

**MÎNISTERUL EDUCAȚIEI NAȚIONALE
UNIVERSITATEA DIN CRAIOVA
FACULTATEA DE ȘTIINȚE SOCIALE
ȘCOALA DOCTORALĂ DE ȘTIINȚE SOCIALE ȘI UMANISTE**

TEZĂ DE DOCTORAT

- REZUMAT -

**CALITATEA VIEȚII PERSOANELOR VÂRSTNICE DIN
ROMÂNIA**

Conducător științific:

Prof. univ. dr. habil. MARIA CONSTANTINESCU

Doctorand:

ALEXANDRU LIVIU CERCEL

Craiova, 2021

STRUCTURA TEZEI DE DOCTORAT

Introducere

Cap.I Perspective teoretice asupra fenomenului de îmbătrânire

1.1.Precizări conceptuale despre îmbătrânire. Accepțiuni și controverse

1.2.Dimensiuni socio-umane ale vârstei a treia

1.3.Vârșnicii de-a lungul timpului în diferite societăți

1.4.Teorii și perspective de abordare a vârstnicilor

1.4.1.Teorii sociologice

1.4.1.1.Abordarea funcționalistă. Dezangajare versus activism

1.4.1.2.Abordarea conflictualistă. Stratificare și schimb social

1.4.1.3.Abordarea inter acționalismului simbolic. Etichetare și stigmat

1.4.2.Teorii psihologice

1.4.2.1.Teoriea trebuințelor individuale

1.4.2.2.Teoriea dezvoltării personalității

1.4.2.3.Teoriea cursului vieții

1.4.2.4.Modelul cognitiv- comportamental

Cap.II Repere definitorii și modalități de măsurare și îmbunătățire a calității vieții

2.1.Operaționalizarea conceptului de calitate a vieții

2.2.Principii și indicatori ai calității vieții

2.3.Dimensiuni ale calității vieții în România

2.4.Provocări privind calitatea vieții la vârsta a treia

Cap.III Politicile sociale și asistența socială a vârstnicilor

3.1.Politici sociale adoptate la nivel european

3.2.Politici sociale adoptate la nivel național

3.3.Politici sociale adoptate la nivelul județului Dolj

Cap.IV Studii privind calitatea vieții persoanelor vârstnice

4.1.Cercetări realizate la nivel internațional

4.2.Cercetări realizate la nivel național

Cap.V Cercetarea calității vieții persoanelor vârstnice din județul Dolj

5.1. Argumentația și cadrul cercetării

5.2. Metodologia cercetării

5.2.1 Metodologia cercetării

5.2.2 Populația investigată

5.2.3 Metode utilizate

5.2.4 Ipotezele cercetării

5.3. Prezentarea și interpretarea cercetării cantitative

5.3.1. Particularități privind calitatea vieții persoanelor vârstnice din județul Dolj

5.3.2. Particularități privind calitatea vieții persoanelor vârstnice internate în centre rezidențiale din județul Dolj

5.4. Prezentarea și interpretarea rezultatelor cercetării calitative

5.4.1. Atitudini și opinii ale vârstnicilor privind calitatea vieții la vârsta a treia

Identificarea de soluții pentru nevoile persoanelor vârstnice

Concluzii și recomandări

Bibliografie

Anexe

REZUMAT

Cuvinte cheie: persoană vârstnică, îmbătrânire, etichetare, stigmatizare, vulnerabilitate, calitatea vieții, autonomie, dependență, instituționalizare.

Lucrarea de față își propune să abordeze aspecte privitoare la calitatea vieții persoanelor vârstnice retrase din viața profesională activă, identificând, astfel, domeniile importante ale vieții vârstnicilor care constituie fie elemente de sprijin în parcurgerea unei perioade de dificultăți socio-economice, așa cum este cea actuală, fie surse de îngrijorare și insatisfacție. Perspectiva utilizată este aceea a „calității vieții”, care ia în considerare atât evaluările personale, cât și condițiile obiective de viață.

Ființa umană socializată, în complexitatea sa ontogenetică, este rezultatul interacțiunii dintre factorii biologici descriptivi și multiplele influențe socioculturale, care, în dinamică, generează profiluri specifice fiecărei societăți în parte, dependente de momentul istoric și arealul geografic în care se realizează socializarea. Diferențierea nu vizează exclusiv variabilitatea tipurilor societale, ci chiar rolurile, statusurile și modurile de viață care individualizează identitatea fiecărui grup din societatea globală în parte. O formă primară de diferențiere socială a reprezentat-o, din punct de vedere istoric, cristalizarea grupurilor de vârstă. Acestea au stat la baza primelor forme de diviziune a muncii, puterii și proprietății în societățile primitive, generând primele forme de putere și stratificare socială.

Motivația alegerii prezentei teme a avut ca punct de plecare statutul și percepția vârstnicului la nivelul societății și familiei, precum și datele demografice publicate în urma Recensământului din anul 2011 realizat pe teritoriul României, care arată că ponderea persoanelor de peste 65 de ani a crescut la 16,4% comparativ cu anul 2006, când acesta era de 14,8%.

Aceasta ipoteză se confirmă și în urma comparării datelor obținute prin accesarea site-ului Tempo-online al I.N.S.S.E, între totalul populației rezidente la nivelul României și totalul persoanelor de peste 65 de ani, astfel dacă la nivelul anului 2011 procentul era de 16,4%, respectiv 17,3 % în anul 2016, în anul 2020 acesta se situează 18,9%, ceea ce arată un trend crescător al persoanelor vârstnice la nivelul țării. (Figura.1)

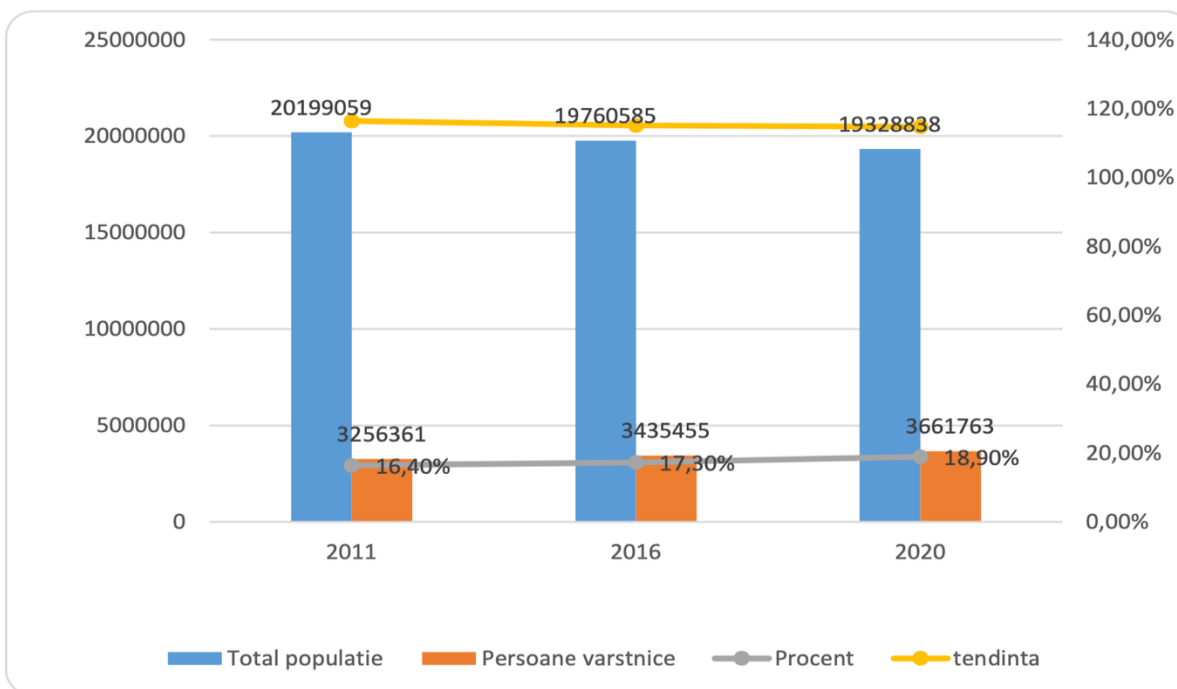


Figura.1 Ponderea persoanelor vârstnice raportate la totalul populației rezidente la nivel național (2011-2020)

Sursa. Elaborat de autor pe baza datelor colectate de pe site-ul Tempo-online (I.N.S.S.E)

Pornind de la această constatare, se nasc o serie de întrebări de cercetare: Care este modelul comportamental asociat cu pensionarea, precum și acomodarea cu acest statut? Cum privim raportul îndatoririlor familiei și societății față de vârstnici? Care este impactul psihic odată cu pierderea parțială sau totală a autonomiei? Și, nu în ultimul rând, care este starea emoțională și afectivă odată cu pierderea partenerului de viață? Care sunt nevoile stringente ale vârstnicilor și cum trebuie acționat pentru ameliorarea și eradicarea lor ?

Un argument în favoarea alegerii temeii îl reprezintă faptul că, în prezent, chestiunea vârstnicilor capătă o complexitate fără precedent în istorie. Cu toate că nu li se mai atribuie puterea de altădată, postmodernitatea aduce în discuție problema vârstnicilor sub raport teoretic, socio-istoric și politic. În plan teoretic, se ridică chestiunea formulării unor definiții consensuale asupra conceptelor subsumate fenomenului îmbătrânirii, precum și explicarea acestui fenomen prin modele explicative cu valențe universaliste. Din perspectivă socio-culturală, ceea ce interesează este modul în care statusul vârstnicilor și variabilele legate de

status variază de la un areal social la altul, iar din perspectiva politicii sociale devine imperativă înțelegerea și ameliorarea condiției actuale a persoanelor de vârsta a treia.

Un alt argument care a stat la baza alegerii temei îl reprezintă faptul că îmbătrânirea demografică este un proces deosebit de complex, cu multiple efecte economice și sociale și o preocupare majoră pentru cercetători și organizațiile internaționale din domeniu. Îmbătrânirea demografică, raportată pentru prima dată la începutul secolului al XX-lea de Alfred Sauvy, a devenit mai vizibilă între 1960 și 1970. Acest proces este predominant în multe țări ale lumii, deoarece proiecțiile demografice arată că ponderea populației vârstnice în vârstă de peste 65 ani continuă să crească, triplându-se până în 2050 (22% din populația lumii). În această perioadă, se așteaptă ca populația totală să crească cu doar o treime, în timp ce se preconizează că populația de copii cu vârsta sub cinci ani va scădea ușor (5%).

Pe de o parte, o astfel de situație ar declanșa la nivel global o creștere a condițiilor patologice, incidența bolilor legate de îmbătrânire sau un risc ridicat de a dezvolta alte boli cronice și, pe de altă parte, o presiune considerabilă asupra serviciilor sociale și de asistență medicală specializată în centrele de îngrijire rezidențială pentru vârstnici. Din acest punct de vedere, furnizorii de asistență socială necesită abordări bazate pe comunitate pentru a preveni și gestiona declinurile naturale înregistrate în rândul populației în vârstă (reducerea mobilității, nevoi speciale de nutriție, scăderea capacităților senzoriale etc.).

Procesul de îmbătrânire demografică din România a început mai târziu decât în țările din vestul Europei, adică după anii 1990, prin abrogarea Decretului 770/1966, care a marcat sfârșitul politicii pro-nataliste și liberalizarea planificării familiale. Ulterior, a fost accelerată de migrația forței de muncă, de creșterea vârstei conjugale și de fertilitate mai mică. În prezent, piramida de vârstă a populației României arată o creștere a ponderii persoanelor cu vârsta de peste 65 de ani. Această creștere este susținută doar de o ușoară îmbunătățire a speranței de viață, în timp ce grupurile de populație adulte și tinere au scăzut ca urmare a migrației și a natalității reduse. În același timp, raportul de dependență a crescut constant, generând diferite probleme socio-economice, care trebuie abordate prin politici sociale specifice.

Societatea românească este orientată în mod tradițional către îngrijirea persoanelor în etate de către familie. Mai exact, au fost adoptate o serie de politici pentru vârstnici, primele încă din secolul al XIII-lea, când au fost construite „bolnițele” (infirmieriile) în jurul

mănăstirilor. În ceea ce privește cele mai recente măsuri legislative, acestea au cunoscut modificări permanente ca urmare a fluctuației frecvente a miniștrilor și a guvernelor și au vizat în primul rând chestiuni legate de gestionarea problemelor de asistență socială pentru persoanele în vârstă (de exemplu, Legea nr. 17/2000, republicată în 2007).

Printre cele mai importante **măsuri legislative** pentru populația în vârstă, enumerăm Hotărârea de Guvern (HG) nr. 212/2011, Legea 197/2012 și HG nr. 118/2014 prin care serviciile sociale pentru vârstnici au fost autorizate atât pentru entitățile publice, cât și pentru cele private. De asemenea, Ministerul Muncii a elaborat „Strategia națională pentru promovarea îmbătrânirii active și a protecției persoanelor în vârstă 2015-2020”, care subliniază o mai bună orientare a sistemului de sănătate, a sistemului de asistență socială și a bugetului asigurărilor sociale pentru vârstnici, creând o legătură cu cercetarea științifică în domeniu.

Scopul tezei de doctorat îl reprezintă cunoașterea și analiza calității vieții persoanelor vârstnice din județul Dolj, atât a celor care locuiesc la domiciliu, cât și a celor instituționalizate în centre de ocrotire socială. Rezultatele cercetării vor putea fi folosite atât ca date empirice, dar mai ales ca recomandări în implementarea și aplicarea politicilor sociale la nivel național și județean privind calitatea vieții vârstnicilor.

Obiectivul general al cercetării este conturarea, prin agregare, a unei imagini coerente și cât mai apropiată de realitate asupra condițiilor de viață ale vârstnicilor din județul Dolj, atât ale celor care locuiesc la domiciliu, cât și ale celor care se află în centre de îngrijire rezidențială.

Obiectivele specifice avute în vedere sunt:

1. Cunoașterea, cu ajutorul instrumentelor specifice investigației sociologice, a problemelor și nevoilor cu care se confruntă persoanele vârstnice din județul Dolj. Vom avea în vedere atât persoanele vârstnice care locuiesc la domiciliu, singure sau împreună cu familia/rude, cât și pe cele internate în centre de îngrijire rezidențială.
2. Cunoașterea atitudinii persoanelor vârstnice vizavi de bătrânețe, a modificărilor de natură socială, psihologică și biologică survenite odată cu înaintarea în vârstă și a modului în care aceștia se raportează la viața pe care o trăiesc în prezent.
3. Identificarea oportunităților formale și informale de sprijin de care dispun vârstnicii, a rețelelor instituționale și a facilităților oferite prin legislație, precum și a formelor de sprijin venite din partea celor apropiați.

4. Cunoașterea modului în care vârstnicii își apreciază starea de sănătate, a gradului de autonomie de care aceștia dispun în realizarea activităților cotidiene.
5. Cunoașterea măsurii în care politicile și programele sociale actuale răspund în mod real nevoilor vârstnicilor și identificarea acelor zone de nevoi care rămân neacoperite și care trebuie să facă obiectul programelor viitoare de intervenție destinate acestei categorii de vârstă.
6. Măsurarea percepției vârstnicilor față de viața pe care o trăiesc, a gradului de satisfacție cu propria viață, precum și a stării de bine (wellness) și identificarea factorilor cu influență pozitivă și negativă în ceea ce privește obținerea acestei stări.

Ipotezele care au stat la baza demersului sociologic sunt:

1. Cu cât venitul persoanelor vârstnice este mai redus, cu atât mai precară este starea de sănătate a acestora.
2. Dacă centrele de ocrotire socială oferă condiții și servicii de calitate, atunci starea de sănătate a vârstnicilor se va îmbunătăți după momentul instituționalizării.
3. Dacă personalul centrului de îngrijire manifestă un comportament etic și empatic, atunci persoanele instituționalizate vor resimți o stare de siguranță și confort.
4. Dacă familia se implică financiar, empatic și emoțional în viața vârstnicului, atunci scad șansele ca acesta să ajungă în situația de a fi instituționalizat.

Lucrarea este structurată în **două părți** – o parte teoretică, aferentă primelor patru capitole, și o parte practic-aplicativă, aferentă ultimului capitol, care prezintă, în manieră descriptivă și explicativă, rezultatele investigației sociologice de teren.

Primul capitol al lucrării este destinat delimitărilor conceptuale și modelelor teoretice explicative venite din mai multe discipline. Din punct de vedere cronologic, primele studii care au abordat sistematic chestiunea îmbătrânirii au fost cele biologice și gerontologice. Studii experimentale au condus la ideea că toate aceste schimbări ar putea fi generate de radicalii liberi, iar ipoteza că reacțiile radicalilor liberi sunt responsabile pentru procesul de îmbătrânire este susținută de mai multe dovezi: i) studii asupra originii vieții și evoluției; ii) studii asupra efectului radiațiilor ionizante asupra viețuitoarelor; iii) manipulări dietetice ale reacțiilor endogene de radicali liberi; iv) explicațiile plauzibile pe care le oferă fenomenelor de îmbătrânire; și v) numărul tot mai mare de studii care implică reacții ale radicalilor liberi în patogeneza bolilor specifice. Teoria radicalilor liberi creionează paradigma dominantă de

înțelegere și explicare a fenomenului de îmbătrânire în biologia, chimia, genetica, nutrigenomica și gerontologia contemporană. Preocupărilor teoretice li s-a adăugat interesul tot mai pregnant pentru încetinirea procesului de îmbătrânire, lucru care părea de domeniul științifico-fantasticului în urmă cu câteva decenii.

Abordarea sociologică a bătrâneții a debutat în prima jumătate a secolului trecut, iar acesta a reprezentat obiectul de studiu pentru multiple paradigme sociologice. Prima pe care o vom prezenta va fi abordarea structural-funcționalistă. Abordarea funcționalistă a bătrânilor și bătrâneții pornește de la următoarea întrebare de cercetare: Cum și în ce măsură pot fi bătrânii utili pentru societate?

Primul răspuns, cel puțin cronologic, vine din partea unei teorii clasice, pe care am mai adus-o tangențial în discuție în capitolul de față: teoria dezangajării, care sugerează că retragerea din societate și din relațiile comunitare este o parte inerentă a îmbătrânirii ca etapă de viață. Moartea este inevitabilă, iar, pe fondul declinului fizic și mental, ar părea firesc ca indivizii să se retragă din viața socială, să nu reprezinte o povară pentru societate. Dezirabilă sau nu, retragerea socială, înțeleasă în cadrul mai larg al dezangajării, este o realitate demonstrată de numeroase studii. Unele dintre acestea au constatat chiar diferențe semnificative privind modul în care dezangajarea își găsește forme particulare de manifestare în funcție de gen, fiind experimentată diferit de femei și de bărbați, deoarece bărbații se concentrează asupra muncii și sferei publice, iar femeile se concentrează pe sfera privată a gospodăriei și vieții de familie, iar redefinirea noului sistem de roluri presupune, înainte de toate, abandonarea celor practicate anterior. Desigur, studiile privind dezangajarea, realizate, în general, la sfârșitul anilor 1950 și începutul anilor 1960, au în vedere un context istoric structural diferit de cel pe care îl experimentăm astăzi, când distribuția rolurilor în funcție de gen și categorii de vârstă nu mai este atât de strict reglementată de cutume și, cu atât mai puțin, de sistemele juridice. Ne vom ocupa, de asemenea, de perspectiva conflictualistă, care aduce în prim-plan conflictul între generații. Tot în sânul paradigmei conflictualiste s-a dezvoltat teoria schimbului, pe fondul ascensiunii teoriei alegerii raționale.

Această teorie sugerează că experimentăm o dependență crescută pe măsură ce îmbătrânim și trebuie să ne supunem din ce în ce mai mult voinței celorlalți, pentru a primi în schimb sprijinul lor. Teoria pornește de la premisa că relațiile sociale se bazează pe schimburi

reciproce, iar pe măsură ce vârstnicii devin mai puțin capabili să ofere resurse la schimb, vor vedea că cercurile lor sociale și influența de care beneficiau până atunci se diminuează semnificativ.

În unele situații, această situație poate fi evitată prin gestionarea inteligentă a resurselor, cum ar fi acordarea unei moșteniri suficient de motivante sau prin implicarea activă în creșterea nepoților. De asemenea, vom prezenta teoria etichetării, care pune accent pe influența fenomenelor de stigmatizare și etichetare asupra calității vieții vârstnicilor.

Din psihologie, vom opera cu teoria trebuințelor individuale, teoria dezvoltării, teoria cursului vieții și teoria cognitiv-comportamentală, utilizată în prezent în psihoterapie. În cazul vârstnicilor, restructurarea unor cogniții iraționale, precum “Sunt inutil.”, “Nu mai sunt valoros pentru cei din jur.”, “Viața mea a fost în zadar.”, împreună cu activarea comportamentală, reprezintă linii majore ale intervenției cognitiv-comportamentale. În prezent, teoria și practica cognitiv-comportamentală sunt utilizate cu mare succes în terapia tulburărilor depresive și anxioase specifice persoanelor vârstnice, sunt integrate în programe de sănătate publică destinate acestora.

Al doilea capitol abordează problematică vârstnicilor în contextul mai larg al politicilor de creștere a calității vieții. Ne vom opri asupra conceptului de calitate a vieții, a modelelor sale explicative și a tendințelor europene și naționale din acest domeniu. Definițiile calității vieții sunt la fel de diverse ca și multitudinea disciplinelor ce revendică studiul acestui domeniu. Astfel, calitatea vieții este extrem de individualistă, din prisma nivelurilor ridicate de variabilitate între indivizi, ceea ce o face nepotrivită în procesul de luare a deciziilor. Cu toate acestea, studiile transnaționale asupra bunăstării sau comparațiile între diferitele grupuri de indivizi măsoară adesea calitatea vieții într-un mod așa-zis obiectiv, afirmând că există caracteristici specifice nu atât indivizilor, cât grupurilor sociale. De exemplu, această analiză presupune că grupurile de vârstă înaintată sunt suficient de specifice în acest sens pentru a fi posibilă o astfel de analiză, probabil datorită percepției că vârstnicii sunt deosebit de vulnerabili din cauza: (1) capacităților fizice și mentale în scădere; (2) ieșirii de pe piața muncii cu o mai mare dependență de pensii; (3) descompunerii familiilor extinse; și (4) izolării din cauza morții partenerului de viață. Interesul pentru subiect provine din schimbarea demografică care a dus la proporții fără precedent de vârstnici, în special în rândul populațiilor din lumea dezvoltată.

Al treilea capitol propune o sistematizare a politicilor europene, naționale și județene pentru creșterea calității vieții persoanelor vârstnice. De la începutul anilor 1990, problema îmbătrânirii populației a devenit una dintre chestiunile prioritare ale actualelor state membre ale Uniunii Europene. Istoric cel puțin, preocupările individuale, în cadrul fiecărui stat în parte, au apărut cu mult înainte de a putea discuta despre o politică comunitară, unională, în această direcție. Aceste preocupări au decurs firesc din evoluția societăților europene.

Ameliorarea condițiilor de viață și progresul științific, mai ales în plan medical, au condus la prelungirea treptată a speranței de viață. Vârsta medie a populației europene a crescut rapid, în timp ce rata fertilității a scăzut. Trendul demografic european, vizibil încă din anii 1990, a continuat în primul deceniu al anilor 2000, în paralel cu mutații sociale și economice fără precedent, care au culminat cu criza economică de acum un deceniu. Creșterea populației dependente, combinată cu imperativul satisfacerii nevoilor acestei categorii de vârstă, a exercitat și continuă să exercite o presiune puternică asupra resurselor de protecție socială, având în vedere logica în care sunt gândite sistemele distributive în statele contemporane: cheltuielile secundare (asistență medicală, îngrijire pe termen lung, pensii etc.) provin din contribuții și impozite plătite de o forță de muncă mai tânără, aflată într-o alarmantă scădere. Prin urmare, “fenomenul îmbătrânirii demografice se manifestă deja, de câteva decenii, în multe state ale lumii. Reducerea natalității și creșterea numărului de vârstnici schimbă continuu echilibrul dintre generații în toate țările lumii.”¹ De aceea, am considerat necesară o abordare comparativă a principalelor demersuri întreprinse până în prezent pentru ameliorarea acestei stări de fapt.

Al patrulea capitol reprezintă sinteza parcurgerii literaturii de specialitate internaționale și naționale în domeniu. Ne propunem în acest sens o abordare sistematică și sintetică totodată a celor mai importante cercetări privind calitatea vieții persoanelor vârstnice întreprinse până în prezent la nivel european și național. Fiind un parametru extrem de important al competitivității țărilor la nivel mondial, calitatea vieții este evaluată anual de organisme internaționale. În mai multe țări de pe glob au fost inițiate cercetări sociale menite a monitoriza, analiza, studia și interpreta indicatorii calității vieții vârstnicilor, având scopul de a elimina anumite problematici

¹ Mariana Stanciu, *Politici sociale adresate fenomenului îmbătrânirii populației*, în Elena Zamfir, Mălina Voicu, Simona Stănescu (coord.), *Politici sociale în România după 30 de ani. Așteptări și răspunsuri*, Editura Academiei Române, București, 2020, p. 304.

sociale regăsite în traiul de zi cu zi al persoanelor în etate ori de a le diminua efectele negative. Peste tot în Uniunea Europeană, problematica persoanelor vârstnice reprezintă o preocupare constantă a factorilor decizionali. Conform literaturii de specialitate, calitatea de lungă durată a vieții reprezintă un domeniu caracterizat de un grad ridicat de complexitate ce implică și componente specifice sistemelor de asistență socială, dar și componente ce țin de îngrijirea sănătății. Aceste două componente sunt foarte greu de delimitat, beneficiarii majorității serviciilor de îngrijire de lungă durată fiind, cu precădere, persoanele vârstnice. Creșterea populației în vârstă conduce la importanța cunoașterii îmbătrânirii active precum și a drepturilor populației în vârstă, de toate acestea ocupându-se mecanismele internaționale, care sprijină în diverse moduri vârstnicii. Totuși, populația în vârstă întâmpină o mulțime de probleme, în ciuda tuturor eforturilor depuse. Astfel, problemele vârstnicilor restricționează, în mare parte, drepturile lor la: autonomie, educație, asistență socială și sănătate. Totodată, populația în vârstă este supusă la o serie de provocări și factori perturbatori pe parcursul perioadei de îmbătrânire, dar cele mai importante probleme le reprezintă discriminarea, sărăcia, violențele și abuzurile asupra vârstnicilor, lipsa statisticilor și datelor privind calitatea vieții acestora în diferite state. Astfel, toate acestea reprezintă amenințările majore cu care se confruntă populația în vârstă iar bunăstarea lor are de suferit. Drepturile persoanelor în vârstă, așa cum reies din documentele internaționale, nu sunt suficient clarificate și reglementate, prin urmare implementarea și monitorizarea acestora devine o provocare importantă pentru fiecare stat, dar și pentru cercetătorii din domeniu. O parte din studiile întreprinse până în prezent în direcțiile mai sus amintite vor fi prezentate în cel de-al patrulea capitol al lucrării.

Ultimul capitol este destinat abordării practic-aplicative și include rezultatele cercetării de teren, care s-a bazat pe următoarele metode utilizate : metode cantitative (analiza statistică, ancheta sociologică pe bază de chestionar) precum și metode calitative (ancheta sociologică bază de focus-grup, ancheta sociologică bazată pe interviu tip povestea vieții). Au fost supuse analizei atât elemente referitoare la dimensiunea cantitativă a calității vieții, respectiv situație financiară, cheltuieli și consum, bunuri și servicii la care au acces, caracteristicile relațiilor și proceselor sociale la care participă, situațiile culturală, politică, socială, de sănătate în care trăiesc, modul și stilul de viață, cât și starea subiectivă de satisfacție ca urmare a evaluărilor pe care oamenii le fac condițiilor în care trăiesc.

Prima parte a lucrării de față a abordat chestiunea calității vieții persoanelor vârstnice din perspectiva modelelor explicative venite din sfera sociologiei, psihosociologiei și demografiei. Totodată, primele trei capitole ale lucrării oferă numeroase exemple despre modul în care datele statistice și modelele teoretice pot fi integrate în politici sociale concrete, de natură a crește calitatea vieții acestui segment de populație. Astfel că, oarecum simultan cu creșterea exponențială a vârstnicilor ca procent din populația globală, în ultimele decenii a devenit tot mai vizibilă reorientarea politicii sociale în domeniul persoanelor vârstnice, care a cunoscut multiple direcții de manifestare, precum etatizarea suportului social (statul preia, în mare măsură, funcția de sprijin a vârstnicilor și, în general, a grupurilor aflate în nevoie); normarea suportului social (ajutorul nu are caracter arbitrar și nu depinde de bunăvoința unei persoane sau a unui grup, ci este reglementat de norme formale, la care se adaugă mecanisme stricte de implementare și control); suportul social include un sistem complex de asigurări; suportul social este acordat din fonduri publice (ex. bugetul asigurărilor sociale), care sunt colectate de la populație prin diverse mecanisme fiscale; dezvoltarea, în paralel, a inițiativelor private și comunitare.

Toate aceste restructurări în materie de politică socială a vârstnicilor și-au găsit forme de manifestare și mecanisme de implementare la nivel internațional și național. De altfel, realitatea demografică, care a presupus creșterea numerică a segmentului de populație de vârstă a treia, caracterizat de nevoi specifice, este cea care a impus regândirea politicilor în domeniu și adoptarea unor măsuri urgente, la toate nivelurile decizionale. Mai mult decât atât, după cum am văzut, tabloul socio-demografic este și mai dificil, pe fondul manifestării unor fenomene precum declinul rapid al categoriei de vârstă “-30” și îmbătrânirea forței de muncă, ceea ce antrenează probleme structurale la nivelul pieței; persistența unor disparități majore între diferitele țări de pe glob, în sensul în care speranța de viață stagnează în țările cel mai puțin dezvoltate sau cunoaște o creștere lentă, iar în statele “centrice” înregistrează o creștere fără precedent în istorie; dintre subcategoriile “60+”, cea mai frapantă creștere se regăsește la nivelul subcategoriei “80+”, care necesită servicii speciale de îngrijire și protecție socială.

Nu doar demografic, ci și economic lucrurile merg într-o direcție îngrijorătoare. Din perspectiva impactului economic, se constată o scădere a veniturilor publice, concomitent cu creșterea cheltuielilor cu protecția socială și sănătate, o reducere a volumului forței de muncă, dar și schimbări în comportamentul de consum al populației. Pe plan social, efectele sunt resimțite în schimbări ale realității sociale, ale comportamentelor sociale, dar și în creșterea stării de

dependență în cazul celor cu afecțiuni cronice. Deși creșterea speranței de viață și a populației de peste 65 de ani reprezintă un lucru dezirabil pentru umanitate (supraviețuirea la bătrânețe a devenit ceva firesc), aceasta prezintă, de asemenea, provocări profunde pentru sistemele de politici publice, care trebuie să se adapteze la noile tendințe și provocări de factură demografică. Prima provocare este asociată cu creșterea semnificativă a populației pensionate în raport cu scăderea semnificativă a populației apte de muncă, ceea ce creează presiuni sociale, economice și politice asupra sistemelor de asigurări sociale. În majoritatea țărilor dezvoltate, îmbătrânirea rapidă a populației exercită o presiune puternică asupra sistemelor de pensii. Reducerea facilităților fiscale, creșterea impozitelor, împrumuturi masive, reducerea cheltuielilor cotidiene, creșterea vârstei de pensionare sunt câteva dintre politicile “de sacrificiu” care ar putea deveni necesare pentru corectarea problemelor structurale cu care se confruntă în prezent sistemul american de pensii. Sistemele private de pensii sunt, de asemenea, considerate opțiuni potențiale pentru a face față îmbătrânirii populației în S.U.A și nu numai.

Calitatea vieții persoanelor în vârstă s-a îmbunătățit semnificativ în timp, odată cu dezvoltarea serviciilor medicale și politicilor sociale. Oamenii în vârstă pot duce un trai activ până la o vârstă mult mai înaintată decât în trecut și, dacă productivitatea lor este susținută prin politici și programe adecvate, își pot conserva starea de sănătate fizică și psihică pentru o perioadă foarte lungă de timp. De altfel, faptul că antrenarea permanentă a funcțiilor cognitive constituie cheia prevenției tuturor formelor de demență reprezintă deja un consens la nivelul comunității medicale. În această optică, încurajarea stilului de viață activ în rândul persoanelor vârstnice comportă cel puțin două avantaje individuale și sociale majore: persoana vârstnică produce în continuare plusvaloare pentru societate, ceea ce previne apariția sentimentului de inutilitate și, deci, a tulburărilor depresive și anxioase; productivitatea crescută necesită antrenarea constantă a proceselor cognitive superioare, ceea ce previne apariția demențelor la nivel individual și, implicit, scăderea prevalenței acestor boli la nivelul societății.

Chestiunea persoanelor vârstnice, înțeleasă în cheia solidarității și echității intergeneraționale, a început să ocupe un loc prioritar pe agenda politicilor sociale din majoritatea statelor dezvoltate. Majoritatea politicilor de protecție socială destinate persoanelor în vârstă au implicat restructurarea sistemelor de pensii. Aproape toate țările europene au crescut vârsta de pensionare, doar Polonia a redus pragul de la 67 la 65 pentru bărbați și de la 65 la 60 pentru femei în anul 2017. De asemenea, au fost dezvoltate o serie de politici pentru a încuraja angajații de vârstă

a treia să amâne cât mai mult momentul părăsirii câmpului muncii. Multe țări au decis să elimine treptat sau să înăsprească considerabil condițiile de pensionare anticipată (de exemplu Danemarca, Grecia, Ungaria, Polonia, Slovenia, Austria, Italia). Alte țări (de exemplu, Finlanda, Estonia, Cipru) acordă un bonus financiar pensionarilor care se hotărăsc să amâne momentul pensionării.

Mai multe state au dezvoltat regimuri specifice de șomaj pentru persoanele în vârstă, pentru a le încuraja să rămână active profesional, în paralel cu prima perioadă a pensionării – caz în care ieșirea la pensie nu exclude și nu limitează obținerea altor venituri, inclusiv salariu (de exemplu, Germana, Grecia, Italia, Ungaria, Finlanda). Totodată, în multe țări persoanele în vârstă cu resurse insuficiente sunt eligibile pentru a primi o anumită sumă de bani (de pildă, sub forma venitului minim garantat) pentru a-și satisface nevoile de subzistență. Unele țări oferă, de asemenea, asistență socială specifică celor care depășesc vârsta de pensionare. Aceasta poate lua forma creșterii sumei acordate direct proporțional cu înaintarea în vârstă (de exemplu, în Bulgaria, Cipru, Portugalia, Lituania), unei indemnizații cu valoare fixă, care se acordă după atingerea unui prag de vârstă (de exemplu, Belgia, Franța, Italia, Portugalia, Slovenia) sau unor forme de creditare (Marea Britanie). Unele țări, printre care și România, au dezvoltat strategii naționale pentru promovarea bătrâneții active și implementarea recomandărilor internaționale în domeniu. Aceste strategii creează cadrul normativ și condițiile necesare pentru a facilita o carieră profesională de lungă durată, în paralel cu creșterea nivelului calității vieții. Strategii naționale au fost adoptate și în Bulgaria, Estonia, Cehia, Irlanda, Portugalia și Spania.

Alte țări (Cipru, Finlanda, Ungaria și Lituania) au inclus inițiativele de sprijin a angajaților de vârstă a treia în strategii mai generale, care privesc reforma pieței muncii, fără a elabora documente de politică publică specifice în această direcție. Politicile privind egalitatea de șanse, învățarea pe tot parcursul vieții și creșterea calității vieții persoanelor de vârstă a treia, chiar dacă nu sunt asumate ca strategii naționale distincte, pot fi, de asemenea, asimilate categoriei reformelor generale care vizează bătrânețea activă. În unele țări, aceste politici au decurs din dialogul social între partenerii implicați și ca urmare a demersurilor societății civile (de exemplu, în Belgia, Germania, Franța, Finlanda, Danemarca și Irlanda). Între 2010 și 2017 au fost implementate, de asemenea, o serie de reforme privind impozitarea muncii, în principal în ceea ce privește contribuțiile la sistemele de asigurări sociale plătite de angajatori (de exemplu, Belgia și Italia) sau de angajați (de exemplu, Austria, Slovenia). Reformele au impus modificarea legislației privind

protecția muncii, în principal în ceea ce privește condițiile privind concedierile colective (de exemplu, Belgia, Luxemburg și Spania) sau definiția concedierii echitabile (Bulgaria).

Prin urmare, o altă concluzie a lucrării este aceea că la nivel european au fost adoptate o serie de politici ce au ca scop dezvoltarea serviciilor acordate la domiciliul, dezvoltarea accesului la serviciile de sănătate, precum și reevaluarea și îmbunătățirea măsurilor de prevenire a situației de dependență și diversificarea prestațiilor, în sensul reducerii sau combaterii riscului de marginalizare, de excludere socială, respectiv pentru creșterea calității vieții persoanelor de vârstă a treia. Chiar dacă riscurile specifice vârstei a treia sunt acoperite de sistemul de securitate socială prin asigurarea unui venit reprezentat de pensie, persoanele vârstnice au nevoie, totodată, de servicii care să includă atât componenta de asistență socială, cât și pe cea de asistență medicală. Așadar, extinderea și acordarea serviciilor de tip social, a celor de sănătate, mai ales a celor de îngrijire personală, obligă la o politică unitară pentru a putea menține persoanele în condiții optime privind calitatea vieții.

Asemenea politici au fost implementate și la nivel național. România oferă persoanelor vârstnice dreptul la asistență socială în raport cu situația socio-medicală, dar și cu resursele economice de care dispun.

După cum am exemplificat în cel de-al treilea capitol, politica de protecție a persoanelor de vârstă a treia vizează acțiuni în domenii precum cel financiar, domeniul medical, cel interrelațional. Constituția garantează atât dreptul la viață și dreptul la integritate fizică și psihică (art.22), dreptul la apărare (art.24), cât și libertatea conștiinței (art.30) sau cea de exprimare (art.30).

Pe lângă Constituție, mai există și alte acte normative ce completează sistemul drepturilor și libertăților fundamentale, spre exemplu Codul Civil sau Codul Penal, și care legiferează relația dintre stat și cetățeni. Absolut toate deciziile, hotărârile și legile trebuie să fie în conformitate cu Constituția. Sistemul național de îngrijire a persoanelor vârstnice include toate serviciile medicale și sociale furnizate tuturor persoanelor de vârstă a treia cu nevoi specifice acestei categorii de vârstă. În această categorie intră bolnavii cronici, bolnavii în faze terminale, persoanele cu dizabilități și persoanele în vârstă dependente, care au nevoie de ajutor pentru a-și desfășura activitățile de zi cu zi. După căderea regimului comunist, România a urmat exemplul statelor vestice și a elaborat o legislație menită să reglementeze sistemul național de îngrijire a persoanelor vârstnice.

În acord cu cadrul normativ național, termenul de „vârstnic” este definit de Legea nr.17/2000 ca referindu-se la toate persoanele care au atins vârsta de pensionare. Identificarea vârstnicului cu pensionarul, chiar dacă este problematică sub aspect teoretic, cum am argumentat în primul capitol, este, totuși, o abordare convențională din punct de vedere juridic, ea regăsindu-se în majoritatea legislațiilor europene din domeniu.

În ceea ce privește asistența socială a vârstnicului, aceasta este reglementată la nivel național prin Legea nr. 17/2000, care are ca obiect asistența socială a persoanelor vârstice. Potrivit textului legii, persoanele în etate au acces la serviciile de asistență socială în acord cu situația socială/medicală și cu sursele financiare pe care le dețin. Toate măsurile avizate de către programele asistenței sociale enunțate de Legea nr. 17/2000 sunt în directă legătură cu cele aprobate de sistemul de asigurări sociale. Un aspect important este acela că persoanele vârstnice care beneficiază de asistență socială au dreptul și la alte forme de protecție socială, așadar actul normativ amintit nu epuizează și, mai ales, nu exclude alte forme de îngrijire.

Asistența socială pentru persoanele vârstnice include, potrivit legii, prestațiile și serviciile sociale. După cum am menționat, nevoile persoanelor vârstnice sunt evaluate prin ancheta socială, care se bazează pe colectarea de date ce privesc diferitele afecțiuni ale vârstnicilor ce nu își pot îndeplini sarcinile de zi cu zi, în propria gospodărie, condițiile locuinței, aspecte ale calității vieții, dar și resursele financiare de care dispun, opțiunile de ajutor în ceea ce privește asigurarea, procurarea și pregătirea alimentelor necesare traiului de zi cu zi.

Am utilizat, de asemenea, analiza statistică sistematică pentru a determina dimensiunile fenomenului de îmbătrânire demografică, respectiv a raportului de dependență atât la nivel european, cât și la nivelul României. Populația, în valori relative, grupele majore de vârstă înregistrau următoarele valori în anul 2019 la nivelul Uniunii Europene: 0-14 ani a înregistrat o pondere de 15,2% din populația UE-27; grupa cu persoane mai în vârstă, 65 ani sau peste, a înregistrat o pondere de 20,3%, în timp ce grupa persoanelor considerate apte de muncă, cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani, a reprezentat 64,6% din populație.

Evidențele statistice semnaleză o creștere procentuală de 0,3 puncte prin comparație cu anul 2018 și de 2,9 puncte prin comparație cu 2019. Valorile cele mai ridicate cu privire la ponderea tinerilor din totalul populației în anul 2019 au fost înregistrate în Irlanda (20,5%), Franța (18%) și

în Suedia (17,8%) iar cele mai scăzute au fost înregistrate în Italia (13,2%), Germania (13,6%), Malta și Portugalia, ambele înregistrând ponderea de 13,7%.

La polul opus, al persoanelor cu vârsta de 65 ani sau peste din populația totală, valorile cele mai mari au fost înregistrate de Italia (22,8%), Grecia (22%), Portugalia și Finlanda, ambele cu 21,8%, iar valorile cele mai scăzute s-au înregistrat în Irlanda (14,1%) și Luxemburg (14,4%).

Raportul de dependență reprezintă o altă formă de a măsura gradul de îngreunare a sarcinii suportate de persoanele aflate în deplină capacitate de muncă în vederea acoperirii cheltuielilor sociale necesare pentru satisfacerea nevoilor persoanelor vârstnice. La 1 ianuarie 2019, raportul de dependență a persoanelor vârstnice pentru Uniunea Europeană a fost de 31,4%. Prin urmare, existau, la data amintită, trei persoane în vârstă de muncă la fiecare persoană din grupa de vârstă de 65 ani și peste.

Valori maxime au fost înregistrate în țări precum Italia (35,7%), Finlanda (35,1%) și Grecia (34,6%), valori procentuale care se traduc în mai puțin de trei persoane active profesional la o persoană din grupa de vârstă de 65 ani și peste. De asemenea, rata totală a raportului de dependență la nivelul Uniunii Europene era de 54,9%, fapt ce arată că pentru fiecare persoană aflată în întreținere existau aproximativ două persoane în vârstă de muncă.

Cel mai mic raport înregistrat în anul 2019 a fost în Macedonia de Nord (43,7%), în timp ce în Franța a fost înregistrat cel mai mare procent (61,5%). Ambele rapoarte - cel de dependență raportată la întreaga populație și cel de dependență a persoanelor vârstnice la nivelul Uniunii Europene - sunt într-o creștere continuă. Astfel rata/raportul de dependență a persoanelor vârstnice a crescut cu 5,4 procente în ultimul deceniu de la 26,0% în anul 2009, la 31,4% în 2019. Și rata totală de dependență raportată la întreaga populație este în continuă creștere. Dacă în anul 2009 era de 49,0%, în anul 2019 a crescut până la 54,9%, adică cu o pondere de 5,9 puncte procentuale.

La nivelul României, s-au înregistrat în ultimele decenii modificări semnificative în structura populației, în parte datorită parcurgerii perioadei de tranziție demografică, cât și datorită modificărilor politice care au avut o influență puternică asupra evoluției fenomenelor demografice. Începând cu anul 1989 (an în care au intervenit transformări politice, economice, sociale și de mentalitate), s-a observat scăderea ratei de fertilitate, s-a redus rata de mortalitate la persoanele cu vârste înaintate, fapt care a dus la îmbătrânirea populației.

Conform Institutului Național de Statistică la 1 ianuarie 2020 se înregistrau 22.191.818 persoane, iar în anul 2021, la aceeași dată, populația după domiciliu era înregistrată la o valoare de 22.089.211 persoane, în scădere cu 0,5% față de anul precedent. Tot din datele Institutului Național de Statistică reiese faptul că procesul de îmbătrânire demografică a crescut comparativ cu 1 ianuarie 2020 (0,6 puncte procentuale, 65 ani și peste) și se remarcă o ușoară scădere a ponderii persoanelor tinere (0-14 ani).

Indicele de îmbătrânire demografică a crescut de la 115, la 1 ianuarie 2020, la 118,7 persoane vârstnice la 100 de persoane tinere, la 1 ianuarie 2021. Vârsta mediană a fost de 42,2 ani, în creștere cu 0,4 ani față de 1 ianuarie 2020. Cea mai mare pondere, la 1 ianuarie 2021, în totalul populație, o deținea grupa de vârstă 40-44 ani (8,6%); ponderea grupei de 0-4 ani a fost de 4,6%, mai mică decât cea a grupelor 5-9 ani (4,7%), 10-14 ani (5,2%), și 15-19 ani (5,1%).

Reducerea populației României este o constantă a ultimelor decenii, iar scăderea natalității și creșterea numărului populației vârstnice, 65 ani și peste, confirmă procesul de îmbătrânire demografică.

Cercetarea de teren derulată a avut ca principal scop analiza, observarea și cunoașterea realității pe care persoanele vârstnice (fie ele aflate la domiciliu, fie instituționalizate în cămine specializate în funcție de nevoile beneficiarilor) din România o experimentează, din punct de vedere al calității vieții acestora. În cadrul studiului au fost analizați mai mulți indicatori ai calității vieții, precum sănătatea, condițiile de trai, relațiile sociale, dependența ori independența subiecților, timpul liber, activitățile recreative ș.a.m.d.

O primă concluzie demnă de menționat se conturează în jurul resurselor financiare de care dispun respondenții cercetării. Se pare că situația materială a persoanelor vârstnice este una precară ce nu le oferă pârgurile necesare creării unui confort desăvârșit, atât din punct de vedere psihic, cât și din punct de vedere fizic. În susținerea acestei idei intervine atitudinea vârstnicilor referitoare la relația utilității-cheltuieli: situația prezentată este una ce ridică numeroase probleme, deoarece afirmațiile participanților la anchetă pun în lumină disfuncționalități serioase în cadrul prezentei relații; veniturile majorității respondenților nu sunt suficiente, ceea ce poate genera frustrare, eșec, limitarea altor dorințe ori nevoi personale.

O a doua concluzie desprinsă în urma studiului se țese în jurul unui indicator esențial al măsurării calității vieții, și anume sănătatea. Majoritatea vârstnicilor își apreciază starea de sănătate ca fiind nu prea bună sau proastă, situație accentuată și de piedicile întâmpinate în cadrul sistemului

de sănătate românească, resursele financiare limitate, lipsa informațiilor necesare, toate acestea îngreunate și de distribuția pe medii de rezidență a respondenților ce le împiedică accesul rapid la serviciile medicale de care au nevoie (s-a constatat faptul că persoanele vârstnice aflate în mediul rural întâmpină dificultăți în accesarea imediată a serviciilor medicale din zona în care locuiesc, ori lipsa acestor servicii specializate).

O altă concluzie interesantă a cercetării scoate în evidență atașamentul persoanelor în etate față de familie și prieteni al căror ajutor le este solicitat mereu (dovada acestor afirmații este reprezentată de răspunsurile indivizilor la situațiile ipotetice la care au fost supuși). Totodată, sprijinul emoțional pe care subiecții îl primesc din partea apropiaților este destul de prezent în viața acestora, ceea ce conduce la o calitate existențială ridicată. Ceea ce constituie o problemă serioasă, demnă de analizat în profunzime este atitudinea vârstnicilor față de bătrânețe, etapă cu o puternică încărcătură negativă, din perspectiva subiecților.

Această perioadă a vieții este asociată cu termeni precum boală, medicamente, dispreț, depresie, izolare, anxietate sau chiar moarte, ceea ce ne pune în fața unei situații tragice în care calitatea vieții acestor persoane este una precară, împovărată de tristețe, limite și gândul că sfârșitul este aproape.

O explicație a acestei atitudini are la bază mai multe cauze, din care amintim: lipsa resurselor financiare necesare, apariția diferitelor afecțiuni fizice, psihice, emoționale, singurătatea, incapacitatea funcționării independente, pierderea partenerului de viață, dependența continuă față de alte persoane etc. De asemenea, frecvența stărilor depresive se pare că este foarte ridicată, mai mult de jumătate dintre respondenți afirmând că trăiesc aceste momente foarte des ori des.

O altă concluzie demnă de menționat face referire la calitatea vieții vârstnicilor aflați într-un cămin specializat. Se pare că aceștia sunt la curent cu informațiile, serviciile oferite de centru, apreciază personalul angajat aici, se simt integrați în colectiv, considerând totodată că le sunt satisfăcute nevoile și dorințele. Deoarece principala cauză a instituționalizării a fost starea de sănătate precară, se constată că îngrijirile primite într-un cămin duc la o creștere a calității existențiale a bătrânilor, sănătatea fiind un aspect esențial și atent monitorizat.

În continuare, prezentăm ierarhizarea indicatorilor calității vieții pentru lotul investigat, ierarhizați în funcție de nivelul de satisfacție. Constatăm faptul că indicatorii cei mai problematici sunt sănătatea, venitul și relațiile sociale, care înregistrează cele mai crescute niveluri de insatisfacție și cele mai reduse niveluri de satisfacție. Prin urmare, acestea reprezintă zonele majore

de intervenție ce ar trebui avute în vedere de politicile și serviciile sociale destinate creșterii calității vieții pentru această categorie de vârstă. Totodată, la polul opus se situează situația locativă și accesul la informații publice și participare civică, unde nivelul de satisfacție este relativ ridicat.

Tabelul 1. Distribuția descrescătoare a indicatorilor calității vieții în funcție de nivelul de satisfacție

Indicator	Satisfacție ridicată <i>(Foarte satisfăcut/ Satisfăcut)</i>	Satisfacție moderată <i>(Nici satisfăcut/ Nici nesatisfăcut)</i>	Insatisfacție ridicată <i>(Foarte nesatisfăcut/ Nesatisfăcut)</i>
Sănătate	25%	14%	61%
Venit	32%	16%	48%
Relații sociale	35%	17%	48%
Stare de bine	38%	21%	41%
Timp liber	41%	23%	36%
Situație locativă	63%	11%	26%
Acces la informații publice și participare civică	71%	17%	12%

Am utilizat în continuare coeficientul de corelație Pearson pentru a determina relațiile dintre indicatorii calității vieții analizați, dar și între aceștia și variabilele socio-demografice relevante.

Tabelul 2. Coeficientul de corelație Pearson – corelația dintre sănătate și situația locativă

Correlations			
		Sanatate	Situatie locativa
Sanatate	Pearson Correlation	1	,504**
	Sig. (2-tailed)		,012

Situatie locativa	Pearson Correlation	,504**	1
	Sig. (2-tailed)	,012	
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			

Constatăm o corelație pozitivă puternică între starea de sănătate și condițiile de locuit. Explicațiile pot fi multiple: venitul, de pildă, poate acționa ca variabilă intermediară. Persoanele cu nivel ridicat al veniturilor au acces la servicii medicale de calitate, dar și la condiții de locuit adecvate.

Tabelul 3. Coeficientul de corelație Pearson – corelația dintre sănătate și venit

Correlations			
		Sanatate	Venit
Sanatate	Pearson Correlation	1	,705**
	Sig. (2-tailed)		,000
Venit	Pearson Correlation	,705**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			

Acest fapt este confirmat și de tabelul de mai sus, care prezintă valoarea pozitivă a corelației dintre sănătate și venit. Accesul la serviciile de sănătate și la medicație adecvată este condiționat de resursele financiare necesare.

Tabelul 4. Coeficientul de corelație Pearson – corelația dintre nivelul de educație formală și starea de bine

Correlations			
		Nivel educatie formala	Stare de bine
Nivel educatie formala	Pearson Correlation	1	,512**
	Sig. (2-tailed)		,000
Stare de bine	Pearson Correlation	,512**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			

La nivelul lotului investigat, nivelul de educație formală este un bun predictor al stării de bine, după cum rezultă din tabelul de mai sus. Este posibil ca această relație să fie explicată de corelația aproape perfectă dintre venit și nivelul de studii.

Tabelul 5. Coeficientul de corelație Pearson – corelația dintre nivelul de educație formală și sănătate

Correlations			
		Nivel educatie formala	Sanatate
Nivel educatie formala	Pearson Correlation	1	,433**
	Sig. (2-tailed)		,008
Sanatate	Pearson Correlation	,433**	1
	Sig. (2-tailed)	,008	
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			

Corelația statistică dintre nivelul ridicat de educație formală și starea de sănătate este explicabil prin faptul că persoanele cu studii înalte dețin mai multe informații din sfera medicală, sunt mai atente la stilul de viață, interpretează corect anumite simptome și se implică mai mult în programe de prevenție și de monitorizare a stării de sănătate.

Tabelul 6. Coeficientul de corelație Pearson – corelația dintre starea de bine și religiozitate

Correlations			
		Stare de bine	Religiozitate
Stare de bine	Pearson Correlation	1	,206*
	Sig. (2-tailed)		,000
Religiozitate	Pearson Correlation	,206*	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			

Starea de bine corelează puternic cu religiozitatea. Religiozitatea oferă stabilitate emoțională, satisfacție cu viața și experiențe emoționale pozitive în general. De aceea, poate fi utilă stimularea practicilor religioase la persoanele vârstnice care manifestă interes în această direcție, ca mecanism de creștere a stării generale de bine.

Tabelul 7. Coeficientul de corelație Pearson – corelația dintre sănătate și timpul liber

Correlations			
		Timp liber	Sanatate
Timp liber	Pearson Correlation	1	,452**
	Sig. (2-tailed)		,003
Sanatate	Pearson Correlation	,452**	1

	Sig. (2-tailed)	,003	
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			

Persoanele care practică activități recreative, care sunt satisfăcute de timpul liber, înregistrează niveluri mai crescute ale satisfacției față de starea de sănătate. În mod direct, corelația este explicabilă prin faptul că aceste activități presupun de cele mai multe ori mișcarea, timpul petrecut în natură, socializarea, activarea intelectuală, aspecte despre care știm că au o contribuție decisivă în menținerea stării de sănătate. Indirect, legătura dintre cele două variabile rezultă din faptul că activitățile recreative determină o atitudine general pozitivă față de viață, prin mecanismele psihologice și neurofiziologice pe care le antrenează (de pildă, descărcarea de hormoni de plăcere – serotonină, dopamină, encefalină, oxitocină etc.). Starea generală de bine se constituie într-un anumit set de atitudini și o grilă optimistă de a percepe realitatea. Problemele de sănătate, chiar dacă apar, tind să fie văzute în termeni mai puțin fataliști, pe fondul unei vieți active, dominate de activități recreative, care, în mod compensator, produc plăcere.

Tabelul 8. Coeficientul de corelație Pearson – corelația dintre timpul liber și nivelul de educație formală

Correlations			
		Timp liber	Nivel educatie formala
Timp liber	Pearson Correlation	1	,170*
	Sig. (2-tailed)		,000
Nivel educatie formala	Pearson Correlation	,170*	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			

Nivelul de educație formală corelează și cu timpul liber. Pe de-o parte, persoanele cu studii înalte înțeleg importanța activităților recreative, pe care le practică mai frecvent, iar, pe de altă parte, nivelul mai ridicat de venituri le conferă acces facil la astfel de activități.

Tabelul 9. Coeficientul de corelație Pearson – corelația dintre relațiile sociale și starea de bine

Correlations			
		Relatii sociale	Stare de bine
Relatii sociale	Pearson Correlation	1	,121*
	Sig. (2-tailed)		,005
	N		
Stare de bine	Pearson Correlation	,121*	1
	Sig. (2-tailed)	,005	
	N		
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			

Persoanele care sunt implicate în relații sociale complexe, care sunt mulțumite de implicarea lor socială, înregistrează niveluri generale mai ridicate ale stării de bine. Mecanismul este cel descris anterior – interacțiunea socială înseamnă activare intelectuală și descărcarea de hormoni de plăcere, ceea ce determină modalități pozitive, optimiste de a evalua propria viață și realitățile din jur.

Tabelul 10. Coeficientul de corelație Pearson – corelația dintre timp liber și starea de bine

Correlations			
		Nivel educatie formala	Relatii sociale
	Pearson Correlation	1	,312**
	Sig. (2-tailed)		,000
Relatii sociale	Pearson Correlation	,312**	1

	Sig. (2-tailed)	,000	
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			

Timpul liber corelează și el cu starea de bine, mecanismul fiind același.

În final, putem conchide prin menționarea faptului că persoanele vârstnice aflate la domiciliu, neprimind astfel sprijin continuu specializat, întâmpină mult mai multe dificultăți față de persoanele vârstnice instituționalizate. Calitatea vieții celor două categorii este una diferită, influențată de numeroase aspecte ale bătrâneții, aspecte ce ar putea fi îmbunătățite cu siguranță.

Recomandările privind creșterea calității vieții vor fi orientate spre factorii cu putere decizională din domeniul politicilor sociale la nivel național, județean și local, respectiv familie, instituții publice și private, ce activează în domeniul protecției sociale privind persoanele de vârstă a treia.

La nivel național se dorește o stabilitate în ceea ce privește venitul persoanelor vârstnice, prin corelarea indicelui anual de inflație cu indicele de indexare a pensiilor. Aceste politici sociale trebuie să fie implementate în acord cu recomandările organismelor internaționale sau europene, respectiv: Declarația Universală a Drepturilor Omului (Adunarea Generală a O.N.U., 10 decembrie 1948), Principiile Națiunilor Unite pentru persoane vârstnice (Adunarea Generală a O.N.U., 16 noiembrie 1991), Planul Internațional de Acțiune cu privire la Îmbătrânire (Adunarea Mondială privind persoanele vârstnice, 26 iulie - 6 august 1982).

La nivel județean și local, aceste politici sociale pentru persoane vârstnice ar trebui să cuprindă o serie de facilități pornind de la transportul gratuit sau subvenționat, gratuități la spectacole și activități culturale, înființarea unor societăți comerciale tip „Economat” în care alimentele de bază să fie comercializate la preț de producător (fără adaos comercial).

Crearea la nivelul autorităților publice locale a unor parteneriate public-privat, prin punerea la dispoziție de către autoritatea publică a infrastructurii în vederea amenajării unor spații cu destinația de cabinete medicale, care să ofere servicii medicale de screening și prevenție a patologiilor specifice acestei categorii, precum și a unor laboratoare de analize medicale și imagistică, la care să aibă acces gratuit, vârstnicii cu venituri reduse.

Dezvoltarea la nivelul fiecărei localități a unui serviciu de urgență, care să fie accesat de persoanele vârstnice dependente, care să acorde suport de consiliere și îndrumare.

De asemenea, se dorește sprijinirea întreprinderilor mijlocii și mici precum și a societăților comerciale care angajează sau mențin în activitate persoane trecute de vârsta de 65 de ani, prin facilități care să îi stimuleze pe aceștia să îi mențină în activitate și nu în ultimul rând, accesarea de fonduri europene pentru construirea sau modernizarea unor centre de zi sau alte tipuri de așezăminte pentru bătrâni.

Persoanele vârstnice pot fi sprijinite la nivelul autorităților statului, prin amenajarea unor cluburi în care aceștia să desfășoare activități cu scop lucrativ, ce au ca obiectiv central activități cu caracter: cultural (spectacole de teatru și artă, muzică); jocuri de societate (remi, șah, table); sportiv (jogging, plimbări în aer liber) și social (implicarea în viața socială și politică a comunității la nivel instituțional cât și la nivelul organizațiilor și comitetelor cetățenești).

Totodată autoritățile statului, societatea civilă și nu în ultimul rând familia trebuie să vină alături de persoana vârstnică care participă la acțiuni de voluntariat (prezența acestora în parcuri alături de alte categorii sociale la acțiuni de ecologizare, salubritate, amenajare; susținerea autorităților publice privind protejarea mediului înconjurător prin numirea unor observatori din această categorie socială, participare activă la viața socială a comunității, etc.) prin acțiuni de promovare, susținere și sprijinire a acestor tipuri de manifestări cetățenești, menite să le confere acestora o stare de satisfacție, utilitate și nu în ultimul rând o stare de bine.

Aceste activități au ca rol, promovarea unei vieți active în rândul vârstnicilor precum și construirea unor punți de legătură între generații, ce are ca scop creșterea stimei de sine, și sentimentul de utilitate socială, asigurându-le confortul psihologic necesar ca parte importantă a calității vieții.

La nivel familial, problematica vârstnicului trebuie abordată la nivelul fiecărui individ, punându-se accent pe rolul, conduita și experiența de viață acumulată pe parcursul vieții acestuia, prin acordarea respectului datorat vârstei.

În ceea ce privește instituționalizarea vârstnicului, aceasta ar trebui cât mai posibil amânată prin acordarea de servicii de îngrijire la domiciliu, ce au ca scop, înlăturarea traumei produsă prin despărțirea de locul drag, ameliorarea și îmbunătățirea stării de sănătate fizică și psihică, precum și încetinirea ritmului de degradare psiho-somatică.

În acest sens instituțiile publice sau cele care au ca obiect de activitate acordarea de servicii de suport trebuie să intervină în sprijinul acestora, prin recrutare și angajare de personal de

specialitate, care să urmărească ameliorarea problemelor cu care se confruntă vârstnicii, având ca scop păstrarea sentimentului demnității umane.

Dacă starea de sănătate și mediul familial fac imposibilă îngrijirea acestuia la domiciliu, pentru interesul vârstnicului este obligatoriu să se intervină instituțional. Acest lucru ar trebui privit ca o alternativă corectă nu ca o soluție nedorită, serviciile acordate în aceste centre de ocrotire socială trebuie făcute cu profesionalism, în așa fel încât să suplinească lipsa căminului propriu și a atașamentului vârstnicului față de membrii familiei.

Astfel, autoritățile statului trebuie implicate direct în asigurarea unor servicii de consultanță la nivel local, prin sprijinirea societăților comerciale, și a entităților societății civile, în ceea ce privește accesarea de fonduri și implementarea unor proiecte europene, necesare creșterii calității vieții persoanelor vârstnice, orientate spre construirea unor centre de ocrotire socială, care să ofere o paletă diversificată de servicii, începând cu cele generale oferite în prezent și continuând cu cele mai complexe ce sunt oferite în statele U.E.