

UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI
FACULTATEA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI SOCIOLOGIE

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

**VÂRSTA A TREIA ÎNTRE AUTONOMIE ȘI
VULNERABILITATE**

Conducător doctorat
Prof. Univ. Dr. Maria Roth

Doctorand
Marta-Roxana Mureșan

Cluj-Napoca
2012

CUPRINS

INTRODUCERE	5
Capitolul I	
PROCESUL DE ÎMBĂTRÂNIRE	
1.1. Scurt istoric privind percepțiile asupra procesului de îmbătrânire. Definirea unor concepte	16
1.2. Îmbătrânirea demografică la nivel mondial	19
1.3. Îmbătrânirea demografică în România	23
1.4. Mortalitatea în România	27
1.5. Proiecția demografică a României până în anul 2025.....	29
1.6. Îmbătrânirea demografică în județul Cluj	31
Capitolul II	
PREMISELE VULNERABILITĂȚII LA VÂRSTNICI	
2.1. Vulnerabilitatea la vârsta a treia.....	36
2.2. Teorii sociologice privind îmbătrânirea	39
<i>Teoria dezangajării</i>	
<i>Teoria activității și îmbătrânirea activă</i>	
<i>Teoria stratificării vârstei</i>	
<i>Teoria schimbului social</i>	
<i>Teoria socio-economică</i>	
2.3. Îmbătrânirea biologică	44
2.4. Îmbătrânirea psihologică și tulburări ale funcțiilor psihice	47
<i>Depresia la vârstnici</i>	
<i>Sinuciderea</i>	
<i>Demența</i>	
2.5. Violența asupra persoanelor vârstnice	53
2.6. Nevoile persoanelor vârstnice.....	54
2.7. Îmbătrânirea socială.....	55
2.8. Mituri privind îmbătrânirea.....	57
CAPITOLUL III	

SISTEMUL ASIGURĂRILOR SOCIALE PRIVIND VÂRSTA A TREIA

3.1. Starea de sănătate.....	61
3.2. Asigurările de sănătate.....	64
3.3. Pensiile vârstnicilor. Pensiile ca factori determinanți ai nivelului de traie al vârstnicilor	67
3.4. Reforma pensiilor. Pensiile private	72

Capitolul IV

ASISTENȚA SOCIALĂ PRIVIND VÂRSTA A TREIA: SERVICII SOCIALE LA DOMICILIU VERSUS INSTITUȚIONALIZARE

4.1 Servicii sociale pentru persoanele vârstnice	78
4.2 Instituții publice și private din România care oferă servicii persoanelor vârstnice și persoanelor adulte cu handicap.....	84
4.3 Descrierea Serviciului rezidențial pentru vârstnici	92
4.4 Instituționalizarea și efectele ei	96

Capitolul V

VÂRSTA A TREIA ÎNTRE AUTONOMIE ȘI VULNERABILITATE. CERCETARE

5.1 Scopul cercetării	103
5.2. Designul cercetării.....	105

Construcția chestionarului

Interviul individual structurat

Studiul de caz

5.3. Eșantionarea și structura eșantionului	107
5.4. Starea civilă	111
5.5. Educația	112
5.6. Statutul socio-profesional	115
5.7. Venituri	117
5.8. Alimentația	129

5.9. Starea de sănătate	134
5.10. Gradul de autonomie/dependență	145
5.11. Participarea la viața socială	148
5.12. Condiții de locuit	157
5.13. Satisfacția de viață	158
5.14. Relația cu familia	169
5.15. Relația cu prietenii/comunitatea	173
CONCLUZII	190
BIBLIOGRAFIE	197
ANEXE	
Anexa 1. Grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice	204
Anexa 2. CHESTIONAR privind calitatea vieții persoanelor vârstnice	207
Anexa 3. Ghid de interviu	217

Rezumat

Cuvinte cheie: vârstnici, autonomie, vulnerabilitate, dependență, persoane instituționalizate, persoane neinstituționalizate, calitatea vieții.

Prezenta teză de doctorat își propune abordarea unor probleme, procese și fenomene legate de autonomie și de vulnerabilitate la vârsta a treia, o vârstă la care oamenii întâmpină o serie de dificultăți, de diverse tipuri, începând cu cele inevitabile de sănătate și continuând cu cele socio-economice, de calitate a vieții. Acestea pot fi atenuate sau accentuate de factori obiectivi ori subiectivi, de la nivelul politicilor și condițiilor naționale, până la implicarea și deciziile comunităților locale sau posibilitățile și mentalitățile familiilor din care fac parte persoanele vârstnice.

În ultima perioadă, ca urmare a creșterii speranței de viață și a unor probleme tot mai complexe cu care se confruntă economiile naționale, îmbătrânirea populației reprezintă o problemă socială deosebit de importantă. Corelarea cu tendințele proceselor demografice și prognozele pentru următoarele decenii sporesc motivele de îngrijorare și necesită găsirea unor soluții pentru păstrarea, cel puțin, a unor condiții de demnitate pentru petrecerea anilor senectuții.

Peste toate dificultățile existente, a apărut criza economico-financiară a ultimilor ani, care a agravat multe dintre aspecte. Din păcate, nici generația vârstnică nu a putut fi ferită de efectele ei. Dintre măsurile luate de mai multe state, între care și România, sunt de menționat cele de austeritate, prin înghețarea pensiilor, precum și cele de creștere a vârstei de pensionare. Efectele tuturor acestor măsuri, ca și cele ale prevederilor legislative din domeniul asigurărilor de sănătate, a programelor de îngrijire și de asistență pentru persoanele vârstnice și a schimbărilor privind posibilitățile familiilor se fac resimțite din ce în ce mai mult în viața de fiecare zi a persoanelor de vârsta a treia.

Alegerea temei de doctorat a fost determinată de o suită de întrebări pe care evoluțiile descrise mai sus ne obligă să ni le punem. Care este raportul dintre îndatoririle familiei și îndatoririle societății față de persoanele vârstnice? Ce nevoi capătă prioritate la vârste mai înaintate, care dintre acestea predomină și ce trebuie făcut pentru satisfacerea lor? Cum acceptă persoanele vârstnice pierderea, fie și parțială, a autonomiei și apariția

situației de dependență față de altcineva? Ce se poate face pentru asigurarea, prin noi tipuri de activități, a sentimentului de utilitate, aspect deosebit de important pentru starea de sănătate și prelungirea vieții? Pentru toate aceste întrebări – și încă multe altele asemenea – societatea caută răspunsuri. Uneori se găsesc soluțiile adecvate, alteori nu.

Am considerat importantă și necesară abordarea acestei teme și pentru că, pe lângă volumul restrâns de cercetări în domeniu, dinamica schimbărilor este deosebit de accentuată. De aceea, orice contribuție, cât de mică, la cunoașterea fenomenelor ce se petrec la nivelul acestui segment al societății, poate să conducă la interpretarea obiectivă a datelor și să pună la îndemâna factorilor politico-administrativi rezultatele, concomitent cu posibilele căi de rezolvare a anumitor probleme sau de corectare a anumitor conduite față de categoria persoanelor vârstnice.

Lucrarea, structurată pe cinci capitole, își propune, pe baza bibliografiei și a cercetării proprii, să releve, în principal:

- evoluția abordării teoretice a procesului de îmbătrânire și tendințele demografice contemporane;
- premisele vulnerabilității la vârstnici; abordarea miturilor privind îmbătrânirea și a teoriilor sociologice în sensul păstrării dependenței;
- rolul asigurării stării de sănătate și al politicilor sociale pentru calitatea vieții vârstnicilor;
- caracteristicile serviciilor sociale pentru vârsta a treia: asistența socială la domiciliu versus instituționalizare;
- vârsta a treia – între autonomie și vulnerabilitate, cercetare complexă pe un eșantion de peste 600 de persoane, aflate la domiciliu sau instituționalizate – 570 de chestionare, 30 interviuri individuale structurate și 10 studii de caz.

Pomind de la premise enunțate și urmărind o paralelă între persoanele aflate la domiciliu și cele instituționalizate, cercetarea își propune să cunoască direct de la vârstnici principalele probleme cu care acestea se confruntă, relația lor cu cei din jur, fie că sunt în familie, fie în cadru instituționalizat, determinantele principale ale situațiilor de autonomie sau vulnerabilitate.

Prin concluziile sale, generale sau prezente la fiecare capitol, demersul nostru își propune să stimuleze preocupările autorităților, ale comunităților și ale familiilor pentru a ajuta generația de vârstă a treia să depășească mai ușor dificultățile acestei perioade de viață.

Capitolul I al tezei, intitulat **PROCESUL DE ÎMBĂTRÂNIRE**, urmărește definirea conceptelor legate de procesul de îmbătrânire și prezintă un scurt istoric al percepțiilor societății privind acest proces. De asemenea, capitolul înfățișează un tablou al accentuării îmbătrânirii demografice la nivel mondial, cu focalizare asupra României și un studiu de caz privind județul Cluj. Pentru o încadrare mai amplă în timp a fenomenelor demografice și mai ales pentru a avea un suport pentru concluziile referitoare la viitor, am inserat, sintetic, opiniile unor cercetători sau ale unor organizații în legătură cu proiecția demografică a României în următoarele decenii.

Cornelia Mureșan (1999) face o proiecție a populației României până în anul 2030. Conform tabelului 1, autoarea a împărțit populația României, atât cât înregistra ea la 1 ianuarie 1997, în subgrupe omogene ca vârstă și sex și le-a aplicat condițiile de mortalitate și fertilitate specifice observate în anul calendaristic anterior (1996), apoi a calculat efectivele de nou-născuți în funcție de ipotezele privind ratele de fertilitate și de structurile contingentelor feminine fertile. Conform acestor proiecții, se continuă și pe viitor descreșterea numerică a populației.

Tabel 1. Populația României proiectată și structurile ei demografice, conform variantei de proiectare P1- mortalitate și fertilitate constantă la nivelul anului 1996

	1997	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Populația totală(mii)	22 582	22 435	22 130	21 698	21 112	20 378	19 554	18 671
Procent față de 1997	100%	99,30%	98%	96,10%	93,50%	90,20%	86,60%	82,70%
Nașteri în cursul anului (mii)	234	235	226	211	182	159	146	137
Tineri (0-19 ani) (mii)	6 340	5 850	5 280	4 602	4 302	3 997	3 617	3 236
Adulți (20-59 ani) (mii)	12 198	12 410	12 731	13 002	12 567	12 000	11 699	10 974
Bătrâni (60+ani)	4 044	4 174	4 120	4 094	4 243	4 380	4 238	4 460
Procent tineri (0-19 ani)	28,10%	26,10%	23,90%	21,20%	20,40%	19,60%	18,50%	17,30%

Procent adulți (15-59 ani)	54%	55,30%	57,50%	59,90%	59,50%	58,90%	59,80%	58,80%
Procent bătrâni (60+ani)	17,90%	18,60%	18,60%	18,90%	20,10%	21,50%	21,70%	23,90%
Procent sex feminin	51%	51,10%	51,30%	51,50%	81,70%	51,80%	52%	52,20%
Procent sex masculin	49%	48,90%	48,70%	48,50%	48,30%	48,20%	48%	47,80%

Sursa: Cornelia Mureșan, 1999, pag. 212

Rezultatele recensământului din 2011 au infirmat, într-un fel, aceste previziuni, dar situația nu este relevantă, întrucât scăderea numărului populației a fost prin emigrare, iar evoluții viitoare ale situației europene pot determina reversul procesului.

Conform datelor furnizate de Direcția Regională de Statistică Cluj (2011) și în județul Cluj, la fel ca și în România, populația este în scădere față de anul 1990. Din anul 1990, a scăzut cu o diferență de 53.001 de locuitori, de la 744.049 în 1990, la 691.048 locuitori în 2010. Și pe viitor se preconizează scăderea populației în județul Cluj, creșterea numărului persoanelor vârstnice și scăderea populației tinere.

Tabel 2. Populația în județul Cluj 1990-2010

Anii 1990-2010	Numărul populației
Anul 1990	744049
Anul 1995	727656
Anul 2000	719864
Anul 2005	694511
Anul 2010	691048

Sursa: INS, Direcția Regională de Statistică Cluj, baze de date, 2011. **Notă:** Conform rezultatelor recensământului din 2011 populația județului Cluj este de 674.903 locuitori.

Capitolul al II-lea – PREMISELE VULNERABILITĂȚII LA VÂRSTNICI – abordează problematica vulnerabilității la vârsta a treia din punct de vedere biologic, psihologic și social.

Termenul de vulnerabilitate sau de fragilitate a apărut în limbajul medical de circa 20 de ani, în ultimul deceniu al secolului trecut (P. Godeau, 2002).

Odată cu înaintarea în vârstă, apare *îmbătrânirea biologică*, respectiv modificări la nivelul tuturor organelor, deteriorarea unui sistem atrăgând după sine deteriorarea

altuia și favorizând astfel apariția vulnerabilității. O persoană autonomă poate deveni profund dependentă și să evolueze spre un sindrom de alunecare spre o încheiere fatală. Pentru a descrie aceste fenomene în cascadă, s-a vorbit de *teoria dominoului*, metaforă conform căreia căderea unei plăcuțe antrenează căderea succesivă a celorlalte (P. Meire, 2000).

Orice ar încerca să facă ceva, modificările apar treptat la nivelul tuturor părților și organelor corpului (V. Donca, 2008). Dacă la baza îmbătrânirii biologice stau modificările suferite de diferite organe și sisteme, unele evenimente ce survin în existența vârstnicului o precipită, adesea bătrânețea poate să fie însoțită de o vulnerabilitate crescută pe plan psihic, numită *îmbătrânire psihologică* (H. Dumitrașcu, 2006). Potrivit teoriei lui E. Erikson (1968), ultima perioadă din viață reprezintă o integritate în luptă cu disperarea, dar fiecare persoană vârstnică percepe diferit evenimentele ce se petrec în viața sa și aceasta depinde de experiența de viață, de situația materială sau de relațiile cu cei din jur (E. Bocsa, 2003).

Îmbătrânirii biologice și celei psihologice li se adaugă *îmbătrânirea socială*, pentru că, din păcate, bătrânețea a ajuns să fie asociată, de către cei din jur, cu boala, cu neputința, conservatorismul, lipsa de discernământ, iritabilitatea și dependența de alții. Bătrânii sunt adesea tratați cu dispreț și se uită faptul că în ansamblu ei reprezintă o bogăție a societății (V. M. Bucur în A. Muntean și J. Sagebiel, 2007).

De multe ori societatea asociază îmbătrânirea cu pierderea capacităților senzoriale și cu schimbările de mobilitate; totuși, unii cercetători au arătat că pentru majoritatea persoanelor în vârstă, aceste schimbări nu sunt nici atât de împovărătoare, nici atât de evidente pe cât ne-am putea imagina (K. K. Miley, M. O'Melia, B. DuBois, 2006). Ca atare, considerăm importantă analiza felului în care cei în vârstă percep fenomenul îmbătrânirii, în special raportul dintre dorința lor de a rămâne activi în viața socială și faptul de a fi susținuți de alții în vederea asigurării nevoilor lor.

Cercetarea din aceasta teză evidențiază faptul că teoriile sociologice: *teoria dezangajării*, *teoria activității*, *teoria stratificării vârstei*, *teoria schimbului social* și *teoria socio-economică* sunt cele mai răspândite teorii sociologice care explică îmbătrânirea din punct de vedere social, dar conțin și elementele ce constituie premise pentru acțiunea factorilor implicați în a atenua sau întârzia efectele îmbătrânirii.

În lucrarea de față, paralel cu prezentarea diferitelor interpretări privind etapele procesului de îmbătrânire, inclusiv a problemelor principale pe care le implică fiecare etapă și a teoriilor psihologice și sociale privind îmbătrânirea, acest capitol acordă un spațiu considerabil aprofundării nevoilor persoanelor vârstnice, analizei sistemelor de pensii și reformei pensiilor, precum și politicilor sociale privind protecția persoanelor vârstnice.

Al III-lea capitol – SISTEMUL ASIGURĂRILOR SOCIALE PRIVIND VÂRSTA A TREIA – se constituie într-un studiu privind starea de sănătate și sistemul de pensii, precum și reforma în aceste două domenii și efectele pe care acestea le au asupra populației vârstnice din România.

Sănătatea este unul dintre cele mai importante aspecte privind vârstnicii. O sănătate bună înseamnă și o viață mai bună. Din păcate, la ora actuală în România, sistemul sanitar nu este suficient de dezvoltat pentru a acoperi nevoile pe care le are populația și mai ales persoanele vârstnice.

În analiza din această cercetare am ținut cont de cele cinci domenii majore ale stării de sănătate identificate în anul 1996 de B. Spilker: starea fizică și capacitatea funcțională, starea și bunăstarea psihologică, interacțiunile sociale, factorii economici/statutul social și starea spiriuală religioasă, precum și de sistematizarea (D. Hahn și W. Payne, 1997), prin care aceste domenii corespund unor *dimensiuni* ale stării de sănătate: *dimensiunea fizică*, *dimensiunea emoțională*, *dimensiunea socială*, *dimensiunea spirituală* și *dimensiunea ocupațională*.

Deși Legea 220/2011 care modifică și completează Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății prevede o serie de drepturi prin care vârstnicilor să li se asigure starea de sănătate, în practică acestea nu își găsesc corespondențe.

Nici *Sistemul unitar de pensii* (pensia pentru limită de vârstă, pensia anticipată, pensia anticipată parțial, pensia de invaliditate și pensia de urmaș) nu asigură, în medie, o viață decentă vârstnicilor. Pentru că, în cele mai multe cazuri, pensiile nu fac decât să ajute vârstnicul să își ducă traiul de pe o zi pe cealaltă.

Se demonstrează că două aspecte importante, care lasă o amprentă majoră în viața vârstnicului, sunt sănătatea și veniturile, iar o soluție pentru o viață mai bună ar putea fi

restructurarea sistemelor de sănătate și de pensii, ținând cont și de nevoile reale ale populației de vârstă a treia.

Capitolul al IV-lea ASISTENȚA SOCIALĂ PRIVIND VÂRSTA A TREIA: SERVICII SOCIALE LA DOMICILIU VERSUS INSTITUȚIONALIZARE – este dedicat serviciilor sociale pentru vârstele înaintate și își propune o paralelă între asistența socială la domiciliu și instituționalizare.

Serviciile de asistență socială din România oferite persoanelor de vârstă a treia nu sunt suficient de dezvoltate în raport cu nevoile societății. Este vorba atât despre îngrijirea la domiciliu cât și despre instituționalizare.

În condiții normale, îngrijirea la domiciliu este cea mai de dorit soluție, din punct de vedere *social, afectiv, financiar, educativ*. Din multe puncte de vedere este mai benefic să aduci serviciile la client decât clientul la servicii, dar acest lucru nu este întotdeauna posibil sau nu este în interesul vârstnicului. Există și situații în care disponibilitatea și dorința trebuie înlocuite de profesionalism și posibilități. Aceasta înseamnă instituționalizare, care trebuie făcută cu respectarea legii, a eticii și moralei. De fapt, fiecare caz în parte trebuie bine cântărit, cât de obiectiv posibil și luată decizia optimă pentru persoana în cauză, în funcție de posibilitățile familiei și de cele oferite de societate.

În România, în martie 2011 erau 375 de centre pentru persoane vârstnice și persoane cu handicap, dintre care centre rezidențiale 322, iar centre în regim de zi 53 (A.N.P.H, Buletin statistic, 31 martie 2011) Raportat la numărul persoanelor vârstnice, numărul centrelor este foarte mic pentru a oferi îngrijirile necesare vârstnicilor.

Pentru creșterea relevanței satelor de cercetare, am focalizat analiza pe situația din județul Cluj, unde există 2 centre pentru vârstnici și 5 centre de îngrijire și asistență care oferă servicii variate: socializare, suport și asistență, consiliere, activități culturale și educaționale, activități fizice, activități pentru timpul liber, etc. Numărul cererilor de instituționalizare depășește cu mult posibilitățile centrelor, iar faptul că în județ mai funcționează 17 centre private pentru vârstnici și cinci asociații acreditate (D.G.A.S.P.C, Cluj-Napoca, 2011) nu este suficient ca oferta serviciilor să fie corespunzătoare în raport cu numărul vârstnicilor care necesită ajutor.

La ora actuală, organizațiile non-guvernamentale sunt chemate din ce în ce mai mult să răspundă nevoilor publicului și în special celor ale vârstnicilor. În județul Cluj există 5 furnizori de servicii la domiciliu, oferind servicii de nursing și recuperare – gimnastică medicală și kinetoterapie.

Capitolul al V-lea – VÂRSTA A TREIA ÎNTRE AUTONOMIE ȘI VULNERABILITATE – reprezintă cercetarea aplicată și concretă pentru prezenta lucrare și constă într-o anchetă sociologică în rândul persoanelor vârstnice.

Scopul cercetării a fost de a compara calitatea vieții persoanelor vârstnice din instituții de îngrijire și asistență cu a celor din afara instituțiilor, având în vedere în ce măsură fiecare dintre aceste situații, coroborate cu alți factori, influențează gradul de autonomie sau dependență al acestora și propunerea unor soluții pentru îmbunătățirea condițiilor oferite vârstnicilor pentru păstrarea gradului de autonomie.

Au fost aplicate **570 de chestionare** – 320 pentru persoanele aflate la domiciliu și 250 pentru persoanele aflate în instituții de asistență socială și **30 de interviuri** (15 pentru cei aflați la domiciliu și tot 15 pentru cei instituționalizați). Tematica abordată prin intermediul întrebărilor din interviuri a fost: aprecierea veniturilor în raport cu necesitățile, aprecierea alimentației din punct de vedere cantitativ și calitativ, accesul la serviciile de sănătate, procurarea tratamentului medicamentos, relația cu familia, activitățile de timp liber și propuneri pentru astfel de activități, mulțumirea față de calitatea vieții. Prelucrarea interviurilor s-a făcut prin analiza de conținut. Pe lângă această anchetă au fost realizate **10 studii de caz**, cinci pentru persoanele de la domiciliu, iar celelalte cinci pentru persoanele din instituții.

Criteriile pentru selecția eșantionului au fost să aibă vârsta de peste 60 de ani, să locuiască în mediul urban (Cluj, pentru cei aflați la domiciliu), să nu sufere de demență sau întârziere mintală. Alegerea subiecților s-a făcut conform tehnicii bulgărelui de zăpadă, având grijă să păstrăm ponderea pe grupe de vârstă conform statisticii preluate de la Institutul Național de Statistică – Direcția Regională Cluj-Napoca. Am urmărit ca ponderea pentru cei aflați la domiciliu să fie în concordanță cu datele furnizate de institut.

Din totalul celor 570 de persoane chestionate, 56,8% sunt persoane aflate la domiciliu, iar 43,2% sunt persoane instituționalizate.

Analiza datelor s-a realizat și pe grupe de vârstă: 60-64 ani, 65-69 ani, 70-74 ani, 75-79 ani, 80-84 ani, 85-89 ani, peste 90 ani.

Redăm, în acest rezumat, câteva dintre influențele pe care le au asupra calității vieții persoanelor vârstnice – aflate la domiciliu sau instituționalizate –, din punctul de vedere al gradului de autonomie sau de vulnerabilitate, următorii factori: **veniturile, alimentația, autoaprecierea stării de sănătate, participarea la viața socială, condițiile de locuit, satisfacția de viață, relațiile cu familia și relațiile cu prietenii/comunitatea.**

Rolul și efectele veniturilor asupra calității vieții vârstnicilor.

Informațiile rezultate din cercetarea noastră confirmă faptul că atunci când se vorbește despre calitatea vieții trebuie să se țină cont de un aspect foarte important, și anume de cuantumul venitului. O viață mai bună ține și de un venit mai mare sau cel puțin să asigure un trai decent.

În tabelul 3 se redă cuantumul veniturilor respondenților din eșantionul studiat.

Tabel 3. Venitul respondenților

Venitul lunar	Total - 500 respondenți	Neinstituționalizați	Instituționalizați
0-300 Ron	4,9%	3,2%	7,2%
301-600 Ron	38,2%	30,2%	49,3%
601-1000 Ron	39,3%	40,5%	37,7%
1001-1500 Ron	14,4%	20,9%	5,4%
Peste 1500	3,2%	5,1%	0,4%
Testul chi-pătrat p = 0,001			

Rezultă că, dacă numai pentru asigurarea hranei zilnice prevăzută în statistici, românii ar trebui să câștige cel puțin 750 de lei, venitul mic este unul dintre factorii cei mai importanți care influențează gradul de vulnerabilitate al persoanelor vârstnice.

Pentru toți respondenții din cele două medii (instituție-domiciliu), rezultatele cuantumulului sunt asemănătoare, cu două excepții: numărul persoanelor cu un venit cuprins între 301 și 600 lei este mai mare la cei instituționalizați, în timp ce numărul persoanelor care au veniturile cuprinse între 1001 și 1500 lei este mai mare la cei

neinstituționalizați. Este un rezultat așteptat, dacă se are în vedere faptul că în instituții sunt multe cazuri sociale.

Cuantumul pensiei medii lunare pentru asigurările sociale de stat era în anul 2010 (trimestrul IV) de 743 lei în țară și 798 în județul Cluj. Pensia medie pentru agricultori era cu aproape jumătate mai mică: în țară era de 310 lei, iar în județul Cluj, de 317 lei.

Din cauza veniturilor mici, persoanele vârstnice nu reușesc să adune bani (fonduri de siguranță) pentru a face față unor probleme viitoare. Nici jumătate dintre persoanele neinstituționalizate (41,4%) nu reușesc să adune bani pentru a face față unor probleme viitoare. Cei din instituție adună bani în proporție de doar 27%.

Dintre cei 570 de respondenți, peste 60% menționează că venitul este insuficient sau le ajunge doar pentru strictul necesar. Tabelul 4 prezintă un tablou edificator asupra situației.

*Tabel 4. Aprecierea veniturilor față de necesități
(neinstituționalizați + instituționalizați)*

Cum apreciați veniturile în raport cu necesitățile?	Procente
nu-mi ajung nici pentru strictul necesar	12,5%
îmi ajung numai pentru strictul necesar	48,2%
îmi ajung numai pentru un trai decent	35,1%
reușesc să cumpăr și unele lucruri mai scumpe dar cu eforturi	3,3%
reușesc să am tot ce-mi trebuie, fără mari eforturi	0,9%

Studiul de față, pe aceste rezultate cumulate, confirmă cercetarea realizată de Simona Bodogai (2009), o problemă generală a populației vârstnice fiind reprezentată de sărăcie sau lipsuri materiale.

Defalcând lotul cercetat pe cele două categorii de persoane instituționalizați și neinstituționalizați, o diferență notabilă este reprezentată de punctul *veniturile imi ajung pentru un trai decent* unde se constată că fac această afirmație 46,9% dintre persoanele instituționalizate, față de doar 26,7% dintre cele neinstituționalizate. Aceasta se întâmplă și din cauză că în instituții se asigură toate condițiile necesare traiului: hrana, căldura, îmbrăcăminte, încălțăminte, etc.

Rezultatele sunt asemănătoare și la secțiunea *veniturile îmi ajung pentru strictul necesar*, 47,8% dintre cei aflați la domiciliu și 48,7% dintre cei instituționalizați. Aceste rezultate sunt semnificative statistic în urma folosirii testului chi-pătrat¹.

*Tabel 5. Aprecierea veniturilor în raport cu necesitățile
(neinstituționalizați și instituționalizați)*

Cum apreciați veniturile în raport cu necesitățile?					
Calitatea persoanei	nu-mi ajung nici pentru strictul necesar	imi ajung numai pentru strictul necesar	imi ajung pentru un trai decent	reusesc sa cumpar si unele lucruri mai scumpe dar cu eforturi	reusesc sa am tot ce/mi trebuie fara mari eforturi
Neinstituționalizați	19,2%	47,8%	26,7%	5,3%	0,9%
Instituționalizați	3,1%	48,7%	46,9%	0,4%	0,9%
Testul chi-pătrat					
p = 0,01					

Cei instituționalizați trebuie să plătească, conform legii, o contribuție de 602 lei pe lună, în centre și de 482 de lei, cei din cămine. Rezidenții care nu au nici un venit, nu plătesc nimic. Din acest motiv aceștia consideră că veniturile le ajung pentru strictul necesar.

Pe de altă parte, la persoanele neinstituționalizate cei mai mulți bani sunt cheltuiți pe întreținere 64,4%; 21,1% îi cheltuiesc pe alimente, 8,9% îi cheltuiesc pe medicamente, iar 0,9% îi cheltuiesc pe alte lucruri (Tabel nr. 6). Testul chi-pătrat demonstrează că valorile sunt semnificative statistic, $p = 0,01$, $p < 0,05$).

¹ „Testul chi-pătrat este folosit ca test de semnificație atunci când analiza implică una sau două variabile nominale. Prin urmare, datele sunt frecvențe. Principiul fundamental care stă la baza testului chi-pătrat este compararea frecvențelor cazurilor membrilor eșantioanelor cu frecvențele anticipate pentru populația din care au fost extrase eșantioanele” (Dennis Howitt, Duncan Cramer, 2010, pag. 161-162).

Tabel 6. Pe ce anume cheltuiți cei mai mulți bani?

Pe ce anume cheltuiți cei mai mulți bani?	întreținere	alimente	medicamente	altele
Total	64,4%	21,1%	8,9%	0,9%
Neinstituționalizați	47,3%	35%	16,1%	1,6%
Instituționalizați	96%	4%	0%	0%
Testul chi-pătrat p = 0,01				

Și datele obținute în urma interviurilor sunt concordante cu datele rezultate în urma aplicării chestionarului. Majoritatea celor neinstituționalizați se plâng de pensia mică, după munca de o viață. Din cauza lipsei banilor aceștia nu-și pot permite să realizeze o serie de lucruri la care au visat din tinerețe.

De fiecare dată când merg la cumpărături, trebuie să fiu foarte calculată cu banii. Pensia pe care o am (540 lei) trebuie să-mi ajungă pentru curent, apă, gaz, alimente, iar pe lângă acestea, mai trebuie să-mi cumpăr și medicamente de 100 de lei. Dacă nu m-ar ajuta copiii nu știu ce m-aș face (R.S., sex F, 81 ani, gestionară).

La bătrânețe mi-am propus să merg în excursii și să fac tot ce n-am putut face la tinerețe. Când eram tânără nu aveam timp, dar aveam bani, acum am timp, dar nu am bani (G.M., sex F., contabilă).

Cei din instituții, deși au pensia mică, percep lucrurile diferit față de cei aflați la domiciliu. Sunt lipsiți de grija zilei de mâine din punct de vedere al cheltuielilor curente uzuale și al medicamentelor, deși unii dintre ei sunt frustrați de faptul că nu se află „acasă” (părerile diferă de la caz la caz).

Aici avem tot ce ne trebuie, dar uneori poți avea (rămâne pe gânduri) dacă nu ești la casa ta, cu familia ta... Să mănânci o coajă de pâine, dar știi că ești cu ai tăi și nu printre străini (M.A., sex F, 72 ani, profesoară).

Mă bucur că sunt aici. Acasă nu aveam pe nimeni, câștigam bani din munca cu ziua pe la oamenii din sat. În urma unui accident (la câmp) nu mai puteam munci și eram lipsit de hrană. Mai primeam de la vecinii cărora le era milă de mine. Iar, cu ajutorul lor, am reușit să ajung aici în centru, unde mi-e tare bine, cum nu mi-a fost până acum (F.G., sex M, 62 ani, cioban).

Alimentația

O alimentație corespunzătoare, de bună calitate, păstrează o funcționare bună a organismului. Deteriorarea echilibrului, pe fondul înaintării în vârstă, poate determina o serie de boli care-i fac pe vârstnici să devină mai fragili.

Din acest punct de vedere, 57,7% din eșantionul chestionat consideră că mâncarea este suficientă, 34,7%, că alimentația este chiar bogată, iar 7,7%, sunt cei care consideră că hrana este insuficientă.

Făcând o comparație între cei instituționalizați și cei neinstituționalizați se observă diferențe referitoare la felul în care se apreciază cantitatea și calitatea alimentației. Cei aflați la domiciliu – 76,7% consideră că se alimentează suficient, pe când doar 32,8% dintre cei din instituții consideră astfel. În ceea ce privește o alimentație bogată, 64,8%, dintre cei din instituții și 11,6% dintre cei aflați la domiciliu sunt de acord cu acest lucru. Alimentația este considerată ca insuficientă de 11,6% dintre cei aflați la domiciliu față de cei instituționalizați. Persoanele instituționalizate spun că mâncarea este insuficientă în proporție de 2,5%, (în urma aplicării testului chi-pătrat rezultatele nu sunt semnificative statistic $p < 0,05$).

Tabel 7. Aprecierea alimentației (Neinstituționalizați și Instituționalizați)

Aprecierea alimentației	Insuficientă	Suficientă	Bogată
Neinstituționalizați	11,6%	76,7%	11,6%
Instituționalizați	2,5%	32,8%	64,8%
Testul chi-pătrat p = 0,01			

Pentru cei din instituții alocația de hrană este stabilită prin Hotărârea de Guvern nr. 729 din 2005 și la 9 RON/asistat/zi. Suma este mică, dar hrana este diversificată, adaptată vârstei și afecțiunilor, uneori suplimentată prin sponsorizări.

Date rezultate în urma aplicării interviurilor, privind aprecierea alimentației

În ceea ce privește aprecierea alimentației pentru *cei aflați la domiciliu*, aceasta nu este întotdeauna suficientă (cantitativ și calitativ). De obicei este nevoie de atenție și chibzuială la ce anume și cât cumpără, deoarece prețurile sunt mari față de pensii.

Reușesc să cumpăr aproape toate sortimentele de alimente, dar uneori este nevoie să mai strângem și cureaua (D.I., sex M, 64 ani, muncitor constructor)

Fac cum pot. În cursul săptămânii gătesc paste, leguminoase, etc. , abia la sfârșitul săptămânii gătesc cu carne (L.O., sex F, 73 ani, bucătăreasă).

Cei din instituții sunt destul de mulțumiți de alimentație, atât în ceea ce privește cantitatea cât și calitatea.

Am fost acasă pentru câteva zile, dar mi s-a făcut dor să mă întorc. Că le mai aud și pe colege că sunt tare nemulțumite și că ar vrea să poată găti ele. Dar atunci când sunt chemate la bucătărie să de-a o mână de ajutor refuză. Cred că ar trebuie să fim mai recunoscători (C.N., sex F., 68 ani, croitoreasă).

Este foarte bună mâncarea și diversificată. Acasă nu mâncam noi atâtea specialități (zâmbește) (C.I., sex M, 84 ani, șofer).

Autoaprecierea stării de sănătate ca factor de influențare a autonomiei sau a dependenței

Unul dintre cei mai semnificativi indicatori în ceea ce privește calitatea vieții persoanelor de vârstă a treia este starea de sănătate. Este evident că odată ce o persoană vârstnică se confruntă cu o stare de sănătate precară, aceasta prezintă riscul pierderii autonomiei.

Sunt persoane care ajung la vârste foarte înaintate cu un grad ridicat de autonomie tocmai pentru că își păstrează starea de sănătate. Dar sănătatea este influențată de un complex de factori, motiv pentru care atât persoanele, cât și familia și societatea au datoria de a asigura calitatea vieții (și nu doar la bătrânețe, ci de la vârste tinere).

Privind autoaprecierea stării de sănătate, persoanele instituționalizate apreciază într-un procent mai mare (52,1%), decât cei aflați la domiciliu (48,4%), ca având o stare de sănătate satisfăcătoare. Tot cei instituționalizați susțin, într-un procent de 26,5%, că starea lor de sănătate este bună, față de cei neinstituționalizați, la care procentul este de 22,5%. Datele complete se află în tabelul alăturat. În urma aplicării testului chi pătrat aceste rezultate nu sunt semnificative statistic ($p=0,112$).

Tabel 8. Autoaprecierea stării de sănătate

Autoaprecierea stării de sănătate	Total - 500 respondenți	Neinstituționalizați	Instituționalizați
foarte bună	1,6%	2,2%	0,8%
bună	24%	22%	26,5%
satisfăcătoare	49,2	47%	52,1%
rea	20,9%	24,3%	16,4%
foarte rea	4,4%	4,5%	4,2%
Testul chi-pătrat			
p = 0,112			

Putem trage concluzia că toate aceste diferențe se datorează și faptului că în mediul instituțional supravegherea medicală, monitorizarea și tratamentul sunt asigurate 24 de ore din 24. În acest fel impactul bolii asupra persoanei diminuează ca intensitate și importanță. Pentru cei aflați la domiciliu acest lucru nu este posibil, accesibilitatea la medicul de familie sau specialist fiind greoaie. Din acest motiv și percepția asupra bolii este alta.

Pe baza datelor obținute, teza prezintă *coeficienții de corelație a rangurilor Spearman între dependența în activitățile de bază și cele instrumentale, pe de o parte, și aprecierea stării de sănătate și mulțumirea față de felul în care trăiesc, pe de altă parte, pe patru grupe de persoane : neinstituționalizați mobili, neinstituționalizați imobili, instituționalizați mobili, instituționalizați imobili.*

Privind **accesul la medicamente**, vârstnicii nu-și pot permite în totalitate medicamentele de care au nevoie. Cei de acasă reușesc în procent de 57% să aibă toate medicamentele; la cei din instituții lucrurile stau diferit, instituția oferă tratamentul medical beneficiarilor (97,8%). Sunt însă și cazuri în care este nevoie ca beneficiarul să contribuie și el cu o sumă minimă pentru anumite medicamente ce nu pot fi compensate.

Tabel 9. Accesul la medicamente

Aveți în totalitate parte de medicamentele de care aveți nevoie?				
Calitatea persoanei	da	de obicei	parțial	nu
Neinstituționalizat	57%	22,6%	15,7%	4,6%
Instituționalizat	97,8%	1,8%	0%	0,4%
Testul chi-pătrat				
p = 0,001				

Participarea la viața socială

Din păcate pensionarii nu realizează activitățile la care au visat că le vor face odată cu venirea pensionării. În unele cazuri pensionarea are un impact negativ în viața vârstnicului.

„Poate cea mai comună caracteristică a perioadei de pensionare este creșterea timpului liber, caracteristică ce atrage după sine atât avantaje cât și situații problematice pentru pensionari. Avantajele sunt legate de faptul că timpul liber de care dispun pensionarii poate fi utilizat de activități amânate de multă vreme. Situațiile problematice sunt legate de schimbarea ritmului vieții și dificultatea de adaptare la noul ritm ca și la lipsa programului de viață structurat din exterior (așa cum persoana era obișnuită să

procedeze când trebuia să se conformeze pogramului de lucru, orarului copiilor, etc)” (Denizia Gal, 2003, pag. 109, 110).

Conform datelor rezultate din cercetarea de față, activitățile desfășurate zilnic de către vârstnici sunt diverse dar sedentare, astfel: cei mai mulți dintre aceștia privesc la televizor – 81%, fără a uita de rugăciuni – 80,8%. Într-un procent destul de mare ascultă radioul - 37%, după care urmează lecturarea ziarului - 23,5 sau lecturarea unor cărți - 17,2%. Primesc vizite 5,8%, merg în vizită 2,6%. Într-un procent de 6,4% frecventează un club sau o asociație. Pe ultimele locuri se află frecventarea spectacolelor (0,4%) sau desfășurarea unor activități de voluntariat (0,6%).

Tabel 10. Frecvența activităților desfășurate zilnic (570 persoane)

Activități desfășurate Neinstituționalizați + Instituționalizați	zilnic	1+2 ori pe săptămână	de câteva ori pe lună	anual	nu realizez această activitate
Privesc la TV	81%	10,2%	4,1%	0,4%	4,3%
Ascult radio	37%	11,7%	8,8%	2%	40,4%
Imi vizitez rudele și prietenii	2,6%	16,7%	31,1%	19,8%	29,9%
Primesc vizite	5,8%	27%	42,9%	16,2%	8%
Citesc cărți	17,2%	15,4%	14,3%	11,5%	41,6%
Citesc ziare	23,5%	19,3%	12%	4,2%	40,9%
Merg la biserică	6%	42,4%	16,3%	8,9%	26,4%
Mă rog	80,8%	11%	3,3%	1,1%	3,8%
Merg la spectacole	0,4%	0,6%	6,9%	22,6%	69,5 %
Frecventez un club, o asociație	6,4%	10,1%	2,4%	0,7%	80,3%
Fac activitate de voluntariat	0,6%	2,5%	0,4%	0,9%	95,7%

Făcând o comparație între persoanele neinstituționalizate și persoanele instituționalizate în ceea ce privește frecvența desfășurării unor activități de timp liber putem observa că : atât cei aflați la domiciliu (85.7%) cât și cei din instituții (74,9%) privesc la televizor foarte des, radioul fiind ascultat mai ales de cei aflați la domiciliu.

Primesc vizite și fac vizite rudelor sau prietenilor într-un procent mai mare cei neinstituționalizați. Aceste vizite implică bani și transport, iar cei instituționalizați nu își pot permite foarte des acest lucru. De obicei, persoanele aflate în instituție sunt însoțite de familie, familia fiind cea care îi scoate pentru aceste vizite acasă sau la rude.

Cărțile și ziarele sunt citite mai des de către cei aflați la domiciliu, aceasta și din cauza faptului că în instituție sunt mai multe persoane neșcolarizate.

La biserică merg mai des cei aflați la domiciliu, dar pentru cei aflați în instituție vine preotul să officieze slujba în centru. Iar în ceea ce privește rugăciunea, procentele sunt apropiate în ambele medii. Foarte multe persoane aflate la vârsta a treia sunt preocupate de religie.

În ceea ce privește frecventarea unui club/asociații, participarea la spectacole sau realizarea unor activități de voluntariat procentul este foarte mic, și la neinstituționalizați și la instituționalizați. Considerăm că o mediatizare mai mare a acestor activități ar duce la o participare mai activă din partea vârstnicilor.

Teza de doctorat aprofundează unele dintre aspectele care determină utilizarea în mod diferit a timpului liber, rolul acestui fapt în păstrarea unui grad de autonomie mai ridicat și prezintă *coeficienții de corelație a rangurilor Spearman între dependența în activitățile de bază și cele instrumentale, pe de o parte, și mulțumirea față de activitățile de timp liber și aprecierea vieții ca fiind interesantă, pe de altă parte*, pe patru grupe de persoane: *neinstituționalizați mobili, neinstituționalizați imobili, instituționalizați mobili, instituționalizați imobili*.

Din această parte a cercetării rezultă că trebuie o mai mare responsabilitate și responsabilizare a societății privind prelungirea autonomiei vârstnicilor și valorificarea potențialului lor fizico-intelectual. Autonomia funcțională este influențată de exercițiul cotidian, dar și de sentimentul utilității. Dacă în familie sau în societate i se spune unui vârstnic că pentru el nu este nimic de făcut, alții preluându-i activitățile, aceea nu este ocrotire, ci condamnare la diminuarea treptată a capacităților sale. De aceea este important să fie create condițiile și activitățile adecvate acestei vârste. Este, de asemenea, valabilă reciproca. Cu cât vârstnicul se străduiește să-și valorifice potențialul specific anilor săi, cu atât el va atrage atenția asupra acestui potențial și va determina solicitarea lui din partea familiei sau a societății. Cu alte cuvinte, participarea la viața socială implică deopotrivă familia, societatea și pe vârstnici înșiși, iar între această participare și păstrarea autonomiei funcționale este o relație directă, importantă și benefică.

Condițiile de locuit

Condițiile de locuit reprezintă unul dintre factorii importanți pentru confortul vieții unui om și cu atât mai mult în cazul vârstnicilor, atinși de vulnerabilitate și de nevoi speciale. Dacă standardele de viață prevăd anumiți parametri privind spațiul de locuit al unei persoane, în România aceste standarde sunt îndeplinite doar într-un anumit procent. Condițiile sunt diferite și aprecierea lor la fel, iar impactul asupra satisfacțiilor vieții persoanelor vârstnice este semnificativ.

Persoanele instituționalizate sunt nemulțumite de faptul că în instituție nu au destulă intimitate. Le-ar plăcea să locuiască mai puține persoane în cameră, deoarece nu au destul spațiu. Fiecare persoană instituționalizată are un loc personalizat, dar acesta este prea mic pentru a se simți ca și acasă, spun aceștia.

Cei aflați la domiciliu sunt mulțumiți de condițiile de locuit, cu excepția faptului că iarna nu-și pot permite încălzirea așa cum și-ar dori.

Satisfacția de viață

Dispoziția sufletească este un punct important în ceea ce privește calitatea vieții. Întrebarea care reflectă acest lucru a fost *Cât de des ați trecut prin următoarele experiențe pe parcursul ultimei săptămâni?* Am dorit să cunoaștem starea sufletească pe care persoanele vârstnice au avut-o în săptămâna dinaintea chestionării. Din totalul de 570 persoane chestionate, aproape jumătate 49,2%, au fost triști *uneori*, în timp ce 25,1% au spus că nu au fost triști deloc.

Deprimați (*uneori*) au fost tot aproape jumătate (47,9%) din tot lotul chestionat. Descurajați (*uneori*) sunt în procent foarte mare 47,3% dintre aceștia. În ceea ce privește singurătatea, 40,5% spun că nu s-au simțit singuri, 39% spun că doar *uneori*, 15,2% deseori, 5,4% aproape mereu. Calmi au fost în procent de 44,5% aproape mereu, 50,2% spun că nu au fost furioși deloc, într-un procent destul de mare (65,9%) spun că au fost bucuroși *uneori*, 9,8 spunând că nu au fost deloc.

Analizând cele două medii (domiciliu-instituție) se constată starea sufletească și manifestările determinate de aceasta îmbracă o paletă diversă, practic fiind parcurse aproape toate stările și sentimentele.

Chiar dacă în ambele medii *tristețea* este frecventă, nici sentimentul de *bucurie* nu lipsește. Pe parcursul ultimei săptămâni aceștia au avut parte și de bucurii.

Calmi și liniștiți au fost într-un procent mult mai mare cei aflați în instituție față de cei aflați la domiciliu. *Furia* o întâlnim mai des la cei aflați la domiciliu, aceștia având mai multe responsabilități decât cei din instituție pentru aș duce traiul de zi cu zi.

Un sentiment care este frecvent la persoanele de vârstă a treia este *singurătatea*. Singurătatea este strigătul trist al celor mai mulți vârstnici. Multe sunt cazurile în care persoanele vârstnice suferă nu din cauză că nu sunt îngrijiți sau au diferite lipsuri, ci din cauză că sunt uitați de rude și prieteni. Sunt oameni care se simt abandonați și care nu cer decât ca să existe cineva alături de care să petreacă din când în când puțin timp, să poată fi ascultați și să comunice. Singurătatea poate fi asociată cu vulnerabilitatea.

Din cercetarea noastră reiese că singurătatea este frecventă la toate categoriile de vârstă și are tendința să fie și mai frecventă odată cu înaintarea în vârstă. Astfel că la grupa de vârstă 60-64 ani procentul este de 13,9%, ajungând la grupa de vârstă 85-89 unde procentul este de 23,3%, deși conform testului chi pătrat aceste rezultate sunt ne semnificative statistic ($p > 0,05$, $p = 0,012$).

Tristețea este o altă stare frecventă la vârstă a treia. Iar de multe ori tristețea este asociată cu depresia. Și această stare este prezentă la toate categoriile de vârstă, cu tendința spre creștere pe măsură ce se înaintează în vârstă. Deseori sunt triști la prima grupă de vârstă, 60-64 ani, în procent de 20,3%, ajungând la 85-89 ani la 28,9%, deși datele nu sunt semnificativ statistice conform testului chi pătrat ($p > 0,05$, $p = 0,175$).

Relația cu familia

Conform autoarei Barbara Larsen (1995) în ceea ce privește relația între persoanele vârstnice și familie, aceasta poate fi trăită în diverse feluri, dar cel mai adesea această relație se caracterizează prin ceea ce sociologii numesc *intimitate spațialitate*, adică se locuiește separat dar nu departe unul de celălalt.

Persoanele cu o sănătate precară sunt mai vulnerabile și mai dependente, manifestând astfel mult mai pregnant nevoia de a rămâne cu familiile. Cu toate acestea nu este rar ca într-o familie generațiile diferite să aibă dificultăți în a se adapta noilor roluri induse de vârstă.

Este de menționat că există în general patru modele de familii: familii armonioase cu posibilități materiale, familii armonioase fără posibilități materiale, familii

dizarmonice și persoane fără familie. În primele două situații, familia ajută în mod susținut ruda vârstnică să aibă un trai cât mai bun și să-și mențină autonomia o perioadă cât mai lungă. Familia dizarmonică împinge persoana vârstnică spre dependență din motive sociale, dacă nu cumva prin violențe și abuzuri determină și afecțiuni medicale invalidante. Lipsa familiei este un factor precipitant al vulnerabilității și dependenței.

În ceea ce privește relația cu familia, privind studiul de față, majoritatea dintre persoanele vârstnice chestionate au o relație foarte bună cu familia în procent de 44,2% sau bună în procent de 39,9%. Doar 11,4% au o relație satisfăcătoare, 3% au o relație rea iar 1,5% au o relație foarte rea.

Făcând o comparație privind relația cu familia a celor aflați la domiciliu și a celor aflați în instituție, cei aflați la domiciliu au o relație mai bună cu familia decât cei aflați în instituție. Unele persoane aflate în instituție sunt abandonate de către familie. Și în multe cazuri nu li se cere acordul privind instituționalizarea.

Tabel 11. Relația cu familia

Cum este relația dumneavoastră cu familia? (%)					
Calitatea persoanei	foarte buna	buna	satisfacatoare	rea	foarte rea
Total 570 respondenți	44,2%	39,9%	11,4%	3%	1,5%
Neinstituționalizat	51%	40%	7,4%	1,3%	0,3%
Instituționalizat	34,8%	39,7%	17%	5,4%	3,1%
Testul chi-pătrat					
p = 0,001					

Relația cu prietenii/comunitatea

Cei mai mulți dintre respondenți – 75,7% au prieteni și 91,2% țin legătura cu aceștia. Mai mult de jumătate (53,2%) se văd zilnic cu prietenii.

Există în lot însă diferențe între cei neinstituționalizați și cei instituționalizați. Procentul celor care au prieteni este mai mare la persoanele aflate la domiciliu (88,2%) decât a celor aflate în instituții (59,5%). Mulți dintre cei aflați în instituție au rupt legătura

cu vechii prieteni și au construit alte relații, cu beneficiari aflați în centru sau cu beneficiari aflați în alte centre.

În ceea ce privește implicarea comunității în păstrarea autonomiei vârstnicilor aceasta este minimă. Pentru ca să existe posibilități reale de intervenție a comunității în menținerea independenței persoanelor vârstnice ar fi nevoie în primul rând ca membrii comunității să aibă un trai bun sau măcar decent și echilibrat. În momentul în care membrii comunității nu vor mai fi obligați să se gândească și să găsească soluții pentru propria supraviețuire, atunci probabil vor fi dispuși și se vor gândi cum pot fi de folos celor aflați în nevoie și vor avea și disponibilitatea necesară ajutorării lor.

Influența factorilor de viață asupra gradului de autonomie/dependență

Se constată că factorii care duc la pierderea autonomiei, deci implicit la un grad de dependență mai mult sau mai puțin accentuat, sunt, în principal, de ordin medical și de ordin social. Factorii medicali sunt reprezentați de afecțiuni ale diverselor aparate și sisteme și duc la un grad de invaliditate, iar dintre factorii sociali sunt de amintit lipsa unei locuințe și un venit insuficient sau absent.

Pentru măsurarea independenței, în ceea ce privește efectuarea unor activități zilnice, am folosit indexul independenței a lui Katz (preluat din raportul „Studiu Comparativ asupra situației persoanelor vârstnice în România”, din anul 2010).

Acest instrument pune accent pe dificultățile cu care persoanele de vârstă a treia se confruntă. Cele mai mici valori înseamnă că subiecții chestionați sunt independenți, iar cele mai mari valori înseamnă că aceștia sunt dependenți. Activitățile de bază au fost folosite de Katz, iar activitățile instrumentale de Lawton în 1969, variantă aplicată în studiul Canadian Study of Health and Aging (Ostbye et al, 1997) și cu varianta sugerată de către Hotărârea de Guvern nr. 886 din anul 2000. Activitățile de bază ale vieții de zi cu zi sunt : hrănirea, spălatul (baie, dus), toaleta personală, îmbrăcatul, deplasare în interior și folosirea telefonului. Activitățile instrumentale sunt : realizarea cumpărăturilor, gătit/prepararea hranei, curățenie, spălatul hainelor, transport, medicație, plata taxelor, completarea diverselor formulare.

În general, populația studiată pe parcursul cercetării este autonomă. Observăm că apar dificultăți la activitățile instrumentale : la curățenie, la spălatul hainelor, la prepararea hranei sau la completarea diverselor formulare și achitarea unor taxe.

Media scorurilor pentru cele 2 grupuri (neinstituționalizați și instituționalizați) privind dependența la desfășurarea activităților de bază ale vieții de zi cu zi este 10,94 pentru neinstituționalizați și 13,81 pentru vârstnicii instituționalizați (abaterea standard fiind de 9,03 și 8,64).

Testul t are valoare -3,801, ceea ce înseamnă ca diferența observată între mediile celor două grupuri este semnificativă statistic la un prag de 0,001, astfel ca ipoteza de cercetare se confirmă: grupul de vârstnici instituționalizați dă dovadă de un grad mai ridicat de dependență decât grupul de vârstnici neinstituționalizați.

Tabel 12. Diferențele între scorurile Indexului Activități de Bază, între vârstnicii instituționalizați și cei neinstituționalizați

Apartenența de institutie	N	Media scorului	Abaterea std.²	Valoarea t	Sig.
Neinstituționalizat	313	10.94	9.03	-3.801	0,001
Instituționalizat	242	13.81	8.64		

În ceea ce privește activitățile instrumentale, media pentru cei neinstituționalizați este de 14,95, în timp ce la persoanele aflate în instituții este mult mai mare - 30,62. Valoarea testului t este - 17,539 ceea ce înseamnă că diferența dintre cele două medii este semnificativă, pragul de semnificație este de 0,001. Diferențele mari între cele două medii se datorează faptului că în instituție persoanele vârstnice nu desfășoară activități instrumentale decât foarte rar.

Tabel 13. Diferențele între scorurile Indexului Activități Instrumentale de zi cu zi, între vârstnicii instituționalizați și cei neinstituționalizați

Apartenența de instituție	N	Media scorului	Abaterea std. ³	Valoarea <i>t</i> ⁴	Sig.
Neinstituționalizat	308	14.95	11.50	-17.539	0,001
Instituționalizat	240	30.62	9.41		

Pentru îndeplinirea activităților la care persoanele vârstnice întâmpină dificultăți, cei aflați la domiciliu sunt ajutați de copii, rude sau în unele cazuri de vecini, cei din instituții sunt ajutați de personalul de îngrijire.

În ceea ce privește gradul de mulțumire față de ajutorul pe care îl primesc în realizarea activităților (de bază sau instrumentale), se constată că cei aflați la domiciliu sunt mai mulțumiți decât cei din instituții. Aceasta se poate explica și prin faptul că multe persoane instituționalizate consideră instituționalizarea ca o obligație a societății, nu ca un ajutor oferit într-o situație dată.

Interpretarea rezultatelor studiilor de caz

Au fost studiate cazurile a zece persoane, cinci din instituții și cinci aflate la domiciliu. S-a urmărit ca datele factuale să fie aceleași pentru ambele categorii, condiție care să permită compararea lor. Dintre persoanele instituționalizate au fost alese două femei și trei bărbați, cu vârstele cuprinse între 62 și 83 ani; trei dintre aceste persoane au studii medii și două studii universitare; două persoane de gen feminin mobile și trei persoane de gen masculin imobile. De la domiciliu au fost alese două femei și trei bărbați, cu vârstele cuprinse între 62 și 83 ani; trei dintre aceste persoane cu studii medii și două cu studii universitare; trei persoane de gen feminin mobile și două persoane de gen masculin imobilizate la pat.

Toate cele zece persoane au povești de viață complexe, fiecare trecând prin multe experiențe, unele frumoase și altele grele. Pe nici una viața nu a scutit-o de probleme,

³ Abaterea std – abaterea standard

⁴ „Testul t este folosit pentru evaluarea semnificației statistice a diferenței dintre mediile a două seturi de scoruri. Cu alte cuvinte, ajută la elucidarea unei întrebări des întâlnite în cadrul cercetărilor, și anume dacă valoarea medie pentru un set de scoruri diferă semnificativ de valoarea medie pentru un alt set de scoruri” (Dennis Howitt, Duncan Cramer, 2010, pag. 140).

greutăți sau necazuri. Ce este diferit la ele este în primul rând modul de viață, acesta putând să-și pună amprenta asupra gradului de dependență sau independență la bătrânețe. Este de remarcat că persoanele aflate la domiciliu, atât cele mobile cât și cele imobile, se confruntă cu probleme comune. Una dintre acestea este singurătatea. Deși persoanele independente ar putea avea o rețea socială care să le umple timpul liber și care să le antreneze în diverse activități, nu este deloc așa. Pentru persoanele neinstituționalizate imobile este mai dificil de creat condiții de socializare. Aceasta implică mai multe costuri, transport, ajutor pentru mobilizare, persoane de companie, etc. În comparație cu persoanele aflate la domiciliu, cele din instituții (mobile dar și imobilizate), deși simt adesea lipsa familiei, sunt implicate într-o serie de activități care le cresc gradul de satisfacție și al stimei de sine. Cu toate acestea, instituționalizarea nu este privită ca o soluție pozitivă pentru vârstnici. Se confirmă afirmația lui M. Marshal (1993), că instituția poate fi ultima oprire a omului în viață. Dar uneori nici acasă vârstnicii nu sunt mai fericiți, sau se simt singuri, și oriunde ar fi, ultima etapă din viață, adică moartea, nu exclude pe nimeni. După spusele lui E. Goffman (2004), instituția ridică bariere între indivizi și societate și duce la pierderea sinelui. Având în vedere însă cele afirmate de persoanele aflate la domiciliu, acestea se simt mult mai singure decât cele aflate în instituții. Și atunci nu este suficient să te afli acasă și să fi autonom dacă nu ești mulțumit de viața pe care o ai și dacă gradul de satisfacție este scăzut.

CONCLUZII GENERALE

Concluziile generale, care se desprind la capătul unui asemenea demers de cercetare, prin care am încercat să aducem o modestă contribuție la mai buna cunoaștere a vieții persoanelor de vârsta a III-a, vizează deopotrivă pe cei ce se află în preajma vârstnicilor, în familii sau în instituții, pe cei ce fac legile și iau decizii care îi vizează pe bătrâni, cât și pe înșiși acei oameni ajunși la vârsta senectuții, capabili încă să facă multe lucruri spre a-și înfrumuseța ori a-și face mai ușoară existența.

Îmbătrânirea populației în prima jumătate a acestui secol reprezintă, așa cum arată previziunile pe baza statisticilor (Cornelia Mureșan, 1999), o problemă de mare

importanță pentru societatea românească, necesitând o tratare atentă și responsabilă din partea statului, comunităților, instituțiilor specializate, familiilor și cetățenilor înșiși.

Importanța prezentei teze constă în a semnală și a demonstra, pe cât posibil, că problematica evidențiată de *îmbătrânirea demografică accentuează importanța cercetărilor privind menținerea autonomiei, respectiv răspunsurile societale privind accentuarea gradului de dependență a unor categorii din ce în ce mai mari de vârstnici, de vulnerabilitate și în final de starea de dependență a vârstnicilor*. Aceste aspecte sunt importante atât pentru persoana în cauză cât și pentru familie și societate. Vulnerabilitatea este un fenomen care nu trebuie tratat *după* producerea lui, ci trebuie *prevenit*, printr-o serie de metode și un mod de viață care încep încă din tinerețe și care pot să asigure o autonomie cât mai îndelungată și o îmbătrânire într-o stare cât mai bună. De asemenea, doresc ca această lucrare să înlăture miturile privind calitatea serviciilor rezidențiale, deoarece în urma cercetării am constatat ca majoritatea subiecților din instituții sunt mulțumiți de viața pe care o trăiesc. Dar bineînțeles, nu este suficient pentru păstrarea autonomiei (acasă și în instituție) să aibă hrană sau condiții bune de trai dacă nu sunt antrenați în activități care să le aducă plăcere și satisfacție care să-i țină cât mai mult activi.

Opțiunea pentru această temă se datorează pe de o parte domeniului meu de activitate și interesului pentru această categorie de persoane, iar pe de altă parte faptului că această problemă nu a fost tratată suficient în cercetarea și literatura de specialitate din perspectiva vârstnicilor.

În teză am avut în vedere în permanență, două aspecte esențiale: primul a fost cel al evidențierii și clarificării conceptelor teoretice și al definițiilor care privesc procesul de îmbătrânire, autonomia și vulnerabilitatea persoanelor vârstnice, drepturile și serviciile sociale de care aceștia beneficiază sau ar trebui să beneficieze. Al doilea aspect cuprinde demersul propriu de cercetare pentru cunoașterea concretă a vieții vârstnicilor, în actuala etapă și în actualele condiții, printr-o cercetare personală, vizând alcătuirea unui tablou cât mai veridic al vieții acestei categorii de persoane și extragerea unui set de concluzii și propuneri legate de autonomia și/sau vulnerabilitatea acestui important segment social.

Pentru suportul științific al lucrării am avut în vedere bibliografia existentă, lucrări relevante din domeniu la care am avut acces, studii realizate de către institute de

cercetare, instituții ale statului sau asociații și fundații, articole publicate în reviste de specialitate. Am considerat necesară raportarea permanentă la legislația în vigoare, atât pentru perioade mai vechi, cât și pentru cele recente, cu schimbări continue în domeniul asistenței sociale, al pensiilor, al sistemului de sănătate, etc. Datele statistice și informațiile obținute de la Institutul Național de Statistică au constituit un suport important pentru cunoașterea dinamicii anumitor indicatori, iar focalizarea pe situația județului Cluj, prin intermediul datelor de la Centrul de Statistică Cluj, au permis realizarea unor studii de caz cu multe aspecte relevante pentru viața vârstnicilor. Îmbinarea surselor clasice cu cele moderne, materialele și informațiile găsite pe site-uri de autoritate și încredere, gen site-urile ministerelor, a permis în multe situații actualizarea datelor și realizarea unor corelări relevante privind o serie de aspecte din viața vârstnicilor.

Sporul științific al lucrării a fost dat de cercetarea proprie, respectiv aplicarea celor 570 de chestionare, realizarea a 30 de interviuri individuale structurate și efectuarea a 10 studii de caz, precum și prelucrarea lor, care se constituie într-un plus de informație și dau posibilitatea unor concluzii utile și a unor *recomandări*. **Așadar îmbătrânirea populației devine o vulnerabilitate națională deoarece persoanele varstnice vor trebui susținute atunci când vor deveni dependente și trebuie ajutate să își păstreze autonomia cât mai mult timp posibil.**

Nu se confirmă **mitul îmbătrânirii ca sănătate deficitară și senilitate**, dar se susține ideea că vârstnicii sunt mai expuși dificultăților, dar îmbătrânirea, prin ea însăși, nu este o boală (H. Cox, 1994). Nu sunt motive de a relaționa exclusiv sănătatea deficitară cu îmbătrânirea. Apar, este adevărat, la această vârstă, mai multe îmbolnăviri și dizabilități decât la tineri, dar o bună îngrijire prelungește starea de sănătate. Din cercetarea noastră reiese că 74,8% dintre respondenți își apreciază starea de sănătate ca *satisfăcătoare, bună sau foarte bună*. Senilitatea, de asemenea, nu este o dominantă și în cele mai multe cazuri se confirmă ideile legate de înțelepciunea bătrânilor, tot așa cum romantismul tinereții nu trece cu totul la această vârstă. Din răspunsurile la chestionare rezultă că persoanele vârstnice sunt diverse în modul de viață și au, în cele mai multe cazuri, predispoziție la adaptabilitate.

Se confirmă ipoteza că **vulnerabilitatea predominantă este dată de condițiile materiale precare și de sentimentul singurătății**. Dacă procentul celor ce apreciază (neinstituționalizați + instituționalizați) că *veniturile nu-mi ajung nici pentru strictul necesar* sau *veniturile îmi ajung doar pentru strictul necesar* este de 60,7%, tot pe aproape este și cel care vizează sentimentul singurătății, respectiv 59,5% s-au simțit *singuri mereu, adesea sau uneori*.

Se confirmă ipoteza că **lipsa școlarizării și a educației, la vremea ei, constituie un factor de risc important pentru creșterea vulnerabilității, la bătrânețe**. Din cercetarea noastră rezultă *două direcții pe care se manifestă acest risc*: a) o școlarizare redusă determină venituri mult mai mici la bătrânețe, la ambele categorii de persoane vizate de cercetare; b) școlarizarea și educația reduse, care se pot perpetua în familii, determină predispoziție spre instituționalizare: la instituționalizați procentul de neșcolarizați este de 10,6%, cel cu școala primară 26,4%, iar cel al absolvenților de gimnaziu de 30,9%, deci pe total aproape 70 la sută sunt persoane neșcolarizate ori cu nivel redus de școlarizare, în timp ce pentru cei aflați la domiciliu procentul de neșcolarizați este de doar 1,6% și sunt semnificativ crescute procentele celor cu studii liceale, post-liceale sau superioare.

Recomandările sunt orientate spre factorii de decizie din domeniul politicilor sociale naționale și locale, respectiv către familiile și instituțiile rezidențiale care alcătuiesc mediul de viață al vârstnicilor și anume:

Factori de decizie la nivel național:

Menținerea cât mai stabilă a valorii veniturilor populației vârstnice, prin corelarea indicelui de inflație cu cel de indexare a pensiilor; *Politicile sociale pentru vârstnici* trebuie să respecte hotărârile și recomandările organismelor internaționale sau europene: *Declarația Universală a Drepturilor Omului* (Adunarea Generală a O.N.U., 10 decembrie 1948), *Principiile Națiunilor Unite pentru persoanele 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), *Carta Uniunii Europene a Drepturilor Fundamentale* (2000), prevederile Tratatului de

bază și documentele Uniunii Europene; *Sistemele de protecție socială și asigurări de sănătate* este nevoie să prevadă condiții speciale și facilități mai pronunțate pentru vârstnici prin: reduceri financiare la servicii medicale și medicamente, acces mai ușor la acestea, anumite servicii gratuite la domiciliu.

Comunități

Asigurarea, în plan local, a unor facilități pentru vârstnici: în spitale, pentru transportul urban, accesul la instituțiile de cultură, amenajarea unor cluburi specializate; *Folosirea fondurilor europene și a disponibilităților locale* pentru construirea unor noi centre de îngrijire și asistență, cămine de zi și alte tipuri de așezăminte pentru vârstnici, procentul acestora raportat la populație fiind mic față de media europeană; *Inițierea și organizarea unor programe educaționale*, care să cuprindă deopotrivă populația vârstnică și populația matură, în sensul unui stil de viață care să conducă la prelungirea autonomiei.

Familii:

Păstrarea vârstnicilor în zona de activitate, pe măsura posibilităților lor, pentru a nu simți pierderea puterilor și inutilitatea; *Consultarea vârstnicilor în anumite probleme*, atât pentru experiența și ideile lor reale, cât și pentru a nu simți lipsa de respect; *Preocupare sporită pentru starea de sănătate a vârstnicilor* (vârstnicii, din motive materiale sau pentru a nu deranja, au tendința de a se neglija).

Instituții de îngrijire și asistență:

Mediatizarea serviciilor existente în instituții și acțiuni de educare a societății pentru a privi instituțiile ca o alternativă corectă și nu ca o soluție nedorită.

Așadar nu trebuie uitat că persoanele de vârstă a treia au nevoie de cineva alături și că trebuie făcut tot ce se poate pentru a le asigura, cât mai mult timp posibil, sănătatea și autonomia. Este o datorie morală a familiei și a comunității, a societății în general, de a crea și de a menține anumite condiții pentru oamenii care au ajuns la o vârstă înaintată, dar această datorie este deopotrivă și una de răsplătire a contribuției generației precedente

la sporirea zestrei materiale și spirituale de care se bucură generația prezentă. S-ar putea modul în care noi reușim să organizăm cadrul social și instituțional pentru vârstnicii de azi să se constituie într-un model al unui viitor cadru de integrare socială a propriei noastre generații.

BIBLIOGRAFIE

- Achenbaum, W., Bengtson, V.,** *Re-engaging the disengagement theory of ageing: Of the history and assesment of theory development in gerontology*, în *The Gerontologist*, nr.34 (6), 1994.
- Albu, Emilia,** *Psihologia dezvoltării*, Editura Napoca Star, Cluj-Napoca, 2008.
- Anuarul Statistic al României**, 2010.
- Apahideanu, Octavian,** *Asistența socială a persoanelor de vârstă a III a*, Editura Eftimie Murgu, Reșița, 2001
- Autoritatea Națională a Persoanelor cu Handicap,** *Buletin statistic*, 31 martie 2011
- Barbu, Gheorghe, Mihăilescu, Adina, Prisăcaru, Corneliu,** *Caracteristici ale defavorizării la vârstă a treia*, 1999, <http://www.iccv.ro/oldiccv/romana/revista/rcalvit/pdf/cv1999.1-2.a02.pdf>
- Barker, L. Robert,** *The social work dictionary*, NASW Press, USA, 1995.
- Beauchamp T, Childress J.,** *Pinciples of biomedical ethics*, Oxford University Press, New York (1979, 1983, 1989, 1994) 2001.
- Bell, Virginia, Troxel, D.,** *Best Friends Approach to Alzheimer's Care*, Health Professions Press, Baltimore 2003.
- Benaim, C., Froger, J., Compan, B., Pélissier, J.,** *Évaluation de l'autonomie de la personne âgée*, *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique* Volume 48, Issue 6, Elsevier SAS 2005.
- Blanchet, Didier,** *La demographie de la dependance, Donnes europeennes et principales questions*, Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) Government of France, Paris, France, 2008.
- Birch Ann,** *Psihologia dezvoltării*, Editura Tehnică, București, 2000
- Bocsa, Eva,** *Psihologia vârstelor*, Editura Edyro, Petroșani, 2003.
- Bonchiș, Elena, Secui, Monica,** *Psihologia vârstelor*, Editura Universității din Oradea, Oradea, 2004.
- Bodogai, Simona Ioana,** *Protecția socială a persoanelor vârstnice*, Editura Universității din Oradea, Oradea, 2009.
- Bogdan, Constantin,** *Elemente de geriatrie practică*, Editura Medicală, București, 1992.
- Bogdan, Constantin,** *Abuzul și violența contra persoanelor vârstnice în* **Zamfir, Elena, Bădescu, Ilie, Zamfir, Cătălin** (coordonatori), *Starea societății românești după 10 ani de tranziție*, Editura Expert, București, 2000.
- Bălașa, Ana,** *Sănătatea - componentă esențială a calității vieții vârstnicilor*, *Calitatea Vieții*, Editura Academiei Romane, Bucuresti, Anul 18, Nr 3-4, 2007, pag.62.

Boudon, Raymond, *Tratat de sociologie*, Editura Humanitas, București, 1997.

Bradshaw, Jonathan, *A taxonomy of social need*, New Society No. 496 (30 Mar): 640-3, 1972.

Bourgeois, Etienne și Nizet, Jean, *Pression et légitimation*, Presses Universitaires de France, Paris, 1995.

Bucur, Venera, Margareta, *Asistența socială în fața vârstei a treia* în **Muntean, Ana, Sagebiel, Juliane**, *Practici în asistența socială*, Editura Polirom, Iași, 2007.

Cavanaugh, J.C., Blanchard-Fields, F. *Adult Development and Aging* (6th ed.). Belmont, CA: Wadsworth (2002)

Cernescu, Trăilă, *Sociologia vârstei a treia*, Editura Beladi, Craiova, 2004.

Ciocodeica, Vasile, *Demografie și sociologia populației*, Editura Universitas, Petroșani, 2007.

Cojocaru, Ștefan, *Elaborarea proiectelor*, Editura Expert Projects, Iași, 2003

Comisia Europeană, *Report Active Ageing*, September – November 2011, Publicat: ianuarie 2012, Special Eurobarometer 378.

Comisia Europeană, *A statistical portrait of the European Union 2012, Active ageing and solidarity between generations*, Eurostat – Edition 2012.

Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice, *RAPORT privind activitatea desfășurată în anul 2010*, http://www.cnpv.ro/raport_2010.php

Cox, Harold, *Ageing*, The Dushkin Group, United States, 1994.

Crețu, Tinca, *Psihologia vârstelor*, Editura Polirom, Iași, 2009.

Cumming, Elaine, Henry, William, *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books, 1961

Dănăilă, Leon, Gheorghe, D., Mihai, Ploaie, Pătru, *Boala Alzheimer*, Editura Militară, București, 1996.

Dex, 2009.

Dicționar La Rouse, Editura Univers Enciclopedic, București, 1996.

Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Cluj-Napoca, 2011

Donca Valer, *Suport de curs, Geriatrie și Gerontologie*, Universitatea de Medicină și Farmacie, Iuliu Hașeganu, Cluj-Napoca, 2008

Dowd, James, *Stratification among the aged*, Broks/Cole, Monterey, California, 1980

Dragomir, Manuela, Ghelase, Mugurel, Dinescu, Sorin, *Sănătate publică: demografie și epidemiologie*, Editura Medicală Universitară Craiova, 2005.

Dumitrașcu, Hanibal, *Dezvoltare umană*, Editura Fundației Axis, Iași, 2006.

Durkheim, Emile, (traducere de Dan Lungu) *Regulile metodei sociologice*, Editura Polirom, Iași, 2002

Durkheim, Emile (traducere Mariana Tabacu), *Sinuciderea. Studiu sociologic*, Editura Antet XX Press (1930, Presses Universitaires de France), 2005.

Edwards, Richard L, June Hopps, Gary, *Encyclopedia of Social Work*, Ediția 19, NASW Press, Washington, DC.

Fontaine, Roger, *Psihologia îmbătrânirii*, Editura Polirom, Iași, 2008

Gabos Grecu, Iosif, *Depresia și bolile psiho-somatice*, University Press, Târgu Mureș, 2009

Gal, Denizia, *Dezvoltarea Umană Clujană*, Presa Universitară Clujană, Cluj Napoca, 2001

- Gal, Denizia** (coord.), *Vine o zi, Eseuri pe teme gerontologice*, Presa Universitară Clujană, 2001.
- Gal, Denizia**, *Asistența socială a persoanelor vârstnice*, Editura Toderco, Cluj-Napoca, 2003.
- Gârleanu Șoitu, Daniela**, *Vârsta a treia*, Editura Institutul European, Iași, 2006.
- Ghețau, Vasile**, *Declinul demografic și viitorul populației României, O perspectivă din anul 2007 asupra populației României în secolul 21*, Editura Alpha MDN, Buzău, 2007.
- Ghețau, Vasile**, *Câți pensionari ar putea avea România până în 2030?*, Revista de Asistență Socială, anul X, nr. 3/2011, pag. 115 – 136.
- Godeau, Pierre**, *Vulnérabilité et vieillissement : comment les prévenir, les retarder ou les maîtriser? Vulnerability and aging: can they be prevented, delayed or controlled?* Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, 2002
- Gonthier, R.**, *Le concept de fragilité : pourquoi est-il essentiel ?* La Revue de Gériatrie, Tome 25, n°3 mars 2000.
- Goffman, Erving**, *Aziluri*, Polirom, Iași, 2004.
- Hahn, Dale, Wayne Payne**, *Transparency masters to accompany Focus on health*, Brown and Benchmark, 1997.
- Hampton, F, Roy, M.D și Russell Charles**, *The Encyclopedia of aging and the elderly*, New York, Oxford, 1992.
- Harbert, Anita, Ginsberg, Leon**, *Human services for older adults: concepts and skills*, University of South Carolina, 1990
- Havighurst, Robert James, și Albrecht, Ruth**. *Older people*, Longmans Green New York, 1953.
- Heinisch, Renate**, *Proiect de aviz al Secțiunii pentru ocuparea forței de muncă, afaceri sociale și cetățenie privind consecințele îmbătrânirii populației asupra sistemelor de sănătate și de protecție socială*, Bruxelles, 2010
- Hickey, T., Douglas, L.R.**, Neglect and Abuse of Older Family Members: Professional's Perspectives and Case Experiences, in *The Gerontologists*, nr.21
- Hooyman, Nancy, R. și Kiyak Asuman H.**, *Social Gerontology. A multidisciplinary perspective*, Editura Allyn and Bacon, 1998.
- Howitt, Dennis, Cramer, Duncan**, *Introducere în SPSS pentru psihologie*, Editura Polirom, Iași, 2010.
- Iluț, Petru**, *Abordarea calitativă a socioumanului: concepte și metode*, Editura Polirom, Iași, 1997.
- Ioncu, Deme Sanda**, *Boala Alzheimer*, Editura Mirton, Timișoara, 2002.
- Larsen, Barbara**, , *Le guide des seniors actifs*, Association des consommateurs test-achats Bruxelles, 1995.
- Loo, Henri, Loo, Pierre**, *Depresia*, Editura Corint, București, 2003.
- Lebel, Paule** SIPA Research Program, Solidage Research Group, McGill University-Universite de Montreal Research Group on Frailty and Aging, 1999
- Lucuț, Grigore, Rădulescu, Sorin**, *Calitatea vieții și indicatorii sociali: teorie, metodă, cercetare*, Editura Luminale, București, 2000.
- Marina, Lucian**, *Rămânerea în societate*, Editura Emia, Deva, 2003.
- Marshall, Mary**, *Asistența socială pentru bătrâni*, Editura Alternative, Iași, 1993.

- Matei, Gheorghe**, *Protecția socială în România*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 2007.
- Maslow, Abraham**, *The forther reaches of human nature*, New York:Viking 1971
- Mândrilă, Carmen Gabriela**, *Procesul de îmbătănire din perspectiva asistenței sociale*, Editura Tehnopress, Iași, 2005.
- Mândrilă, Carmen Gabriela**, *Violența în familie. O realitate dramatică*, Editura Universității Alexandru I. Cuza, Iași, 2009.
- Meire Ph**, *La vulnerabilite des personnes agees*, Louvain médical 119, Bruxelles, 2000.
- Miley, Karla Krogsrud, O'Melia, Michael, DuBois, Brenda**, *Practica asistenței sociale*, Editura Polirom, Iași, 2006.
- Monod, S, Sautebin, A, Vieillir et devenir vulnérable**, *Revue Médicale Suisse*, 5, 2009
- Muntean, Ana**, *Psihologia dezvoltării umane*, Editura Polirom, Iași, 2009.
- Mureșan, Cornelia**, *Evoluția demografică a României. Tendințe vechi, schimbări recente, perspective (1870-2030)*, Editura Presa Universitară Clujană, Cluj Napoca, 1999.
- Mureșan, Cornelia** (coord), *Ancheta pilot Generații și Gen la Cluj*, Presa Universitară Clujană, Cluj Napoca, 2005.
- Mureșan, Cornelia** (coord), *Situația vârstnicilor din România*, Fundația Principesa Margareta, București, 2009.
- Kemp P, Rendtorff JD, Mattsson N. Bioethics and biolaw Vols 1 and 2**. Copenhagen : Rhodos, 2000.
- Kuflik, Arthur**, *The inalienability of autonomy*, Philosophy & Public Affairs, Vol. 13, No. 4, California, SUA 1984.
- Panaiteescu, Romeo**, *Probleme de memorie și boala Alzheimer*, 2005
- Pană, Luminița**, *Psihologia vârstelor*, Editura Eurostampa, Timișoara, 2009
- Papalia Diane E, Olds Wendkos Sally**, *Human development*, McGraw-Hill Book Company, third edition.
- Platon**, *Opere, vol. V*, Editura științifică și enciclopedică, București, 1986.
- Pitkala KH, Routasalo P, Kautiainen H, et al.**, *Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness : A randomized, controlled trial*. Oxford Journals The Journals of Gerontology: Series A Volume 64A, Issue7, 2009
- Pop, Luana, Miruna**, *Dicționar de politici sociale*, Editura Expert, București, 2000.
- Popa, Liviu**, *Boli cronice*, Suport de curs, Cluj-Napoca, 2005.
- Popescu, Livia**, *Protecția socială în Uniunea Europeană*, Presa universitară Clujană, Cluj Napoca, 2004.
- Popescu, Livia**, *Serviciile de îngrijire a sănătății în* **Preda, Marian**, *Riscuri și inechități sociale în România*, Editura Polirom, Iași, 2009.
- Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2007)**. *World Population Prospects: The 2006 Revision*. New York: U N, 2007, <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/English.pdf>
- Precupețu, Iuliana, Preoteasa, Ana-Maria, Pop, Cosmina**, *Politici sociale și fiscale*, în *Revista Calitatea Vieții*, An XVIII, Nr.3-4, Editura Academiei Române, București, 2007.
- Puwak, Hildegard**, *Încetinirea ireversibilității*, Editura Expert, București, 1995.
- Radulescu, Sorin M**, *Sociologia problemelor sociale ale vârstnicilor*, Editura Lumina Lex, București, 1999.

- Rebeleanu-Bereczki, Adina**, *Politicile în domeniul sănătății în contextul reformei sociale din România*, Presa Universitară Clujană, Cluj Napoca, 2007.
- Roșca, Dan**, *Introducere în sociologia populației și demografie*, Ediția a IV-a, Editura Fundației România de Mâine, București, 2007.
- Rotariu, Traian**, *Demografie și sociologia Populației*, Editura Polirom, Iași, 2009.
- Rotariu, Traian**, *Studii demografice*, Editura Polirom, Iasi, 2010.
- Rotariu, Traian**, *Studiu comparativ asupra situației persoanelor vârstnice din România. Cazul Podișului Someșan. Raport de cercetare*, Cluj-Napoca, 2010
- Roth, Maria**, *Copii și femei victime ale violenței*, Editura Presa Universitară Clujană, Cluj-Napoca, 2005.
- Roth, Maria, Rebeleanu, Adina**, *Asistența socială. Cadru conceptual și aplicații practice*, Editura Presa Universitară Clujană, Cluj Napoca, 2007.
- Sassu, Ana, Raluca**, *Psihologia dezvoltării*, Editura Universității Lucian Blaga, Sibiu, 2006.
- Sălăgean, Viorel**, *Asigurările sociale și pensiile între sistemul public și cel privat în România*, Editura Limes, Cluj-Napoca, 2009.
- Săucan, Doina-Ștefana, Lițeanu, Aurora, Micle, Mihai Ioan**, *Abordarea psihosocială a sinuciderii ca formă particulară a violenței*, Institutul Național de Criminologie, 2005, <http://www.criminologie.ro>, văzut la data de 26.05.2011
- Schröder-Butterfill Elisabeth and Marianti Ruly**, *Understanding Vulnerabilities in Old Age*, Volume 26, Aging & Society, Cambridge University Press 2006.
- Sorescu, Maria, Emilia**, *Asistența socială a persoanelor vârstnice*, Editura Tipografia Universității din Craiova, 2005
- Sorescu, Maria, Emilia**, *Bătrânețea între binecuvântare și blestem*, Editura Tipografia Universității din Craiova, 2008
- Stanciu, Mariana**, *Demografie, ocupare și consum în spațiul european*, în revista Calitatea Vieții - Revistă de politici sociale, anul XIV, nr.2, 2003.
- Șchiopu, Ursula**, *Psihologia modernă, către o teorie generală a vârstelor*, Editura Press, București, 2008
- Spilker, Bert**, *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, Lippincott-Raven, Philadelphia, 1996
- Stark, Evan, Flitcraft, Anne**, *Woman at risk : Domestic Violence and Women's*, Thousand Oaks, CA, Sage publications.
- Teșliuc, Mihaela, Cornelia, Pop, Lucian, Teșliuc, Daniel, Emil**, *Sărăcia și sistemul de protecție socială*, Editura Polirom, Iași, 2001.
- Țarcă, Mihai**, *Tratat de demografie*, Editura Junimea, Iași, 2008
- Țarcă, Mihai, Țarcă, Viorel, Țarcă, Mihaela**, *Elemente de demografie*, Editura Junimea, Iași, 2006
- United Nations Principles for Older Persons**, *Adopted by General Assembly resolution 46/91 of 16 December 1991*, <http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/olderpersons.pdf>
- Verza, Emil**, *Psihologia vârstelor*, Editura Pro Humanitate, București, 2000.
- Vlăsceanu, Zamfir**, *Dicționar de sociologie*, Editura Babel, București, 1993.
- Wallace Claire, Abbott Pamela**, *From quality of life to social quality: relevance for work and care*, in Europe Quality of life, XVIII, nr 1-2, 200
- Wenger NS, Solomon DH, Roth CP**, et al. *The quality of medical care provided to vulnerable community-dwelling older patients*, Annals of Internal Medicine, 2003.

Yapko D. Michael, *Hypnosis and the treatment of depressions: strategies for change*, Hardbound w/DJ, 1992

Zamfir, Elena, Preda, Marian (coordonatori), *Diagnoza problemelor sociale - studii de caz*, Editura Expert, București, 2000.

Legea 292, din 20 decembrie 2011 privind sistemul național de asistență socială, publicată în Monitorul Oficial nr. 905 din 20 decembrie 2011

Legea nr.19, din 17 martie 2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale; publicată în Monitorul Oficial nr. 140/1 aprilie 2000.

Legea nr. 17/2000, din 6 martie 2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, publicată în Monitorul Oficial nr.104 din 9 martie 2000.

Legea 220 din 2011 privind reforma în domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial nr. 851, din 30 noiembrie 2011.

Legea 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice, publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr.852, 20 decembrie 2010.

Legea 448 din 2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, publicată în Monitorul Oficial Nr.1006 din 18 decembrie 2006.

Legea nr.705/2001 privind sistemul național de asistență socială, publicată în Monitorul Oficial, Partea I/ nr.814 din 18.12.2001.

Hotărârea de Guvern nr. 886 din 5 octombrie 2000, pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice

Hotărârea de Guvern nr.829 din 31 iulie 2002 privind aprobarea Planului național antisărăcie și promovare a incluziunii sociale, publicată în Monitorul Oficial nr. 662 din 6 septembrie 2002

Hotărârea de Guvern nr. 539 din 9 iunie 2005 pentru aprobarea Nomenclatorului instituțiilor de asistență socială și a structurii orientative de personal, a Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a instituțiilor de asistență socială, precum și a Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 68/2003 privind serviciile sociale

Hotărârea de Guvern 729 din 14 iulie 2005 privind stabilirea nivelurilor alocației zilnice de hrană pentru consumurile colective din instituțiile publice de asistență socială, publicată în Monitorul Oficial 646 din 21 iulie 2005

Hotărârea de Guvern 1389 din 28 decembrie 2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, Publicată în Monitorul Oficial 895 din 30 decembrie 2010

Ordonanța de Guvern 68/2003, privind serviciile sociale publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 619 din 30.08.2003.