiile negative sunt bine controlate, iar cele pozitive sunt exprimate.

Funcționarea normală a unei persoane vârstnice cuprinde echilibru fizic, psihic și social.

Modificările psihologice cuprind:

- modificarea atenției sau scăderea capacității de concentrare, scăderea atenției voluntare, care duc la scăderea capacității mnezice (în special cea de scurtă durată); amintirile îndepărtate par totuși să fie mai ordonate, sistematizate și definite.
- modificările gândirii au ca și caracteristică definitorie scăderea spontaneității, flexibilității, apariția tulburărilor de adaptare rapidă și a stereotipiilor; de

asemenea, se observă o creștere a funcției de sinteză și schematizare. Apare frica de complot și circumspecția.

Reducerea numărului de neuroni și sărăcia conexiunilor nervoase nu afectează în mod identic toate structurile și regiunile cerebrale. Aceste caractere diferențiale și heterocrome se regăsesc în comportamente. Menținerea atenției focalizate, memorizarea pe termen scurt sau lung, discriminările perceptive, fluiditatea verbală, raționamentul nu se deteriorează în aceeași proporție și în același timp. Din punct de vedere al caracterului se pot produce ascuțirea sau intensificarea unor trăsături disarmonice preexistente sau dezvoltarea lor pentru prima dată. Nu este vorba de psihopatii, ci de existența sau de dezvoltarea, odată cu vârsta, a unor trăsături disarmonice încadrabile în limitele mari ale normalității.

Astfel:

- persoanele astenice se remarcă prin sentimentul de autoapreciere coroborat, cu senzația de prăbușire a prestigiului social, care duc la sentimentele de dezvoltare și o lipsa de respect, cu predispoziție la reacții sau decompensări depresive;
- la persoanele depresive se intensifică deznădejdea și pot apărea reacții depresive sau idei de inutilitate și lipsa de sens a vieții cu tendințe suicidale;
- la persoanele schizoide se pot acumula tendințe de izolare, refuzul contractului social, preferințe pentru păstrarea stereotipă a camerei sau rolului, însoțite de indiferența pentru ceea ce se petrece în jur, imediat după satisfacerea nevoilor imediate. Pot apărea sentimente de gelozie datorita scăderii potenței sexuale și a prestigiului social care duc nu numai la accentuarea bănuielilor în legătură cu fidelitatea partenerului, ci și inducerea unor stări depresiv-anxioase.

2.2. Definiția bătrâneții și clasificarea ei¹⁰

În prezent criteriul în baza căruia un individ este plasat în categoria bătrânilor, este unul exclusiv cronologic; formal o persoană este considerată (devine) bătrână, după ce împlinește 65 de ani. Acest criteriu este totuși destul de arbitrar, motiv pentru care a generat și generează încă multe dezbateri și confruntări de idei.

¹⁰ Dumitru, Gheorghe, Bătrânețea și activitatea fizică, 2006, http://www.medicinasportiva.ro/medicina%20sportiva/articole/Batranetea_si_activitatea_fizica_definitia_batranetii_1.html

O particularitate a acestei categorii populaționale este aceea că, spre deosebire de celelalte (copii, tineri, adulți), ea este delimitată (definită) clar; altfel spus, vârsta minimă a bătrâneții este cea de 65 ani, dar vârsta maximă nu poate fi stabilită, ea fiind, în fiecare moment, vârsta celui mai longeviv om de pe pământ. Pe de altă parte, întrucât există diferențe enorme între un individ de 65 de ani și unul de 100 ani, s-a impus împărțirea (arbitrară) persoanelor în vârstă în următoarele 3 subgrupuri :

- bătrânii-*tineri* (young-old), între 65 și 75 de ani, care în principiu prezintă cele mai mici afectări ale funcțiilor și performanțelor ;
- bătrânii-*medii* (middle-old = mijlocii, de mijloc), între 75 și 85 de ani, și
- bătrânii-*bătrâni* (old-old), cu vârsta de peste 85 de ani.

Este clar că incidența bolilor și dizabilităților crește dramatic la bătrânii medii și, mai ales, la bătrânii-bătrâni.

2.3. Nevoia de activitate fizică la bătrâni sau dilema „speranța de viață” versus „speranța de viață activă”¹¹

Luată la un loc, sedentarismul (lipsa efortului fizic) și dieta incorectă, reprezintă a doua cauză care stă la baza deceselor, fumatul fiind prima cauză. Și totuși oamenii zilelor noastre devin din ce în ce mai rezistenți la sfaturile de a presta activități fizice cu regularitate.

Creșterea evidentă a speranței de viață este o realitate a ultimei jumătăți de secol și poate fi considerată că reprezintă un succes al dezvoltării societății umane. Dar a trăi (a fi în viață) pur și simplu, un număr cât mai mare de ani, nu trebuie să reprezinte singurul scop al individului și al societății; se vorbește din ce în ce mai frecvent și mai insistent despre așa-numita *calitate superioară a vieții*. Ca atare, fiecare individ, fără excepție, trebuie sensibilizat la acest concept și stimulat să facă tot ce este necesar pentru a accede la el, iar în cazul celor de peste 65 – 70 de ani măcar pentru a accede la așa-numita „viață activă”.

Prin „**viață activă**” se înțelege situația în care persoana vârstnică nu prezintă o infirmitate majoră sau o dizabilitate, și este independentă (adică nu are

¹¹ Dumitru, Gheorghe, Bătrânețea și activitatea fizică, 2006, http://www.medicinasportiva.ro/medicina%20sportiva/articole/Batranetea_si_activitatea_fizica_definitia_batranetii_1.html

nevoie de ajutorul altora) din perspectiva activităților indispensabile de zi cu zi, deci se poate îmbrăca, deplasa, alimenta și spală singură.

Importanța acestui concept este deosebit de mare, atât din perspectiva individului în cauză, cât și din perspectiva familiei căreia îi aparține, a comunității în care trăiește și a societății în general. Altfel spus, *speranța de viață activă* reprezintă un indicator mult mai bun al performanțelor sistemului social, decât simpla *speranță de viață*, iar la îmbunătățirea acestui indicator poate, și trebuie să contribuie, într-o măsură substanțială, și specialistul în sportul pentru toți. Ceea ce face ca, în cazul populației vârstnice, obiectivul principal al societății în general și al specialistului în activitate fizică, în special, devine prelungirea vieții active a tuturor persoanelor în vârstă cărora li se adresează.

2.4. Normal și patologic în îmbătrânire¹²

Evoluția demografică actuală aduce în prim plan fenomenul “îmbătrânirii demografice”, determinat de creșterea numărului persoanelor vârstnice în structura generală a populației, fenomen mai accentuat în țările dezvoltate prezent și în țara noastră. OMS include problemele îmbătrânirii printre primele cinci probleme de sănătate ale lumii în momentul de față, alături de bolile de inimă, cancer, SIDA și consumul de alcool. Prognozele demografice apreciază că și în continuare populația vârstnică va crește mai rapid decât cea nevârstnică.

Cauzele care explică ascensiunea fenomenului de îmbătrânire privesc scăderea natalității, progresele medicinei (prin ameliorarea morbidității și mortalității) în corelație cu creșterea nivelului de trai. Aceasta perioadă a existenței este una în care pierderile și declinul fiziologic, psihologic, economic și social sunt cele mai grave, pierderi datorate evoluției biologice cu implicarea factorilor sociali, economici și culturali. Expresia de “persoane ale vârstei a treia” descrie cel mai bine acest sector al populației care a depășit mijlocul vieții.

Îmbătrânirea individului și a populației sunt concepte diferite. Se admite că prin “îmbătrânirea individului” este desemnat procesul fiziologic care începe din momentul concepției și care antrenează modificări caracteristice speciei de-a lungul întregii vieți. În cursul ultimilor ani ai vieții, aceste modificări determină o scădere a

¹² Normal și patologic în îmbătrânire

<http://www.rasfoiesc.com/educatie/psihologie/NORMAL-SI-PATOLOGIC-IN-IMBATRA32.php>

adaptabilității individului la mediul înconjurător. Diferitele funcții nu declină în mod egal la același nivel (o aceeași funcție poate îmbătrâni cu viteze inegale la subiecți diferiți). Îmbătrânirea individului prezintă stadii ireversibile în contextul mediului fizic, psihologic și social.

Spre deosebire de îmbătrânire (proces dinamic indiferent de vârsta cronologică), senescența corespunde ultimei perioade a vieții. Senescența nu este o boală, fiind vorba de două procese diferite, îmbătrânirea și îmbolnăvirile “de vârstă” care, de regulă, nu se asociază.

Cercetările medicale și psihosociologice au stabilit în ansamblul populației vârstnice, grupele și efectivele susceptibile să fie expuse unor riscuri speciale, pe planul situației economice sau sociale. Aceste grupe cuprind persoanele foarte în vârstă (de 80- 90 de ani sau mai mult), persoanele trăind singure, femeile în vârstă, persoanele în vârstă trăind în instituții colective, persoane în vârstă fără copii, persoane în vârstă suferind de afecțiuni și handicapuri grave, cupluri în vârstă (din care unul este grav bolnav). Consecințelor demografice li se asociază consecințe socio-familiale. În plan social, creșterea numărului de familii cu copii putini sau fără copii determina creșterea numărului de bătrâni fără copii, ceea ce, pe lângă problemele de carență afectivă pentru bătrân, implică sarcini sporite pentru colectivitate, care se încarcă cu obligațiile ce reveneau familiei. O altă consecință este creșterea numărului familiilor cu patru sau cinci generații, ceea ce face ca în aceste cazuri un cuplu de vârstă activă să aibă în sarcină pe lângă copii și două, trei generații de vârstnici. Consecința cea mai importantă este în plan medical, pentru sănătatea publică. Sporirea numărului de persoane vârstnice este însoțită de creșterea mai mult decât proporțională a consumului de prestații medicale și a volumului și diversității prestațiilor sociale - aspecte convertite în mari consumuri economice.

Se admite că dincolo de 65 ani (vârstă considerată azi ca începutul vârstei a treia), individul are 50% șanse să nu mai fie sănătos, să aibă nevoie de îngrijire medicală sau chiar spitalicească.

Sunt utilizați următorii termeni:

Îmbătrânirea fiziologică armonioasă, în care vârsta cronologică se identifică cu vârstă biologică, se numește ortogerie sau eugerie;

Îmbătrânirea prematură, când vârsta biologică corespunde unei vârste calendaristice mai mari decât cea reală;

Îmbătrânirea accelerată, când ritmul de îmbătrânire se accelerează de la un moment dat, așa cum se întâmpla la unele persoane după pensionare;

Îmbătrânirea asincronă, în care diversele aparate și sisteme sunt angajate diferit, nesincron – îmbătrânire cu profil cardiovascular, cerebral, artropatomezenchimal, cutanat – în care aparatele și funcțiile se înscriu cu modificări dominante în contextul general al aparatelor și sistemelor funcționale ale organismului.

Abordarea exclusiv medicală a problemelor vârstnicului nu este favorabilă înțelegerii problemelor vârstnicului, nici eficacității în asistență pe toate planurile a acestuia, deoarece mutațiile în raporturile persoanei vârstnice cu societatea au importante efecte psihologice și asupra stării de sănătate. Prin încetarea activității profesionale are loc o nivelare socială și psihologică, vârstnicul își pierde sentimentul de utilitate socială, pierde rolul social activ, pierdere ce se constituie într-un stres care acționează ca un veritabil agent patogen, determinând în multe cazuri o patologie de retragere. Pentru unele persoane ea este echivalentă cu o dramă, cu o moarte socială.

La pierderea rolului social productiv se adaugă pierderea prestigiului social, a responsabilității câștigate cu eforturi de-a lungul anilor, pierderea rolului și statutului în familie (alți factori cu efect stresant). De aceea, toate suferințele vârstnicului trebuie analizate în context psihosocial, iar soluțiile terapeutice trebuie să fie și ele bio-psiho-sociale. Izolarea are și ea un efect precipitant senectogen. În societatea modernă care prețuiește și promovează valorile pozitive, sănătatea, tinerețea și dezvoltă o cultură a tinereții, bătrânul își găsește din ce în ce mai greu locul. Combaterea izolării și conservarea demnității vârstnicului presupune crearea unei opinii favorabile față de problemele vârstnicului și singura cale umană, necostisitoare este educația. Educația devine factor de influență, în sensul ameliorării condiției vârstnicului în societatea modernă, în interesul său, ca și în cel al societății. Difuzarea și însușirea unei concepții realiste despre îmbătrânire, ca o etapă firească, obligatorie a existenței umane, căreia trebuie să i se asigure o desfășurare demnă, plină de respect, ferită de griji și de boli, spre a fi bine suportată și, eventual valorificată în folosul familiei și al societății, ar putea fi cheia tuturor problemelor pe care le pune bătrânețea. *Pregătirea pentru îmbătrânire* va fi benefică și pentru individ și pentru societate.

Delimitarea între normal și patologic în îmbătrânire se face luând ca referință normalul adultului, cunoscându-se și luându-se în considerare modificările principalelor funcții induse de îmbătrânire: declinul aptitudinilor psihomotorii începe între 25-35 ani, memoria de evocare imediată regresează la aceeași vârstă, automatismul mișcărilor regresează după 30 ani, inima are un randament maxim la 30 ani, capacitatea pulmonară se reduce cu 20-30% de la 45-50 ani, declinul vederii începe la 40 ani, capacitatea musculară se diminuează după 25 ani pentru a ajunge la 50% la 60 ani, responsabilitățile sociale încep să regreseze după 60 ani, dar posibilitățile intelectuale se prelungesc uneori mult după 70 ani.

Normalul poate fi definit cel mai bine prin ceea ce rămâne după ce se individualizează patologicul. Patologicul încercuiește fiziologicul pe care se grefează. Unele modificări frecvente, legate de înaintarea în vârstă, sunt considerate, între anumite limite, ca aparținând unei îmbătrâniri normale: pielea uscată cu pete senile și ridurile, rădarea parului, scăderea forței musculare și a toleranței la efort, hipersomnia, hipomnezia, edentarea, întârzierea tranzitului intestinal, ușoara stare de depresie.

2.5. Perioade de criză în viața vârstnicului

Strategia individuală care atenuează efectele unui agent stresant de viață, nu este mai redusă la bătrâni decât la tineri. Cele mai importante evenimente stresante la vârstă înaintată sunt pensionarea și pierderea partenerului de viață. Aceste două schimbări majore îl fac pe vârstnic să încerce să-și redefiniească identitatea și să creeze roluri noi care să le înlocuiască pe acelea pe care le-a pierdut.

Pensionarea este privită de gerontologi ca o perioadă de criză psihologică (pentru 17% din bărbați și 11% femei), adaptarea la noua situație socială depinzând de mai mulți factori: disponibilizarea forțată, statutul socio-economic scăzut, probleme de sănătate, imposibilitatea de a planifica viitorul și dificultăți de adaptare la nou. Încetarea activității profesionale (mai ales când este bruscă) are implicații psihosociale semnificative, individul pierzându-și sentimentul de utilitate, prestigiu social, responsabilitatea, rolul în familie, fenomen resimțit ca o dramă echivalentă cu "izolarea". Extrema este reprezentată, după unele studii, de creșterea riscului de deces și suicid în primii doi ani de la pensionare.

Pensionarea reprezintă un fenomen important în viață, care poate marca un punct terminal al dinamismului social sau, din contră, un punct de început pentru

o viață rezervată relaxării și tuturor activităților pentru care n-a existat timp sau fonduri anterior. Există și situații în care pensionarea apare dintr-o necesitate (de boală) moment care de obicei survine brusc fără nicio pregătire și al cărui impact aduce cu sine multiple probleme la nivel individual sau la nivelul societății.

Personalul implicat în munca cu vârstnicii își pune adesea problema de ce mulți sexagenari se consideră insultați atunci când sunt numiți "bătrâni" în momentul în care survine pensionarea. Există mai multe explicații, cum ar fi: faptul că situația materială a vârstnicului nu creează o stare "care să convină", faptul că în general pensionarea este asemănătoare cu o boală, cu singurătatea, stigmatizarea, izolarea; de altfel, există și problema scăderii veniturilor, ceea ce poate duce la fenomenul de frustrare și de revoltă, considerând valoarea pensiei drept o lipsa de respect din partea statului pentru munca depusă. Există totuși o categorie de pensionari "tineri", care încearcă să-și găsească "ceva de lucru", deși piața de muncă nu are în România o ofertă prea bogată pentru aceștia, iar cursuri de recalificare pentru vârstnici la noi în țară nu există. Pensionarea este considerată de mulți autori o piatră de hotar, dar toate studiile arată că deși ea este percepută ca o pierdere, atunci când îi este găsit un sens și persoanei i se face o pregătire o poate depăși cu bine. În general, în toată lumea educația premergătoare pensionării este insuficientă și tardivă. În România, nici nu există asemenea cursuri de pregătire și de multe ori impactul este cel prezentat anterior. Aici asistentul social ar avea un rol marcant.

Cu atât mai mare este impactul cu cât pensionarea are o cauză patologică. Aici, asistentul social ar fi cel mai reprezentativ profesionist ca să îndrume și să consilieze acești bolnavi, deși prezența lui ar fi foarte importantă în spitale. Un pensionar de boală își pierde brusc capacitatea de lucru, fapt ce intervine în mod agresiv atât pe plan economic (situația financiară a familiei), cât și pe plan psihic (sentimentul de inutilitate).

De asemenea, pensionarea mai poate fi un eveniment generator de criză când aceasta survine ca urmare a restructurărilor făcute la locul de muncă, atunci când pentru a preveni șomajul se recurge mult mai rapid la pensionare. Tot în plan social se pierd anumite roluri care au fost câștigate de-a lungul vieții, ceea ce poate duce la crize de adaptare, manifestate mai frecvent în rândul bătrânilor aflați până în acel moment în funcții importante. Femeile par mai puțin afectate de pensionare, dar pot trece prin crize de anxietate gândindu-se la aceasta.

În România, multor femei după pensionare le revine rolul de bunică sau se ocupă de amenajarea casei și nu de puține ori de îngrijirea rudelor bolnave. În multe țări occidentale, după pensionare vârstnicii devin membrii activi ai unor asociații, având fiecare roluri bine determinate, ceea ce duce de obicei la scăderea marcată a impactului pensionării, sau devin activi în cadrul unor societăți caritabile sau religioase. De asemenea, mulți participă la cursurile unor universități de vară sau pentru vârsta a III-a, sau își deschid mici afaceri.

Există țări în care se poartă discuții în acest sens, fără a se ajunge deocamdată la decizia privind anularea criteriului de vârstă, devenit o impunere instituțională și apreciat ca învechit într-o societate ce se coordonează după alte priorități și valori.

Categoriile de prestații pentru pensionari includ în cazul tuturor țărilor: pensia de vârstă, pensia de invaliditate și pensia de urmaș. Pentru obținerea pensiei de vârstă, vârsta minimă variază de la 55 la 65 de ani pentru femei și de la 60 la 70 de ani pentru bărbați. Există țări la care la pensia de invaliditate se adaugă sporuri pentru invaliditate ca urmare a unui accident de muncă sau sporuri pentru pensionarii care fac dovada că venitul lor este sub pragul unui trai decent pe plan național. Pentru obținerea acestora se pune condiția încadrării într-un anumit grad de invaliditate calculat. Pentru obținerea pensiei de urmaș, condiția esențială este legată de perioada și de cuantumului contribuției defunctului. Pensionarea poate duce la scăderea relațiilor sociale, vârstnicul fiind mai circumspect în legarea de noi prietenii și este precaut în orice contact cu prietenii vechi.

Fiind un moment de răspântie în viața socială a persoanei, pensionarea ar trebui să fie în atenția specialiștilor, care acceptă în unanimitate că dacă se face o pregătire anterioară, acest moment este mult mai ușor de depășit.

Decesul partenerului de viață constituie unul dintre cele mai stresante evenimente pentru bătrân. Se presupune că vârstnicul suportă mai greu pierderea persoanei iubite, datorită incapacității de a răspunde adecvat la stres, în special atunci când acesta survine neașteptat. Îmbătrânirea unui cuplu duce, atunci când ambii parteneri supraviețuiesc, la o simbioză aproape organică, la o veritabilă interdependență, echilibrul realizat surpându-se brutal în cazul decesului unuia dintre ei. Soțul rămas, în absența unei atmosfere familiale calde și a unei motivații puternice, dezvoltă rapid o degradare a condiției biologice, pe fondul agravării

afecțiunilor fizice și mentale preexistente. Mariajul reprezintă pentru bătrân reversul solitudinii.

Efectele benefice ale vieții în doi și catastrofele care se produc uneori la bătrânii singuri sunt relevante pentru importanța studierii acestui fenomen. Numeroase studii făcute în SUA au arătat că majoritatea persoanelor divorțate de peste 65 de ani, divorțaseră înainte de acest prag.

2.6. Dependența persoanelor vârstnice

Noțiunea de dependență este integrată gerontologic. Ea are specific geriatric și deși nu este o boală, ea poate fi determinată de boală, de accident, de o anomalie înnăscută sau câștigată la care se adaugă în cazul vârstnicilor, procesul de involuție.

Evoluția demografică face posibilă și o creștere a incapacităților și dizabilităților în următorii ani. Primele rezultate ale studiilor referitoare la speranța de viață fără incapacitate sunt încurajatoare, aceasta crescând mai repede decât speranța de viață. În ciuda progresului constatat, multe din persoanele vârstnice devin dependente.

Problema dependenței persoanelor vârstnice este o problemă majoră de sănătate publică. Ea determină dimensiunile nevoilor, și serviciile care sunt necesare, ea impune alocarea de resurse în domeniul asistenței medicale și sociale, sprijinirea familiilor și alte forme de ajutor.

Calificând relația persoanei cu mediul său înconjurător, dependența necesită o abordare globală și multidisciplinară.

Sub aspect preventiv, care se referă la ansamblul populației și în particular la generația tânără, obiectivul este acela de a restabili echilibrul rupt între posibilitățile persoanei (aptitudinile sale) și spațiu de viață pe care și-l alege. În acest scop, este indispensabil să se efectueze în prealabil evaluarea situației funcționale. Ea se referă atât la aptitudinile fizice și psihice, cât și la universul social al persoanei. Mijloacele puse în aplicare trebuie să fie bine coordonate. Aceste mijloace trebuie să urmărească triplu scop:

- corectarea incapacităților;
- stabilirea stadiului funcțional acut;
- adaptarea mediului înconjurător social la stadiul funcțional stabilizat.

Adeseori sunt necesare numeroase intervenții:

„Calitatea vieții persoanelor vârstnice din România”

- medicale și chirurgicale;
- servicii sociale;
- servicii de ajutor pentru menținerea la domiciliu;
- instituții de găzduire (centre de zi, aziluri de noapte).

Este important, așadar, buna cunoaștere a cazului pentru a da răspuns situației întotdeauna aparte a pacientului.

Capitolul III

Calitatea vieții persoanelor vârstnice din România

– cercetare –

Pentru a cunoaște modul în care este percepută calitatea vieții persoanelor vârstnice din România, Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice a realizat o cercetare sociologică, la nivel național. Obiectivul acestei cercetări a fost de a crea o imagine cât mai completă asupra modului în care persoanele vârstnice din România se raportează la diferitele componente ale calității vieții. Cercetarea s-a realizat în colaborare cu consiliile județene ale persoanelor vârstnice și cele ale sectoarelor municipiului București și a cuprins **35 de județe** și **6 sectoare** ale municipiului București, respectiv un eșantion de 410 persoane.

Aspecte de ordin metodologic

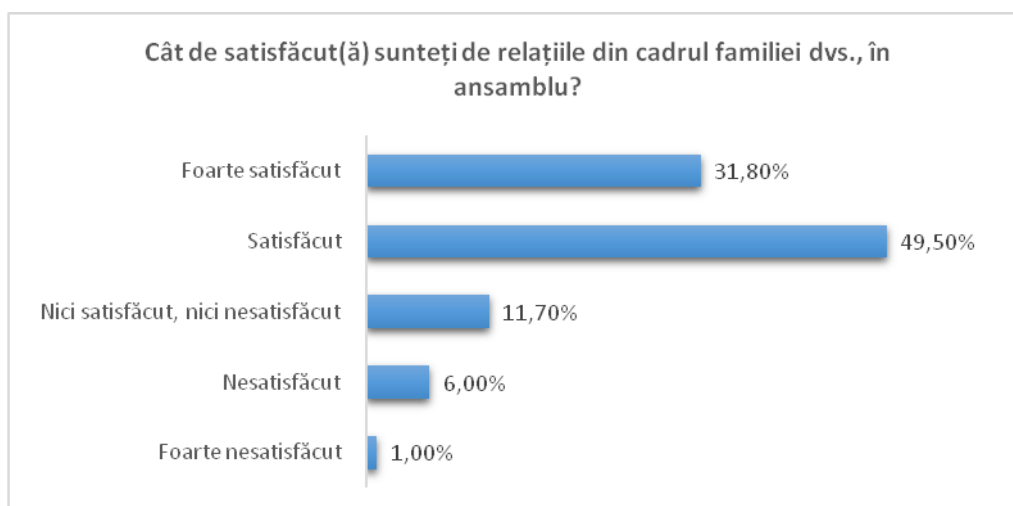
Pentru obținerea informațiilor a fost folosit un chestionar, iar tehnica de cercetare folosită pentru completarea chestionarului (*anexat*) a fost ancheta directă, față în față, realizată prin interviuarea persoanelor vârstnice.

Cu ajutorul chestionarului s-au obținut informații legate de sănătate, bunăstare familială, relațiile familiale, sprijinul primit din partea altor persoane, valorile personale, timpul liber și recreere, dar și interacțiunea cu comunitatea.

Analiza și interpretarea datelor

Prin cercetarea de teren, reprezentanții Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice au avut ca obiectiv să determine care este starea calității vieții persoanelor vârstnice, analizând punctul de vedere al acestora privind diferitele componente ale calității vieții.

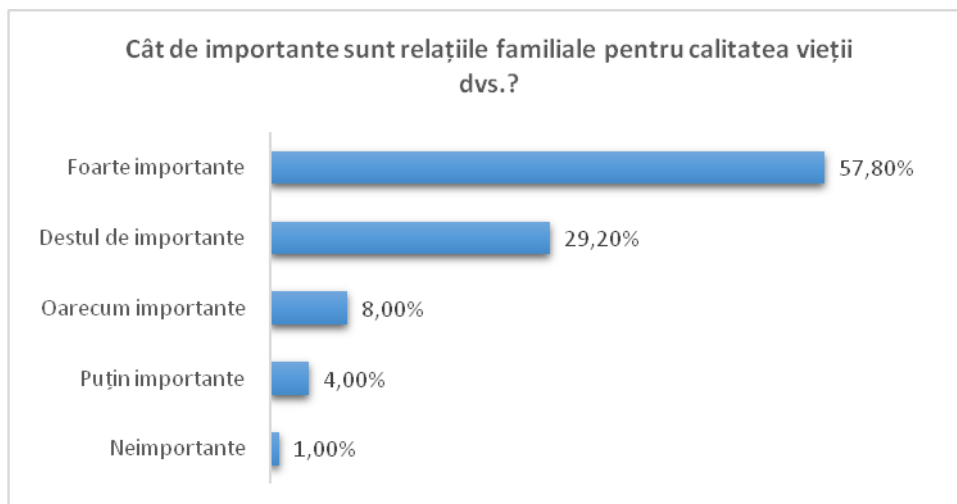
Din persoanele intervievate, 49,50% și 31,80% au declarat că sunt satisfăcute și foarte satisfăcute de relațiile din cadrul familiei. Doar 6,00% au declarat că sunt nesatisfăcuți de relațiile din cadrul familiei, iar 1,00% sunt foarte nesatisfăcuți.



Persoanele vârstnice intervievate au fost rugate să se gândească la climatul sau starea emoțională generală prezentă de obicei în familia lor. Astfel, cumulând răspunsurile din categoria „mult” și „destul” reiese că în proporție de 83,60% persoanele intervievate consideră că membrii familiei se ajută reciproc la treburi; 65,90% au răspuns că merg împreună în diferite locuri; 78,00% se bucură de compania celorlalți; 89,00% se sprijină reciproc în momentele dificile; 85,80% se ajută în rezolvarea problemelor; 88,70% au încredere unul în celălalt; 83,20% contribuie la realizarea obiectivelor familiei; 83,20% au un sentiment de apartenență comună; 74,90% au, în general, valori asemănătoare; 86,50% fac lucruri ca o familie.

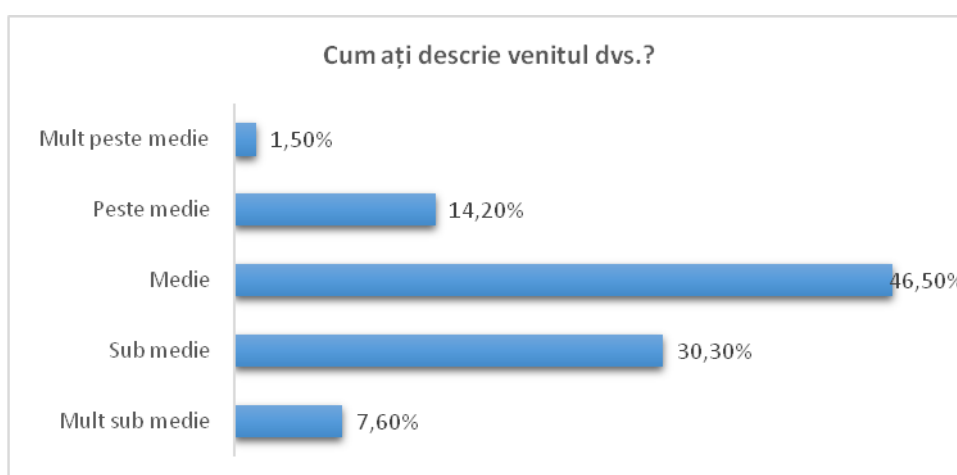
În ce măsură membrii familiei dvs.?	Mult	Destul	Puțin	Deloc
Se ajută reciproc la treburi	39,50%	44,10%	12,40%	4,00%
Merg împreună în diferite locuri	29,70%	36,20%	25,70%	8,40%
Se bucură de compania celorlalți	39,00%	39,00%	17,00%	5,00%
Se sprijină reciproc în momentele dificile	55,50%	33,50%	7,70%	3,30%
Ajută la rezolvarea problemelor familiei	47,30%	38,50%	10,90%	3,30%
Au încredere unul în celălalt	57,30%	31,40%	7,30%	4,00%
Contribuie la realizarea obiectivelor familiei	41,90%	41,30%	12,10%	4,70%
Au un sentiment de apartenență comună	42,10%	41,10%	12,50%	4,30%
Au, în general, valori asemănătoare	34,80%	40,10%	15,70%	9,40%
Fac lucruri ca o familie	47,90%	38,60%	8,80%	4,70%

Legat de cum percep persoanele vârstnice importanța relațiilor familiale pentru calitatea vieții, se constată că 87,00% consideră că sunt foarte importante sau destul de importante.

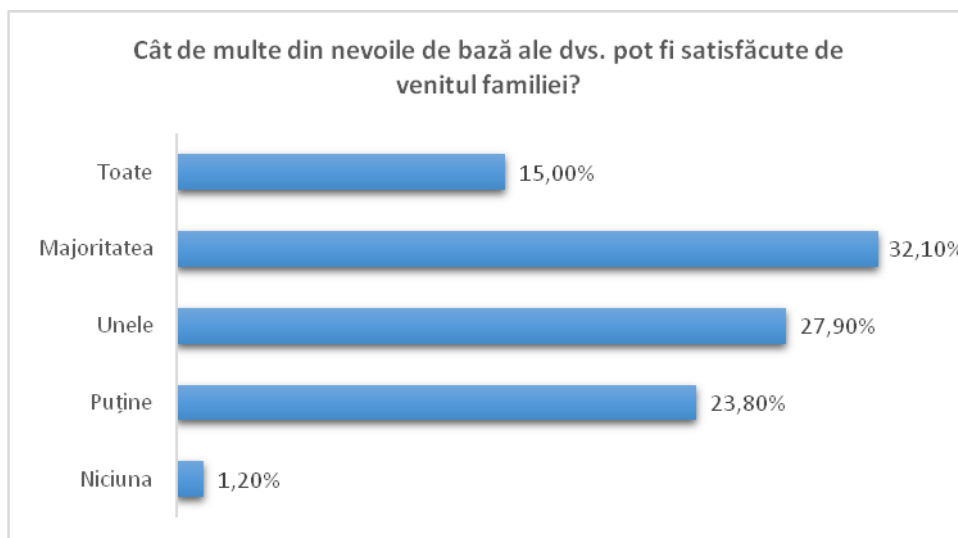


Referitor la relațiile de familie, în urma analizei, se constată că persoanele vârstnice consideră că au un rol foarte important pentru calitatea vieții lor. De asemenea, se remarcă faptul că persoanele vârstnice sunt mulțumite, în general de relațiile pe care le au cu familia, aceștia bucurându-se de sprijinul membrilor familiei.

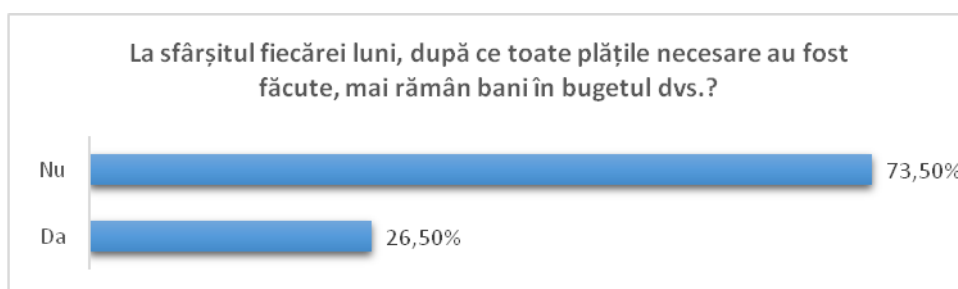
Persoanele vârstnice intervievate și-au descris venitul, ca fiind, în proporție de 46,50% mediu, iar 30,30% au răspuns că este sub mediu.



De asemenea, doar 13,80% dintre persoanele vârstnice intervievate au spus că primesc sprijin financiar și din alte surse, cum ar fi de la copii sau nepoți, dar și din indemnizații, ajutoare sociale sau din faptul că lucrează în particular.

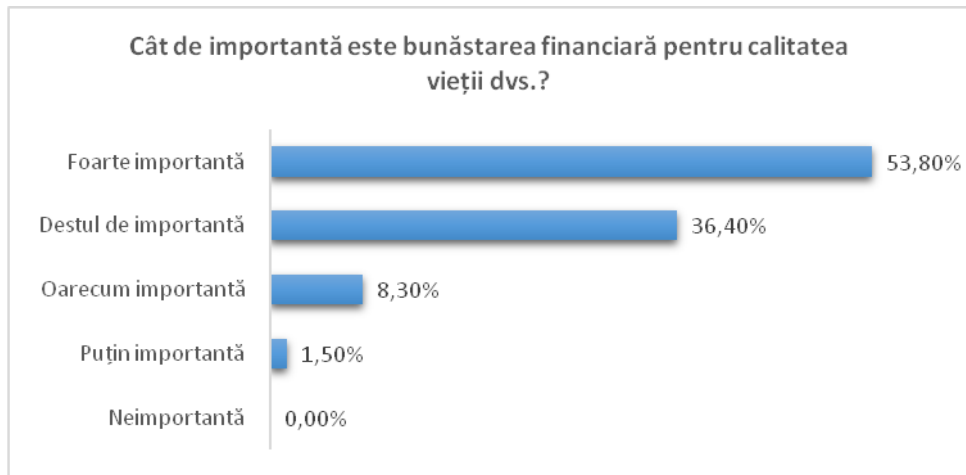


Se remarcă faptul că 32,10% din persoanele intervievate consideră că majoritatea nevoilor pot fi satisfăcute din venitul familiei, iar 27,90% cred că doar unele nevoi pot fi satisfăcute din venitul familiei. Doar 1,20% au declarat că nicio nevoie de bază nu poate fi satisfăcută din venitul familiei.



Pentru 73,50% din persoanele intervievate, la sfârșitul fiecărei luni, nu mai rămân bani în bugetul familiei, după ce toate plățile necesare au fost făcute. De asemenea, aceștia au spus în proporție de 54,00% că acest lucru reprezintă o greutate financiară pentru ei, iar 33,80% au răspuns că reprezintă oarecum o greutate financiară, în timp ce 12,20% au spus că acest lucru nu reprezintă o greutate financiară. Analizând aceste rezultate, remarcăm situația dificilă în care se află majoritatea persoanelor vârstnice.

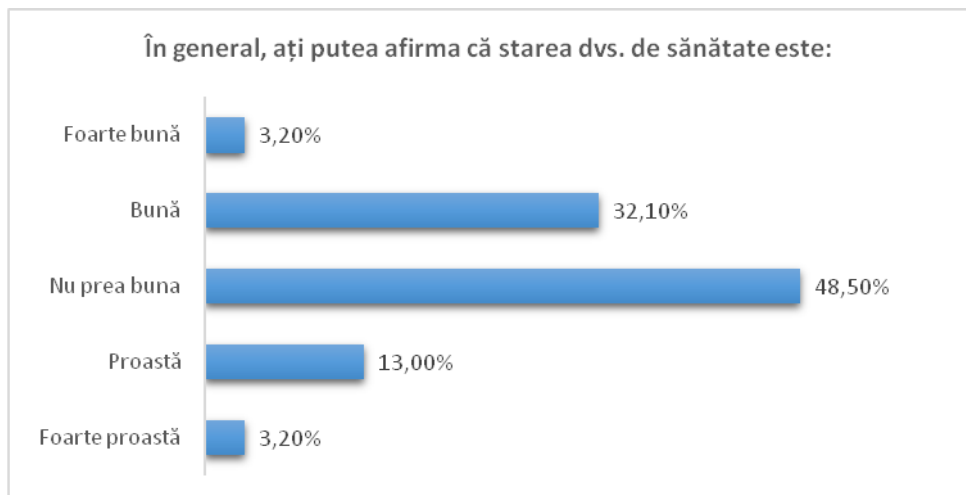
„Calitatea vieții persoanelor vârstnice din România”



Se remarcă, faptul că pentru majoritatea persoanelor vârstnice intervievate, bunăstarea financiară este importantă (53,80% foarte importantă, 36,40% destul de importantă).

Analizând bunăstarea financiară, concluzionăm faptul că deși este importantă pentru calitatea vieții, majoritatea persoanelor vârstnice au mari greutăți financiare, deoarece, pentru cei mai mulți, veniturile sunt mult prea mici, aceștia reușind să plătească doar nevoile de bază.

Legat de starea de sănătate, 48,50% dintre persoanele intervievate au declarat că aceasta nu este prea bună, în timp ce 13,00% au apreciat-o ca fiind proastă. Un procent semnificativ, 32,10% au declarat că starea lor de sănătate este bună.

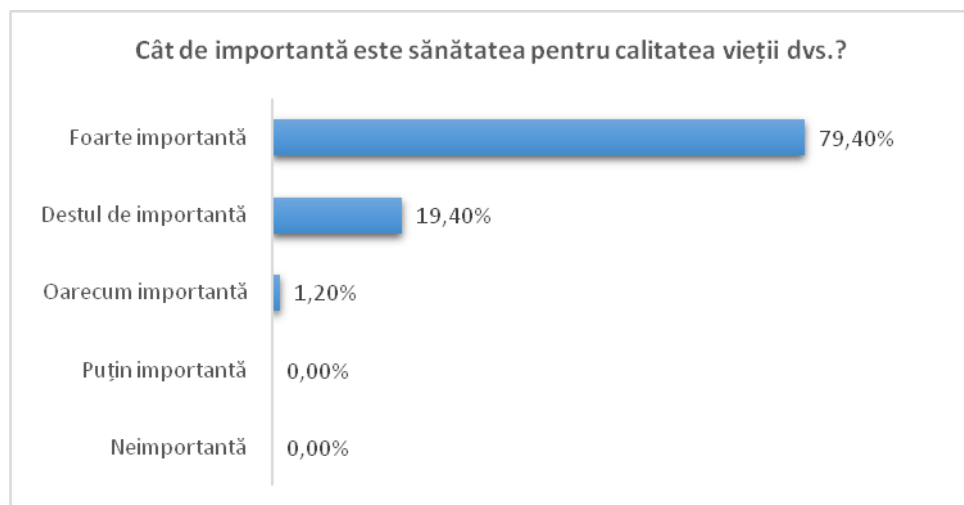


Persoanele vârstnice intervievate, au semnalat ca principal obstacol întâmpinat la accesarea serviciilor de îngrijire medicală, timpul îndelungat de

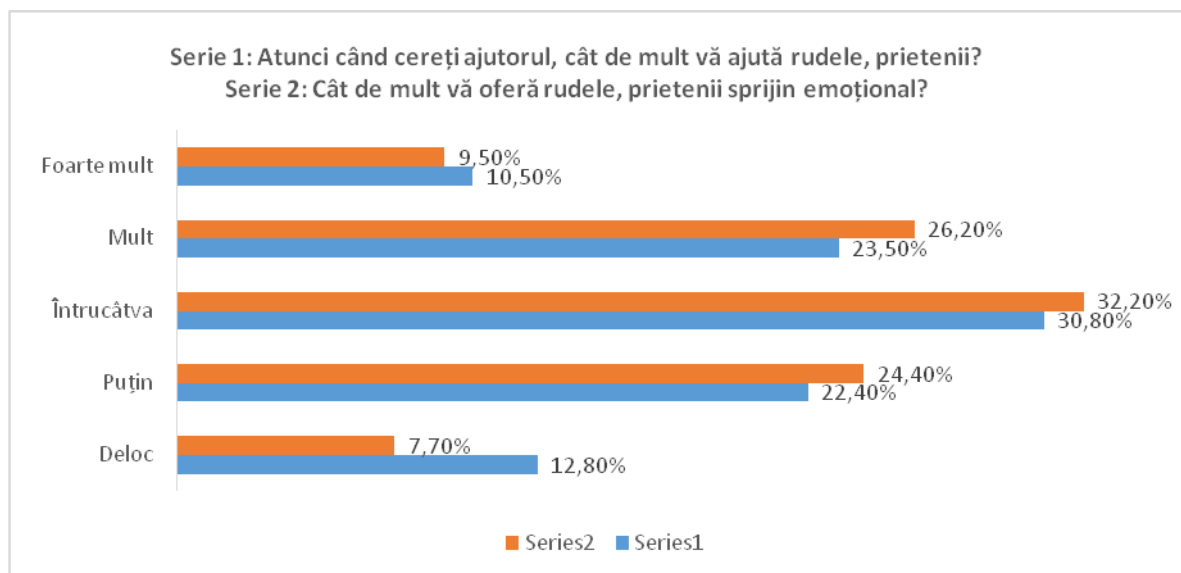
așteptare pentru servicii (52,60%), urmat de faptul că programările nu se obțin cu ușurință (32,90%) și tratamentul de calitate scăzută din partea specialiștilor (31,10%). De asemenea, 5,00% din respondenți au ales altă variantă, specificând faptul că întâmpină dificultăți în achiziționarea medicamentelor sau sesizând lipsa medicilor specialiști.

Ce obstacole întâmpinați la accesarea serviciilor de îngrijire medicală?	Da	Nu
Timp îndelungat de așteptare pentru servicii	52,6%	47,4%
Niciun tratament cunoscut pentru problema respectivă de sănătate	9,7%	90,3%
Inexistența serviciilor în zona mea	12,1%	87,9%
Transportul reprezintă o problemă	24,2%	75,8%
Nu putem să obținem programări cu ușurință, ne e greu să ne descurcăm	32,9%	67,1%
Nu știm unde să ne adresăm pentru servicii de îngrijire medicală	8,7%	91,3%
Nu înțelegem cu ușurință ceea ce spun specialiștii în domeniul medical	23,7%	76,3%
Tratament de calitate scăzută din partea specialiștilor din domeniul medical	31,1%	68,9%
Avem opinii diferite privind îngrijirea sănătății	13,2%	86,8%
Altă variantă	5,0%	95,0%

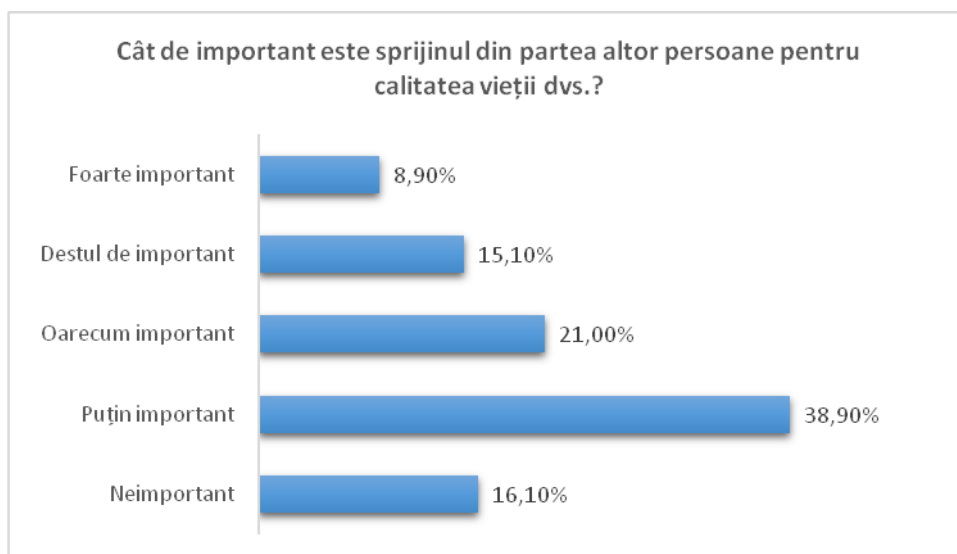
Sănătatea joacă un rol foarte important pentru persoanele vârstnice și pentru calitatea vieții acestora. O pondere de 79,40% au răspuns că sănătatea este foarte importantă pentru calitatea vieții.



Referitor la sprijinul pe care persoanele vârstnice îl primesc din partea altor persoane atunci când îl cer, se constată că 30,80% îl primesc întrucâtva, iar 34,00% mult și foarte mult. Rudele și prietenii le oferă sprijin emoțional în proporție ridicată: 32,20% - întrucâtva, 26,20% - mult, 9,50% - foarte mult.

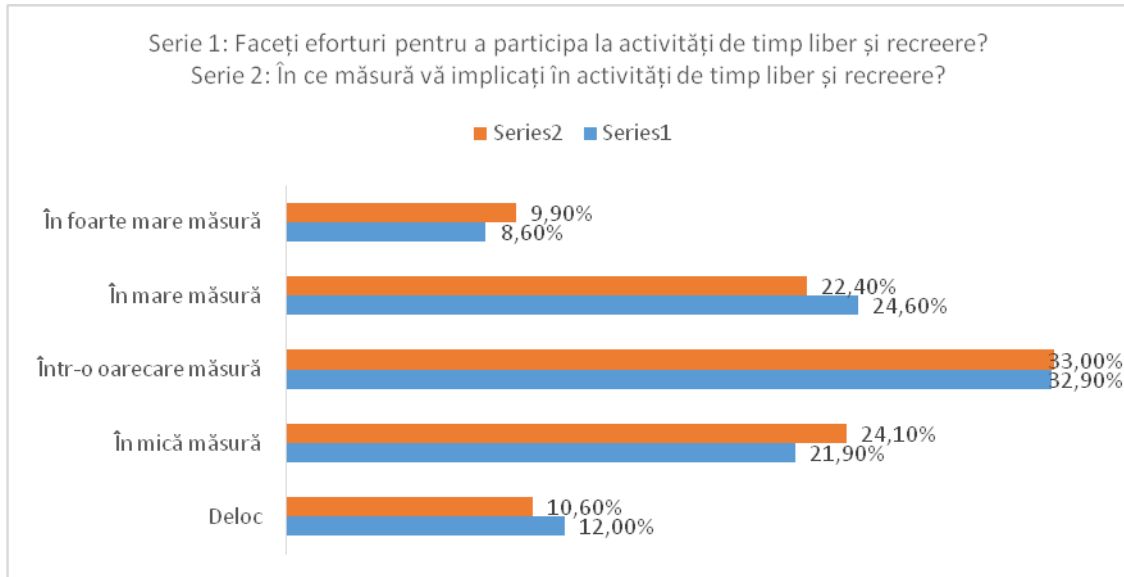


De asemenea, am analizat importanța pe care o acordă persoanele vârstnice intervievate sprijinului din partea altor persoane în raport cu calitatea vieții. Se constată că sprijinul din partea altor persoane este puțin important pentru calitatea vieții (38,90%).

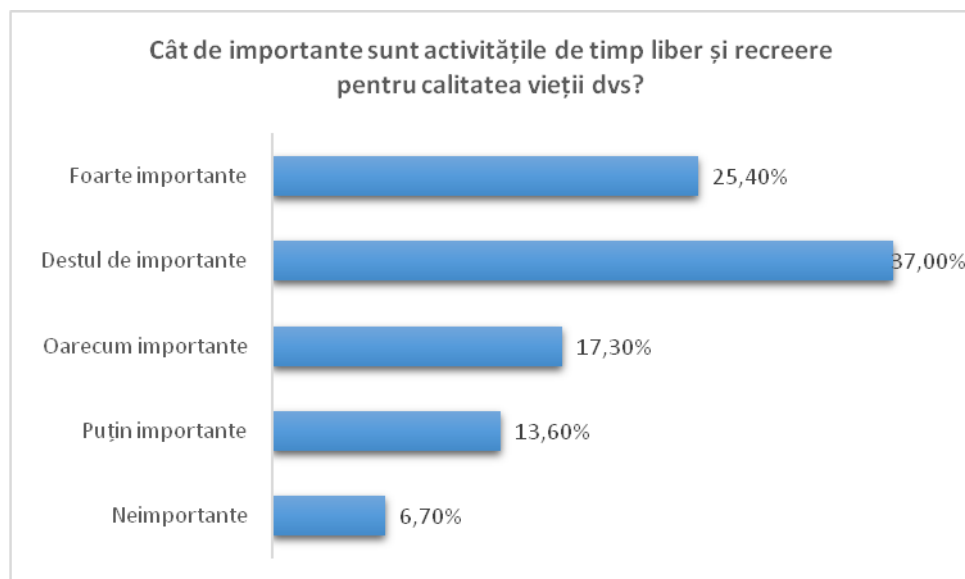


„Calitatea vieții persoanelor vârstnice din România”

În legătură cu timpul liber și recreerea, persoanele vârstnice intervievate, declară, în proporție de 32,90%, că se implică într-o oarecare măsură în aceste activități. De asemenea, într-o pondere de 33,00%, aceștia afirmă că fac eforturi într-o oarecare măsură pentru a participa la aceste activități.

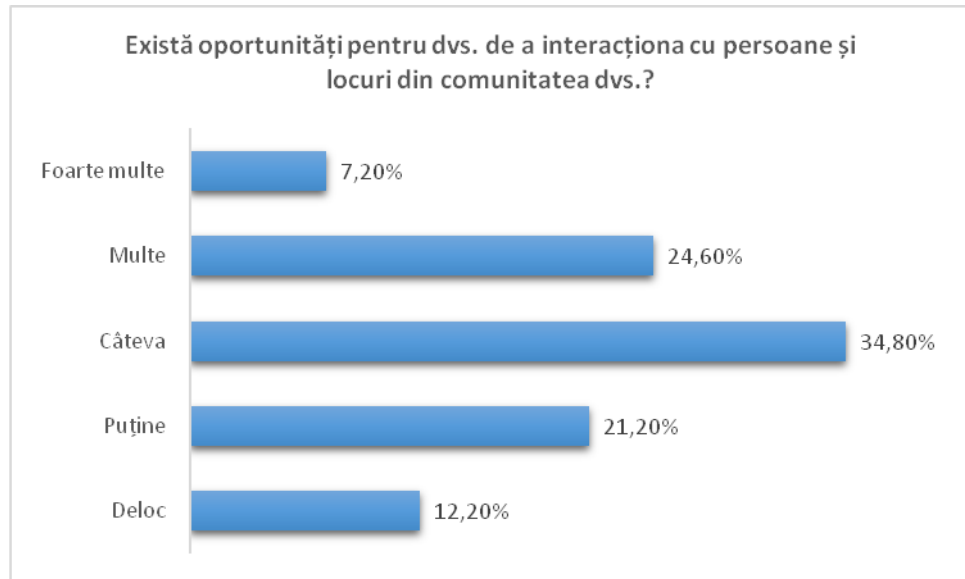


Deși persoanele vârstnice intervievate, au declarat că depun unele eforturi pentru a participa la activități de timp liber și recreere și că se implică într-o oarecare măsură în aceste activități, aceștia consideră, în proporție de 37,00%, respectiv 25,40% că activitățile de timp liber și recreere sunt importante și foarte importante pentru calitatea vieții.



În urma analizei, se constată faptul că doar 5,40% dintre respondenți au declarat că au experimentat o formă de discriminare în comunitatea din care fac parte. Aceste persoane au primit apelative jignitoare legate de vârstă sau naționalitate.

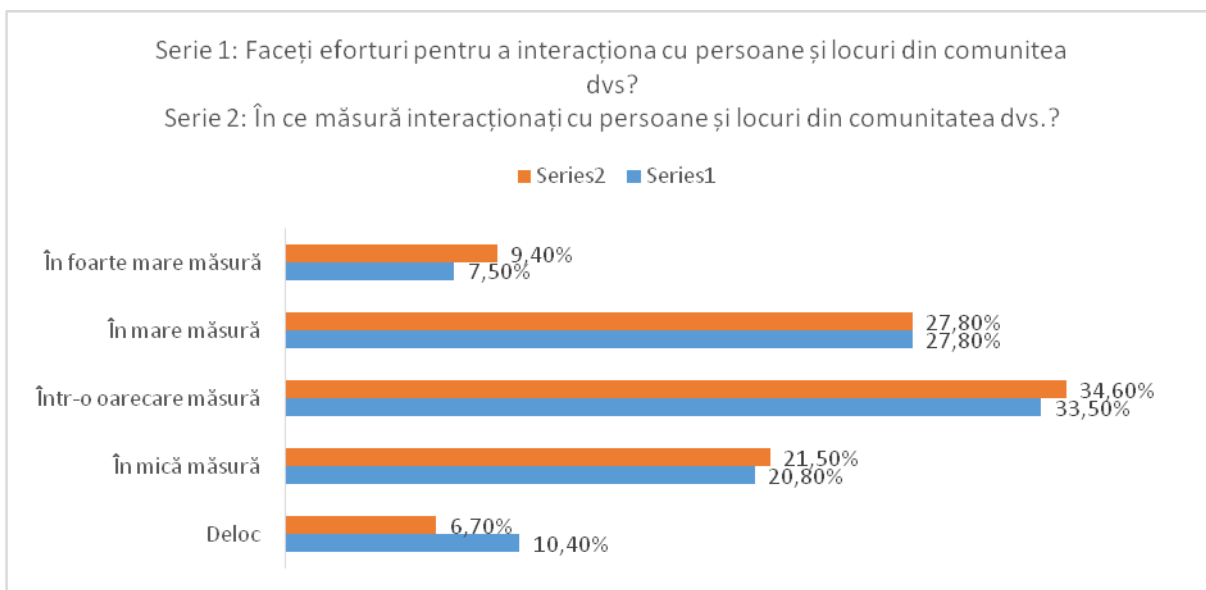
De asemenea, 34,80% dintre persoanele intervievate au afirmat că există câteva oportunități de a interacționa cu persoane și locuri din comunitatea lor.



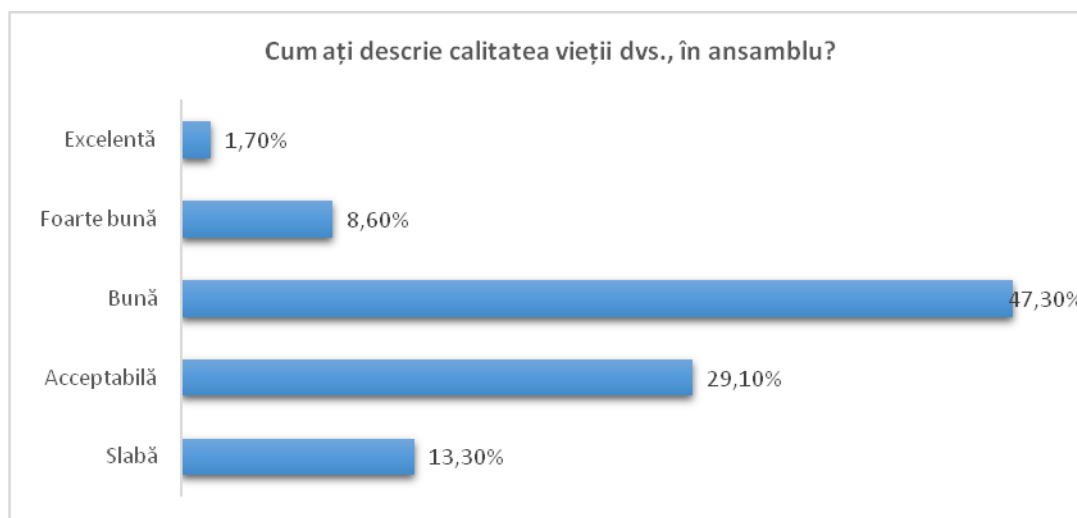
Referitor la interacțiunea cu persoane și locuri din comunitatea persoanelor vârstnice intervievate: 34,60% au declarat că interacționează într-o oarecare măsură, iar 27,80% în mare măsură. De asemenea, 33,50% dintre aceștia afirmă că fac eforturi într-o oarecare măsură pentru a interacționa cu persoane și locuri din comunitatea lor, iar 27,80% depun eforturi în mare măsură.

Interacțiunea cu persoanele și locurile din comunitatea în care trăiesc raportat la calitatea vieții, este în proporție de 16,1 % foarte important, 40,60% destul de important, 26,60% oarecum important, 13,30% puțin important, 3,40% neimportant.

„Calitatea vieții persoanelor vârstnice din România”



Persoanele vârstnice intervievate și-au descris calitatea vieții lor, în ansamblu, ca fiind bună în proporție de 47,30%. De asemenea, 29,10% au apreciat-o ca fiind acceptabilă.



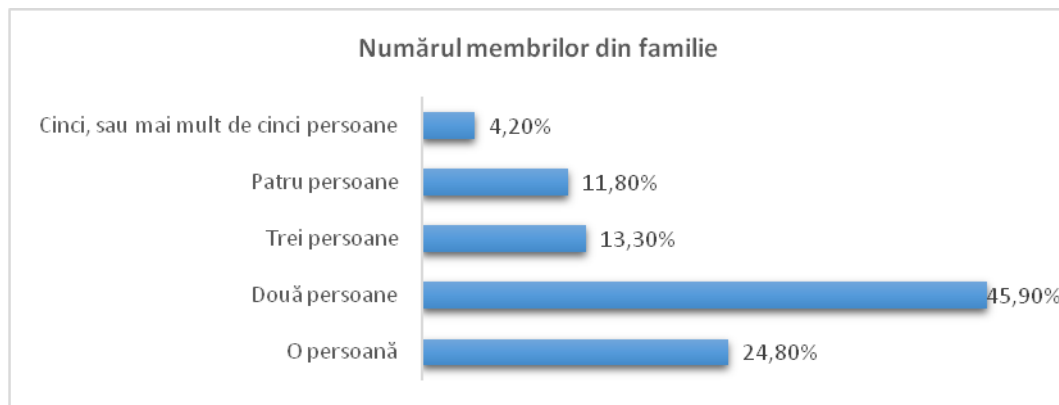
Analizând importanța relațiilor de familie, bunăstarea financiară, starea de sănătate, sprijinul acordat de alte persoane, timpul liber și recreerea, dar și interacțiunea cu comunitatea raportate la calitatea vieții, se constată că pe primul loc, ca importanță pentru calitatea vieții, se află sănătatea, cu o pondere de 79,10%, urmată de relațiile de familie - 57,70%, bunăstarea financiară - 53,8%, timp liber și recreere - 25,40%, iar cu o pondere egală, de 16,10% - interacțiunea cu comunitatea și sprijinul din partea altor persoane.

Date demografice ale eșantionului:

O pondere de 49,30% din persoanele intervievate sunt de sex feminin, iar 50,70% masculin. 83,20% locuiesc în mediul urban, în timp ce 16,80% locuiesc în rural.

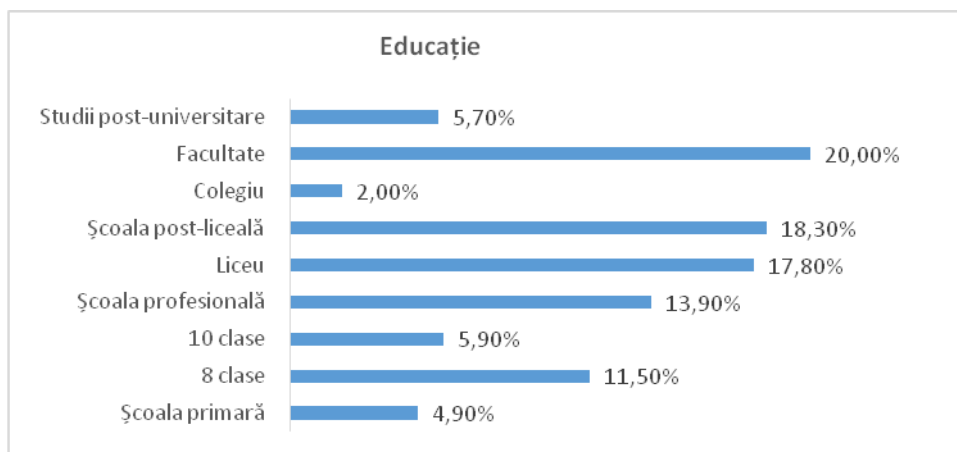
Referitor la vârsta persoanelor intervievate: 29,80% au vârstă între 60 - 65 de ani, 23,70% au vârstă cuprinsă între 66 - 70 ani și 71 - 75 ani, 13,40% au vârstă cuprinsă între 76 - 80 ani, 6,10% au vârstă cuprinsă între 81 - 85 ani iar 3,30% au vârstă de peste 85 de ani.

Legat de numărul membrilor de familie, se constată faptul că 45,90% dintre persoanele intervievate au declarat că în familia lor sunt două persoane.



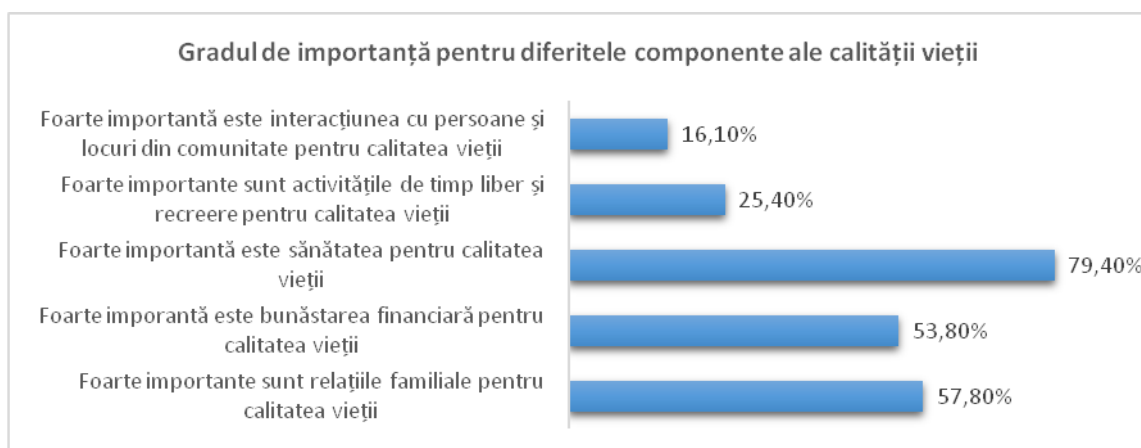
O pondere de 63,50% din persoanele vârstnice intervievate au declarat că sunt căsătorite, iar 27,20% sunt văduve. Doar 6,60% au declarat că sunt divorțate, iar 2,70% sunt necăsătorite.

Referitor la educație, se constată că 20,00% au terminat facultatea, 18,30% - școala profesională, 17,80% - liceul, 13,90% - școala profesională.



Concluzii :

Din analiza realizată, se constată că pe primul loc ca importanță pentru calitatea vieții persoanelor vârstnice, este sănătatea, urmată de relațiile familiale și bunăstarea financiară.



Deși sănătatea ocupă locul fruntaș pentru calitatea vieții vârstnicilor, aceștia declară în proporție de 48,50% că starea lor de sănătate nu este prea bună, iar printre obstacolele întâmpinate de către aceștia la accesarea serviciilor de îngrijire medicală, enumeră: timpul îndelungat de așteptare pentru servicii și obținerea cu greutate a programărilor, tratamentele de calitate scăzută din partea specialiștilor, dar și faptul că se deplasează cu greutate.

În urma analizei, s-a constatat faptul că și relațiile familiale ocupă un rol foarte important pentru calitatea vieții persoanelor vârstnice, acestea considerând că

membrii familiei se ajută reciproc mult și destul de mult. De asemenea, se constată că aceștia au activități comune, se sprijină reciproc, au încredere unul în celălalt, astfel, din punctul acesta de vedere, calitatea vieții persoanelor vârstnice nu este afectată.

Privind la bunăstarea financiară a persoanelor vârstnice, majoritatea au veniturile la nivel mediu, sau sub mediu, iar pentru majoritatea, nu mai rămân bani, la sfârșitul fiecărei luni, după ce toate plățile necesare au fost făcute, pentru a-i folosi după bunul plac.

Capitolul IV

Propuneri

Pentru asigurarea calității vieții persoanelor vârstnice la standardele Uniunii Europene, am identificat, pe domenii de interes, probleme și propuneri care ar putea contribui la o îmbunătățire a nivelului de trai, al integrării și participării sociale.

Pensii și asigurări sociale

- Creșterea raportului de dependență ca urmare a creșterii numărului de beneficiari și a diminuării numărului de contribuitori. Astfel, de la 315,1 pensionari de asigurări sociale de stat la 1000 salariați în 1990, raportul de dependență a crescut continuu ajungând la 1.125,0 pensionari la 1000 salariați în anul 2010, după care a scăzut sensibil ajungând la 1.073,1 pensionari la 1000 salariați în anul 2013;
- Modelul restrictiv în domeniul pensiilor a influențat considerabil tratamentul aplicat acestora ca pârghie de control a cheltuielilor de consum, începând cu menținerea unui nivel extrem de scăzut al cheltuielilor totale cu pensiile (circa 9,2% din PIB în România, față de media Uniunii Europene de 12,9% în 2011 și față de țările cu cele mai mari procente: 16,1% - Italia, 14,9% - Grecia, 14,8% - Austria și Portugalia);
- Nivelul pensiilor se menține disproporționat de mic față de cel al salariilor (pensia medie de asigurări sociale a reprezentat în 2013 numai 49,8% din salariul mediu net, iar pensia medie pentru agricultori numai 40,4% din pensia medie de asigurări sociale) deși salariile sunt departe de ceea ce ar fi necesar, nu doar pentru un trai decent, ci și pentru a constitui un mijloc de atragere a forței de muncă;

Sănătate

- Datele statistice demonstrează că starea de sănătate a pensionarilor, a vârstnicilor în general, a devenit îngrijorătoare datorată accesibilității greoaie a acestora la serviciile medicale de urgență, precum și în procurarea medicamentelor;
- Din perspectiva furnizorilor de servicii socio-medicale la domiciliu principalele greutăți identificate sunt: lipsa spațiilor în care să își desfășoare activitatea și lipsa fondurilor pentru susținerea programelor și asigurarea continuității lor;
- În cazul unităților de asistență medico-socială se constată, de asemenea, că în componența colectivului de angajați nu sunt incluși medici cu specialitatea geriatrie și din acest motiv în aceste unități nu se pot efectua terapii specifice persoanelor vârstnice și nici terapii recuperatorii pentru bolile cronice ale acestora;
- Vârstnicii din mediul rural sunt în continuare dezavantajați deoarece în multe localități nu există cabinete ale medicilor de familie sau acestea funcționează în spații improprii. De asemenea, numărul farmaciilor și al punctelor farmaceutice în mediul rural este foarte mic comparativ cu cel din orașe. Situația este aceeași și pentru centrele de recoltare și laboratoarele pentru analize. O problemă care vine în completarea acestora și reduce considerabil accesibilitatea la serviciile medicale și la produsele farmaceutice, constă în lipsa infrastructurii, inclusiv a mijloacelor de transport către localitățile urbane, situație care izolează unele comunități, cunoscut fiind faptul că în localitățile mici populația este preponderent vârstnică;
- Platforma gerontologică preconizată a se implementa se regăsește numai parțial în practica instituțiilor publice de sănătate și a organizațiilor societății civile.

Asistența socială

- Se constată o slabă dezvoltare a serviciilor pentru vârstnici comparativ cu alte categorii defavorizate de populație (copii, persoane cu dizabilități) și o insuficientă dezvoltare a structurilor la nivelul autorităților publice centrale și locale care să monitorizeze cazurile sociale din rândul acestora;

- Nu au fost dezvoltate programe de reinsertie și de menținere a unei vieți active și a unei participări semnificative a persoanelor vârstnice în societate;
- Legislația în domeniul financiar nu încurajează suficient transferurile între sectorul public și cel privat, astfel încât resursele sunt insuficiente și inegal repartizate la nivelul comunităților, cu diferențe majore între localități, ceea ce determină repartizarea inegală a fondurilor de la bugetul de stat;
- Instituțiile de asistență socială de tip rezidențial destinate asistării persoanelor vârstnice sunt insuficiente raportat la numărul cererilor;

Îngrijirea la domiciliu

- Rețeaua geriatrică la nivel național este insuficient dezvoltată;
- Lipsa medicilor geriatri care ar trebui să evalueze persoanele vârstnice inițial și periodic și să facă recomandări pentru întocmirea planului individual de intervenție;
- Echipa multidisciplinară nu funcționează, astfel încât de cele mai multe ori evaluarea, decizia și implementarea îngrijirii sunt fracționate fără ca specialiștii să poată comunica în soluționarea cazurilor;
- Structura de personal a unităților publice și private de asistare și îngrijire a vârstnicilor (cămine, centre de zi, unități medico-sociale, centre de îngrijire și asistență, adăposturi de noapte, cluburi ale pensionarilor) este incompletă, lipsind cel mai adesea specialiștii precum: îngrijitori, ergoterapeuți, kinetoterapeuți, medici stomatologi;
- Nu există unități cu program nonstop și foarte puțini dintre furnizori asigură asistență medicală de urgență, deși problematica specifică vârstnicilor ar impune înființarea unui asemenea tip de intervenție;
- Lipsa fondurilor și a personalului acreditat pentru susținerea programelor de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice;
- Serviciile sociale, socio-medicale și medicale oferite în prezent persoanelor vârstnice cuprind un pachet de bază care este necesar să fie revizuit și completat în funcție de nevoile individuale identificate în rândul populației vârstnice;
- Repartizarea furnizorilor de servicii de îngrijire în teritoriu este inegală - în detrimentul beneficiarilor din mediul rural - oferta de servicii fiind mult mai

redușă pentru localitățile mici și pentru cele rurale. Această discrepanță trebuie avută în vedere la elaborarea strategiilor de politică socială și la distribuirea fondurilor de la bugetul de stat și local pentru a se acorda servicii la domiciliu și vârstnicilor din mediul rural care au rămas singuri prin migrația generației tinere către mediul urban.

În perioada actuală România ar trebui să se promoveze măsuri concrete destinate persoanelor vârstnice pentru a permite acestora să dispună de resurse suficiente pentru o existență decentă, să poată participa activ la piața publică, socială și culturală și să decidă asupra propriei vieți, să ducă o existență independentă, cât mai mult timp posibil. În ceea ce privește principalele contribuții ale administrației publice centrale și locale angajate în îmbunătățirea calității vieții persoanelor vârstnice, apreciem că acestea pot fi sintetizate după cum urmează:

1. În sistemul asigurărilor sociale de stat

- stabilirea anuală a valorii punctului de pensie la cel puțin 45% din nivelul salariului mediu brut pe economie corect prognozat;
- reglementarea "coșului minim de consum" pentru pensionari în vederea stabilirii gradului minim de sărăcie față de care să se acorde facilități individuale în bani și natură de la bugetul de stat (asistență socială) pentru asigurarea traiului decent;

2. În sistemul de sănătate publică

- Creșterea accesului la serviciile de protecție a sănătății și îndeosebi la serviciile medicale de bază. Înființarea de programe naționale pentru persoanele vârstnice.
- Înființarea de către direcțiile sanitare de secții de geriatrie în spitale și cabinete de geriatrie în toate municipiile și orașele mari.
- Îmbunătățirea colaborării între casele de asigurări de sănătate județene și direcțiile sanitare județene prin stabilirea de atribuții și responsabilități clare și precise în regulamente cadru aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice;
- Urgentarea completării cu personal medico-farmaceutic a tuturor localităților rurale;

- Implementarea în toate zonele țării a programelor de îngrijiri la domiciliu;
- Reducerea prețurilor de vânzare a medicamentelor care, în prezent, cuprind în procente ridicate o serie de costuri și adaosuri nejustificate;
- Respectarea drepturilor pentru anumite categorii de persoane prevăzute în legi speciale cum ar fi: veteranii de război și văduvele de război, persoanele persecutate din motive politice, etnice, persoanele cu handicap etc., în ceea ce privește gratuitatea integrală a serviciilor medicale;

3. În sistemul de asistență socială

- Adoptarea unei legi care să reglementeze protecția socială a persoanelor vârstnice în acord cu drepturile persoanelor vârstnice recunoscute la nivel european;
- Îmbunătățirea și extinderea tipurilor de servicii ce le sunt asigurate vârstnicilor în instituțiile de asistență socială în regim rezidențial, respectiv programe de terapie ocupațională, recuperare etc.;
- Organizarea de campanii de popularizare (materiale publicitare audio-vizuale) a instituțiilor care au atribuții de protecție socială a persoanelor vârstnice, pentru ca aceștia să poată fi informați permanent cu privire la căile de acces la drepturile și facilitățile acordate prin legi speciale și diverse alte reglementări;
- Dezvoltarea sistemului rezidențial de asistență socială pentru vârstnici prin reabilitarea căminelor pentru persoane vârstnice existente și construcția de noi cămine;
- Înființarea de centre de ergoterapie;
- Dezvoltarea de programe care să vizeze pregătirea pentru pensionare, reinsertia în activitate și menținerea unei vieți active a pensionarilor în societate.

4. În sistemul de îngrijire la domiciliu

- Extinderea la nivel național a serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru a acoperi nevoile cât mai multor vârstnici, pentru prevenirea instituționalizării, a marginalizării sociale și a izolării;
- Dezvoltarea sistemului de îngrijiri la domiciliu de lungă durată, pentru a nu fi compromisă existența persoanelor vârstnice, deoarece odată cu înaintarea în vârstă, crește riscul de a prezenta boli, invalodate și implicit dependență;

- Îmbunătățirea, extinderea și diversificarea tipurilor de servicii ce le sunt asigurate vârstnicilor asistați la domiciliu, respectiv prin programe de terapie ocupațională, recuperare, activități cultural - artistice etc.;
- Organizarea evidențe și monitorizării centralizate a cazurilor sociale, persoane vârstnice, pentru o evaluare a cererii și ofertei de servicii, utilă în elaborarea unei strategii de dezvoltare a rețelei de servicii sociale în funcție de nevoile identificate.

Așa cum a reieșit și din cercetarea noastră principalele probleme cu care se confruntă vârstnicii sunt cele privitoare la venituri și asigurarea sănătății dar și de relaționare în cadrul familiei, suportul din partea aparținătorilor fiind important atât din punct de vedere material, dar mai ales socio-afectiv. De aceea este nevoie de programe de suport care să suplinească rolul familiei prea angrenate în propriile probleme și care să sprijine adaptarea la noul statut al persoanei pensionate și alte modificări care intervin în această perioadă de regresie.

În acest sens, este necesar să se acționeze prin reglementări pentru intensificarea participării persoanelor vârstnice la viața socială și cultivarea relațiilor interumane. În acest context se propun următoarele obiective:

- Dezvoltarea și împlinirea personală cu sprijinul societății civile, responsabilizând specialiștii în domeniul geriatric și cetățenii din cadrul comunităților, organizând seminarii la nivelul centrelor de zi pentru persoane vârstnice pe teme privind consecințele îmbătrânirii, impactul pensionării și a efectelor ce decurg din aceasta, organizând evenimente dedicate vârstei a treia, dezvoltând proiecte de susținere intra și intergenerațională, acordând suport pentru îmbunătățirea situației socio-economice a persoanelor vârstnice aflate în dificultate, dezvoltând programe ocupaționale în centrele de zi /cluburi în vederea combaterii izolării și încurajarea integrării sociale a acestora;
- Susținerea implicării active a persoanelor vârstnice în viața socială prin informare, sprijin și consiliere, nominalizarea în organisme consultative la nivel de comunitate în vederea participării lor active la soluționarea problemelor pe plan local și valorificarea competențelor dobândite în viața activă;

- Crearea unor punți între generațiile tinere și vârstnici prin organizarea de rețele de voluntari tineri care să se implice pentru îmbunătățirea calității vieții persoanelor vârstnice instituționalizate și a celor care locuiesc singuri, iar pe de altă parte pentru susținerea unor programe în vederea dezvoltării relațiilor interumane între copiii instituționalizați, elevi etc. și persoanele vârstnice, respectiv oricare alte inițiative menite să realizeze un schimb reciproc de informații pentru familiarizarea cu problematica celor două generații.

Bibliografie:

- Dumitru, Gheorghe, *Bătrânețea și activitatea fizică*, 2006,
http://www.medicinasportiva.ro/medicina%20sportiva/articole/Batranetea_si_activitatea_fizica_definitia_batranetii_1.html
- Institutul Național de Statistică, *Coordonate ale nivelului de trai în România. Veniturile și consumul populației, în anul 2012*, 2013;
- Institutul Național de Statistică, *Forța de muncă în România: Ocupare și șomaj – anul 2012*, 2013;
- Muller Fabian, Andrea, *Asistența socială în perspectiva integrării Europene: Identitate și Procesualitate*, 2007;
- Normal și patologic în îmbătrânire
<http://www.rasfoiesc.com/educatie/psihologie/NORMAL-SI-PATOLOGIC-IN-IMBATRA32.php>
- Stanciu, C., *Noțiuni introductive în asistență socială gerontologică*, 2008;

CHESTIONAR DE EVALUARE A CALITĂȚII VIETII PERSOANELOR VÂRSTNICE

CJPV:
LOCALITATEA:	

Date demografice

- 1. Sex:** 1. Feminin 2. Masculin
- 2. Vârstă:** 1. între 60 – 65 de ani 4. între 76 – 80 de ani
 2. între 66 – 70 de ani 5. între 81 – 85 de ani
 3. între 71 – 75 de ani 6. peste 85 de ani
- 3. Numărul de membri ai familiei dvs.?**
 1. o persoană 3. trei persoane 5. cinci sau mai mult
 2. două persoane 4. patru persoane de cinci persoane
- 4. Care este nivelul cel mai înalt de școlarizare al dvs.?**
 1. școala primară 4. școala profesională 7. colegiu
 2. 8 clase 5. liceu 8. facultate
 3. 10 clase 6. școala post-liceală 9. studii post-universitare
- 5. Starea civilă:**
 1. Necăsătorit/ă 3. Divorțat/ă
 2. Căsătorit/ă 4. Văduv/ă
- 6. Locuiți în:** 1. Urban 2. Rural

Relații familiale

- 1. Cât de satisfăcut(ă) sunteți de relațiile din cadrul familiei dumneavoastră, în ansamblu?**
 (bifați o variantă)

- 5 Foarte satisfăcut(ă)
 4 Satisfăcut(ă)
 3 Nici satisfăcut(ă) nici nesatisfăcut(ă)
 2 Nesatisfăcut(ă)
 1 Foarte nesatisfăcut(ă)

- 2. În ce măsură membrii familiei dumneavoastră...? (bifați un răspuns pentru fiecare item)**

- | | Mult | Destul | Puțin | Deloc |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Se ajută reciproc la treburi | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| b. Merg împreună în diferite locuri | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| c. Se bucură de compania celorlalți | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| d. Se sprijină reciproc în momente dificile | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| e. Ajută la rezolvarea problemelor familiei | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| f. Au încredere unul în celălalt | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| g. Contribuie la realizarea obiectivelor familiei | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| h. Au un sentiment de apartenență comună | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| i. Au în general valori asemănătoare | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| j. Fac lucruri ca o familie | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

3. Cât de importante sunt relațiile familiale pentru calitatea vieții dumneavoastră?
(bifați o variantă)

- 5 Foarte importante
- 4 Destul de importante
- 3 Oarecum importante
- 2 Puțin importante
- 1 Neimportante

Bunăstarea financiară

4. Cum ați descrie venitul dvs.? (bifați o variantă)

- 5 Mult peste medie
- 4 Peste medie
- 3 Mediu
- 2 Sub medie
- 1 Mult sub medie

5. Primiți sprijin financiar și din alte surse (cum ar fi donații, indemnizații, venituri din investiții)? (Vă rugăm să specificați)

6. Cât de multe din nevoile de bază ale dvs. (de exemplu, mâncare, îmbrăcăminte, condiții adecvate de locuire) pot fi satisfăcute de venitul familiei? (bifați o variantă)

- 5 Toate
- 4 Majoritatea
- 3 Unele
- 2 Puține
- 1 Nici unele

7. La sfârșitul fiecărei luni, după ce toate plățile necesare au fost făcute, mai rămân bani în bugetul dvs., pe care să îi puteți folosi după cum doriți? (bifați o variantă)

- 1 Da
- 2 Nu

8. Dacă nu, acest lucru reprezintă o greutate financiară pentru dumneavoastră?
(bifați o variantă)

- 1 Da
- 2 Întrucâtva
- 3 Nu

9. Cât de importantă este bunăstarea financiară pentru calitatea vieții dumneavoastră?
(bifați o variantă)

- 5 Foarte importantă
- 4 Destul de importantă
- 3 Oarecum importantă
- 2 Puțin importantă
- 1 Neimportantă

Sănătatea

10. În general ați putea afirma că starea dvs. de sănătate este:
(bifați o variantă)

- 5 Foarte bună
- 4 Bună
- 3 Nu prea bună
- 2 Proastă
- 1 Foarte proastă

11. Ce obstacole întâmpinați la accesarea serviciilor de îngrijire medicală? (bifați variantele potrivite)

- 1 Timp îndelungat de așteptare pentru servicii
- 2 Nici un tratament cunoscut pentru problema respectivă de sănătate
- 3 Inexistența serviciilor în zona mea
- 4 Transportul reprezintă o problemă
- 5 Nu putem să obținem programări cu ușurință, ne este greu să ne descurcăm
- 6 Nu știm unde să ne adresăm pentru servicii de îngrijire medicală
- 7 Nu înțelegem cu ușurință ceea ce spun specialiștii din domeniul medical
- 8 Tratament de calitate scăzută din partea specialiștilor din domeniul medical
- 9 Avem opinii diferite privind îngrijirea sănătății
- 10 Altă variantă (specificați) _____

12. Cât de importantă este sănătatea pentru calitatea vieții dvs.?
(bifați o variantă)

- 5 Foarte importantă
- 4 Destul de importantă
- 3 Oarecum importantă
- 2 Puțin importantă
- 1 Neimportantă

Spriin din partea altor persoane

13. Atunci când cereți ajutorul, cât de mult vă ajută rudele, prietenii, vecinii cu lucruri practice, cum ar fi să aibă grijă de dvs, să facă cumpărături, sau să aibă grijă de casă? (bifați o variantă)

- 5 Foarte mult
- 4 Mult
- 3 Întrucâtva
- 2 Puțin
- 1 Deloc

14. Cât de mult vă oferă rudele, prietenii, vecinii sprijin emoțional, cum ar fi să discute cu dvs, să vă asculte, să vă încurajeze? (bifați o variantă)

- 5 Foarte mult
- 4 Mult
- 3 Întrucâtva
- 2 Puțin
- 1 Deloc

15. Cât de important este sprijinul din partea altor persoane pentru calitatea vieții dvs.? (bifați o variantă)

- 5 Foarte important
- 4 Destul de important
- 3 Oarecum important
- 2 Puțin important
- 1 Neimportant

Timp liber și recreere

16. Faceți eforturi pentru a participa la activități de timp liber și recreere? (bifați o variantă)

- 5 În foarte mare măsură
- 4 În mare măsură
- 3 Într-o oarecare măsură
- 2 În mică măsură
- 1 Deloc

17. În ce măsură vă implicați în activități de timp liber și recreere? (bifați o variantă)

- 5 În foarte mare măsură
- 4 În mare măsură
- 3 Într-o oarecare măsură
- 2 În mică măsură
- 1 Deloc

18. Cât de importante sunt activitățile de timp liber și recreere pentru calitatea vieții dvs.? (bifați o variantă)

- 5 Foarte importante
- 4 Destul de importante
- 3 Oarecum importante
- 2 Puțin importante
- 1 Neimportante

Interacțiunea cu comunitatea

19. Ați experimentat vreo formă de discriminare în comunitatea din care faceți parte? (bifați o variantă)

- 1 Da
- 2 Nu

20. Dacă da, vă rugăm să explicați:

21. Există oportunități pentru dvs de a interacționa cu persoane și locuri din comunitatea dumneavoastră? (bifați o variantă)

- 5 Foarte multe
- 4 Multe
- 3 Câteva
- 2 Puține
- 1 Deloc

22. Dvs. faceți eforturi pentru a interacționa cu persoane și locuri din comunitatea dvs? (bifați o variantă)

- 5 În foarte mare măsură
- 4 În mare măsură
- 3 Într-o oarecare măsură
- 2 În mică măsură
- 1 Deloc

23. În ce măsură interacționați cu persoane și locuri din comunitatea dumneavoastră? (bifați o variantă)

- 5 În foarte mare măsură
- 4 În mare măsură
- 3 Într-o oarecare măsură
- 2 În mică măsură
- 1 Deloc

24. Cât de important este pentru calitatea vieții dvs. interacțiunea cu persoane și locuri din comunitatea dumneavoastră? (bifați o variantă)

- 5 Foarte important
- 4 Destul de important
- 3 Oarecum important
- 2 Puțin important
- 1 Neimportant

25. Cum ați descrie calitatea vieții dvs, în ansamblu? (bifați o variantă)

- 5 Excelentă
- 4 Foarte bună
- 3 Bună
- 2 Acceptabilă
- 1 Slabă

Vă mulțumim pentru că ați completat Chestionarul de evaluare a calității vieții persoanelor vârstnice din România.