

PSYCHO- SOCIAL ASPECTS OF THE LIFE OF OLDER PEOPLE LIVING ALONE IN URBAN SETTINGS

***Adriana Florentina Calauz, Lecturer, PhD, Technical University of Cluj-
Napoca- Baia Mare Northern University Centre***

Abstract: Older people living alone are usually identified as a "risk group" that needs particular attention. These persons are much more likely to be socially isolated, to be in a position to need help from outside in case of illness or invalidity.

At global level, 40% of the persons aged sixty or above live independently, which means alone or with their partner. As the countries are developing and the population is continuously aging, the cases of those living alone will probably become more and more frequent among older persons in the future (United nations, 2013).

The purpose of this study is to explore the well-being and living conditions of the older persons living alone in urban settings.

The objectives of the study had in view: the state of health, loneliness, social support, physical activity, the use of health services and satisfaction of older persons living alone.

The background of research is represented by the community of older persons living alone in the urban areas.

The methods of research used were: the analysis of social records, participatory observation, methods of statistic analysis of data collected by means of a structured questionnaire containing eight sections each focused on the objectives of the research.

The results of the study allow a more detailed understanding of certain aspects in the life of older persons living alone in urban settings, that may help the suppliers of socio-medical services as well as other decision making factors to identify the most suitable methods and solutions to maintain or improve the lives of older persons.

Keywords: loneliness, old age, health, risk, life

Calitatea vieții persoanelor vârstnice

Îmbătrânirea populației devine acum un proces evident în întreaga lume, fiind fără precedent în istoria umanității. Una dintre cele mai importante caracteristici ale profilului demografic al populației în vârstă este creșterea procentului grupei persoanelor în vârstă care locuiesc singure, care se preconizează a se accelera rapid spre mijlocul secolului 21.

Cu noile schimbări ale stilului de viață și al valorilor familiei, în direcția îmbunătățirii condițiilor de viață precum și fluxul în creștere a populației tinere orientate spre nuclearizarea familiei, se schimbă modul de viață al generațiilor, iar numărul persoanelor în vârstă care trăiesc singure este în creștere.

Îmbătrânirea populației dezvoltă provocări majore pentru asistența socială precum asigurarea pensiilor, asigurarea sprijinului la domiciliu, îngrijirea sănătății, etc. Persoanele în vârstă suportă o progresivă depreciere generalizată a funcțiilor odată cu îmbătrânirea, rezultând o pierdere a răspunsului adaptativ la stres și un risc mai mare de boli asociate vârstei.

”Dezbaterea despre îngrijirea pe termen lung a persoanele în vârstă a ridicat problema cum va fi aceasta furnizată în viitor. Unii analiști cred că în următorii 20 ani vor vedea cum îngrijirea rezidențială va fi înlocuită de locuințele protejate.” Această predicție este rezultatul unui proiect de cercetare de 3 ani, cu privire la viața oamenilor până în anul 2020, realizată de Proiectul ”Mâine” (Valios, 2001)¹.

Creșterea populației persoanelor vârstnice este o împlinire a unei dorințe umane a longevității, dar aduce noi cerințe cu privire la îmbunătățirea sănătății oamenilor vârstnici, independenței și contribuției active în societate, precum și cerința de a răspunde eficient la provocările fizice, psihologice și sociale ale vârstei înaintate. Prin urmare, calitatea vieții a devenit un punct central și o concentrare a cercetării în multe domenii, cum ar fi medicina, științele sănătății și științele sociale.

Erikson consideră calitatea vieții ca fiind: "*comenzile individului asupra resurselor, sub formă de bani, bunuri, cunoștințe, energie mentală și fizică, relații sociale, securitate și așa mai departe, prin care individul poate controla și dirija conștient condițiile sale de viață*"².

¹ Natalie Valios, (2001), *The shape of care to come*, Community Care, no 1361, pp 18-19.

² Erikson R. (1993) Descriptions of inequality: the Swedish approach to welfare research. In *The Quality of life* (Nussbaum M. & Sen A. eds.). Clarendon Press, New York. Pg. 73

În plus, starea generală de sănătate și capacitatea funcțională au fost echivalate cu calitatea vieții, în unele studii de îngrijire a sănătății, în care cercetătorii s-au concentrat asupra sănătății, care a fost definită de către Organizația Mondială a Sănătății ca fiind: "*o stare completă de bunăstare fizică, mentală și socială*"³.

Scopul de a obține o viață prelungită a început să treacă spre scopul realizării unei vieți care "merită trăită", la care este adăugată "calitatea" vieții prin îmbunătățirea sănătății oamenilor vârstnici, independenței, activității și participării lor viața socială și economică.

Pentru a ajuta persoanele în vârstă să-și îmbunătățească calitatea vieții lor, este important să se cunoască factorii legați de calitatea vieții, plus, identificarea factorilor conecși care pot îmbunătăți acele intervenții care urmăresc promovarea "calității vieții".

Unii cercetători susțin că această calitate a vieții poate fi evaluată prin utilizarea unor indicatori obiectivi, cum ar fi venitul, educația și starea de sănătate, care au avantajul de a nu fi influențați de observator. În schimb, unii au propus utilizarea unor indicatori subiectivi, cum ar fi satisfacția în viață, respectul de sine și fericirea. Ei au argumentat că indicatori obiectivi sunt insensibili la sentimentele oamenilor și fiabilitatea lor este dificil de măsurat, în timp ce indicatorii subiectivi reflectă răspunsurile oamenilor, sentimentele și percepțiile din viața lor, care sunt reale și sunt temeiul acțiunilor lor ⁴.

Boala și sănătatea se înscriu într-o societate determinată și au relații cu o serie de alte dimensiuni ale societății⁵. Calitatea vieții de care vor beneficia "bunicii" va depinde de circumstanțele pozitive și negative de la începutul existenței lor, precum și de formele de ajutor și sprijin furnizate lor de generațiile următoare atunci când vor avea nevoie. (Consiliul National al Persoanelor Vârstnice, 2011)⁶. De aceea, în anchetele privind calitatea vieții, sănătatea este evaluată, în relație cu stării subiective de sănătate, cu o serie de parametri economici, sociali și culturali. Aceste corelații sunt obligatorii în analize, întrucât sănătatea, într-adevăr nu este o problemă izolată, de luat în considerare numai din perspectivă medicală.

³ World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva.

⁴ Farquhar M. (1995) Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine* **41**(10), 1439-1446.

⁵ Consiliul National al Persoanelor Vârstnice, (2011),

⁶ Ibidem pg. 15

Singurătatea poate fi definită ca un deficit între nivelurile actuale și dorite ale contactului social, este o stare emoțională de repulsie subiectivă reflectând experiența trăită de indivizi în lumea lor socială⁷.

Srijinul social se referă la resursele sociale pe care indivizii le percep a fi disponibile sau care sunt de fapt furnizate acestora de către profesioniști, în contextul unui grup formal de sprijin sau al relațiilor care ajută informal. Este un produs natural al relațiilor care prezintă anumite proprietăți sau implică anumite tipuri de interacțiuni, care poate umple golul dintre rețeaua socială și nevoia de contact social. Suportul social este un factor-cheie de mediu care ajută la îmbunătățirea sănătății persoanelor în vârstă, la participarea și securitatea acestora. În contextul suportului social se poate reduce singurătatea și depresia, se reduce riscul de tulburări cognitive, se îmbunătățește bunăstarea psihologică și satisfacția de viață, și este un predictor de supraviețuire a celor foarte bătrâni.

Organizația Mondială a Sănătății a raportat că a fi implicat în *activități fizice* poate întârzia declinul funcțional și apariția bolilor cronice, poate îmbunătăți sănătatea mentală și poate să promoveze contactele sociale. Persoanele în vârstă active fizic pot menține funcționarea sănătoasă mai mult decât persoanele mai în vârstă, sedentare. Inactivitatea fizică pe de altă parte, poate fi cel mai puternic predictor al depresiei și invalidității, și a fost identificată ca fiind al patrulea factor de risc principal de mortalitate la nivel mondial⁸.

Practicarea cu regulatitate a unei activități fizice poate întârzia declinul funcțional și reduce riscul maladiilor cronice, atât la persoanele vârstnice în stare bună de sănătate cât și la bolnavii cronici. De exemplu, o activitate fizică moderată reduce cu 20,0% riscul de deces cardiac la persoanele care suferă de o cardiopatie declarată. Aceasta poate sensibil atenua gravitatea incapacităților legate de cardiopatii și de alte afecțiuni cronice. La persoanele care și-au menținut o viață activă, sănătatea mentală e mai bună și contactele sociale sunt adesea favorizate⁹.

⁷ Luanaigh C.O. & Lawlor B.A. (2008) Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry* **23**(12), pg. 1213-1221.

⁸ World Health Organization. (2005). *World Health Organization Active aging: a policy framework*. Brasilia: Pan American Health Organization

⁹ Consiliul National al Persoanelor Vârstnice, (2010), *Modele de bune practice în asistența socială a persoanelor vârstnice*, http://www.cnpv.ro/pdf/analize2010_2011/studiu-modele-2010.pdf

Condițiile de locuit, inclusiv infrastructura, dotările, suportul în cazul deprecierei mobilității și cerințele spațiului sunt semnificativ legate de calitatea vieții.

Analiză asupra calității vieții vârstnicilor care locuiesc singuri în mediul urban

Scopul acestui studiu este de a analiza modul în care diferiți factori psihosociali influențează starea de bine, satisfacția față de diferite aspecte ale vieții persoanelor în vârstă care locuiesc singure în propria locuință.

Au fost stabilite următoarele *obiective*:

- explorarea stării de sănătate fizică și mentală, a singurătății percepute, a sprijinului social, a activității fizice, utilizarea serviciilor de sănătate, calitatea locuirii;

- analiza gradului de satisfacție a persoanelor în vârstă care locuiesc singure în locuințele proprii din perspectiva următoarelor aspecte: viața în general, sănătatea, relațiile sociale / de agrement și activitățile sociale, independență, control asupra vieții, libertatea, casa și cartierul, bunăstarea psihologică și emoțională, situația financiară, religia / cultura.

Populația țintă a acestui studiu a fost comunitatea persoanelor în vârstă care locuiesc singure în propriile locuințe. În acest studiu datele au fost colectate pe un eșantion aleatoriu de 275 de respondenți având vârsta cuprinsă între 60 - 99 de ani, cu o vârstă medie de 76.5 ani. Cei mai mulți dintre participanți au fost văduvi (96,1%), dar majoritatea participanților (98,7%) au copii dar care nu locuiesc la același domiciliu cu vârstnicul. Studiul a fost realizat în localitatea Baia Mare, oraș situat în nordul României. Populația orașului este de aproximativ 130000 de locuitori.

Cercetarea a fost structurată pe mai multe secțiuni menite a colecta date despre: starea de sănătate mintală, starea de sănătate fizică și capacitatea funcțională, activitatea fizică, sănătatea auto-evaluată, starea de singurătate, sprijinul social, utilizarea serviciilor de sănătate, calitatea locuirii, gradul de satisfacție al persoanelor față de diversele aspecte ale vieții lor.

Datele socio-demografice colectate au inclus vârsta, genul, etnia, statutul marital, ocupația dinaintea pensionării, nivelul de educație, venitul lunar.

Pentru evaluarea *funcției cognitive*, au fost formulate 10 întrebări de testare a unor zone intelectuale, inclusiv orientarea, memoria de scurtă și lungă durată, cunoștințe generale și abilități matematice. Toate răspunsurile au fost înregistrate și s-a acordat câte un punct

fiecărui răspuns corect. Un scor ajustat de 8-10 puncte(0-2 erori), a indicat o funcție cognitivă intactă, 6-7 puncte (3-4erori) a indicat insuficiență cognitiv ușoară, 3-5 puncte (5-7 erori) a indicat tulburari cognitive moderate, și 0-2 puncte (8-10 erori) a indicat tulburări cognitive severe.

În evaluarea *depresiei*, s-a utilizat un chestionar ce cuprinde 15 întrebări cu privire la simptome depresive experimentate timp de o săptămână. Fiecare întrebare a fost evaluată pe o scală dihotomică de "da" sau "nu". Un scor ridicat de răspunsuri afirmative, indicând un nivel mai ridicat de depresie.

În ce privește starea de sănătate fizică, participanții au fost rugați să enumere toate bolile cronice pe care le-au avut și să raporteze dacă au experimentat orice fel de boli acute în ultima lună.

Pentru a măsura *capacitatea funcțională* a fost utilizat un chestionar care include 14 articole pe două direcții: auto-întreținerea fizică și activitățile esențiale în viața de zi cu zi. Această versiune a fost pusă pe o scală de evaluare cu patru puncte, cu un scor mai mic indicând un nivel mai ridicat al capacității funcționale: 4-realizarea activităților total independent, 3- ceva ajutor, 2- mult ajutor, 1- total dependent.

Sănătatea auto-evaluată a fost măsurată prin întrebarea: "Cum ați considera starea dumneavoastră de sănătate curentă?", având patru posibile răspunsuri: foarte bună, bună, precară, și foarte precară.

Singurătatea percepută a fost măsurată printr-un chestionar cu 20 de itemi pentru a evalua sentimentele subiective de singurătate sau izolare socială la adulți, cu 11 articole formulate într-o direcție negativă (singuratic) și nouă articole formulate într-o direcție pozitivă (non-singuratic). Fiecare element a fost evaluat cu patru răspunsuri posibile: nu (= 1), mai rar (= 2), uneori (= 3) și întotdeauna (= 4), obținându-se o serie a scorurilor de 20 până la 80, cele cu un scor mai mare denotă un nivel mai ridicat de singurătate. Un scor de 20-34 a indicat un nivel scăzut de singurătate, 35-49 a indicat un nivel moderat, 50-64 a indicat un nivel moderat ridicat, și 65-80 a indicat un nivel ridicat.

Suportul social a fost măsurat prin întrebări cu referire la rețeaua de relații sociale și sursele de susținere instrumentală (asistența financiară, sprijin emoțional), răspunsurile fiind: 1- niciodată, 2-rar, 3-uneori, 4-întotdeauna.

Utilizarea serviciilor de sănătate a fost evaluată fiind întrebați dacă au apelat la serviciile medicale când au fost bolnavi. *Satisfacția utilizării serviciilor de sănătate* a fost măsurată întrebând cât sunt de mulțumiți de serviciile de sănătate, S-a folosit o scala de cinci puncte: 5-foarte mulțumit, 4-mulțumit, 3-neutru, 2-nemulțumit și 1-foarte nemulțumiți.

Măsurarea *satisfacției utilizării locuinței* s-a făcut cu ajutorul răspunsurilor (foarte mulțumit, mulțumit, neutru, nemulțumit și foarte nemulțumiți), față de mărimea locuinței, baia, bucataria, distanța față de copii sau rude, comoditatea transportului public și a condițiilor de locuit în general.

Pentru a măsura *gradul de satisfacție al persoanelor vârstnice față de calitatea vieții lor*, s-a utilizat un chestionar care a cuprins 30 de afirmații referitoare la : viața în ansamblu (patru articole), sănătatea (patru articole), relațiile sociale/de agrement și activitățile sociale (opt articole), independența, controlul asupra vieții și libertății (cinci articole), casa și cartierul (patru elemente), bunăstarea psihologică și emoțională (patru elemente), circumstanțele financiare (patru articole), și religia/cultura (două articole). Fiecare element a fost evaluat pe o scala de la 1 la 5: 5-acord total, 4-acord parțial, 3-acord, 2-dezacord parțial, 1-dezacord total. Suma punctajului sub 50, indica o satisfacție scăzută, între 50 și 100- o satisfacție medie, peste 100-satisfacție mare.

Prelucrarea și analiza statistică a datelor s-a realizat cu ajutorul programului SPSS, varianta 20, fiind realizate analize de frecvențe simple și încrucișate, cât și corelații bivariate și multivariate pentru a măsura diferențele și relațiile semnificative între variabile.

Rezultatele cercetării

Privind analiza satisfacției față de calitatea vieții lor, cei mai mulți 44% , declară un grad ridicat de satisfacție, 31% au o satisfacție medie și 25% -scăzută.

Prin calculul mediilor de răspuns, afirmații cu grad mare de satisfacție , s-a obținut la aspectele de "independență/ controlul asupra vieții , "libertății", cu grad mediu de satisfacție, în ce privește: "viața în general", "relațiile sociale/de agrement și activități sociale", casa și cartierul", "religie/cultură", Dimensiunea "Sănătate" îndeplinea limita medie. Rezultatele au fost slabe în privința "bunăstării psihologice și emoționale" și în ceea ce privește "situația financiară".

Din calculul indicatorilor Pearson și Sperrman, precum și a pragului de semnificație (p), rezultă că gradul de satisfacție privind calitatea vieții este influențat semnificativ de: vârstă, nivel de educație, ocupația anterioară, nivelul economic, calitatea locuirii.

Nu au existat relații semnificative între satisfacția asupra calității vieții și gen sau stare civilă.

Cu privire la felul în care vârsta influențează calitatea vieții, participanții din grupul celor mai vârstnici au raportat cea mai joasă satisfacție a vieții, în timp ce din grupul vârstnicilor "tineri" au raportat cea mai înaltă calitate a vieții.

Participanții cu un nivel ridicat de educație (studii superioare) sau un nivel economic mai ridicat au raportat cea mai înaltă satisfacție asupra vieții.

Prezența bolilor cronice și acute, numărul bolilor cronice, funcția cognitivă, depresia, capacitatea funcțională și starea de sănătate auto-evaluată, influențează gradul de satisfacție al participanților.

Participanții care nu au boli cronice, boli acute, depresie, care au funcția cognitivă intactă au raportat o satisfacție a vieții mai înaltă.

Participanții cu un grad ridicat al capacității funcționale au raportat un nivel mediu al calității vieții, în timp ce persoanele cu un nivel scăzut al capacității funcționale, au raportat cel mai mic nivel de satisfacție.

Varstnicii cu o sănătate mai bună auto-evaluată, se declară satisfăcuți față de calitatea vieții.

Există diferențe semnificative statistic între participanți în ceea ce privește gradul de singurătate și satisfacția privind calitatea vieții ($p=0,04$). Satisfacția calității vieții este scăzută la persoanele cu o singurătate severă,

Există o corelație semnificativă ($p=0,01$)] între satisfacția față de calitatea vieții și gradul de sprijin social. Satisfacția față de calitatea vieții este înaltă la persoanele care au raportat un nivel mai ridicat de sprijin social, și scăzută la participanții care au raportat un nivel scăzut de sprijin social,

Cei care utilizează frecvent serviciile de sănătate au raportat o satisfacție mare față de calitatea vieții lor ($p=0,04$).

Activitatea fizică este, de asemenea, într-o relație semnificativă ($p=0,01$) cu percepția asupra vieții, astfel încât participanții angajați în activități fizice adecvate (44%), au raportat o

satisfacție de viață crescută, decât cea a celor care au niveluri reduse de activitate fizică (32%).

Cei care prezintă condiții bune de locuire, au raportat și cel mai înalt nivel al satisfacției asupra calității vieții ($p=0,02$),

Calitatea vieții participanților crește odată cu creșterea nivelului sănătății auto-evaluate ($p=0,02$) și a capacității funcționale ($p=0,04$). Cei care au evaluat starea lor de sănătate ca fiind bună, au raportat o satisfacție a vieții mai înaltă decât cei care s-au autoevaluat ca având o stare de sănătate slabă. Cei cu un nivel ridicat al capacității funcționale au raportat o calitate a vieții mai înaltă decât cei care au un nivel scăzut al capacității funcționale.

Participanții identificați cu depresie au raportat o satisfacție a vieții scăzută ($p=0,03$).

În analizele bivariante și multivariante, obținerea unor praguri de semnificație sub 0,05, și a indicelui Pearson între 0,8 și 1, ne arată calitatea vieții în relație semnificativă cu satisfacția privind condițiile generale de locuit, sănătatea auto-evaluată, capacitatea funcțională, depresia, nivelul economic, sprijinul social, singurătatea, ocupația anterioară, satisfacția față de serviciile de sănătate, vârstă, nivelul de educație, prezența bolilor cronice, prezența unor boli acute, activitatea fizică, funcția cognitivă și zona rezidențială.

Rezultă că satisfacția în legătură cu condițiile generale de locuit, sănătatea auto-evaluată, capacitatea funcțională, depresia, nivelul economic, sprijinul social, singurătatea, ocupația anterioară, satisfacția față de serviciile de sănătate, sunt predictorii ai calității vieții, pe baza datelor obținute, putându-se dezvolta un model explicativ al calității vieții persoanelor în vârstă care locuiesc singure.

BIBLIOGRAPHY:

1. Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice, (2010), Modele de bune practică în asistența socială a persoanelor vârstnice, http://www.cnpv.ro/pdf/analize2010_2011/studiu-modele-2010.pdf
2. Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice, "Situția socio-economică a persoanelor vârstnice din România și din țările Uniunii Europene-prezent și perspective de evoluție-", mai-2011.

3. Erikson R. (1993) Descriptions of inequality: the Swedish approach to welfare research. In *The Quality of life* (Nussbaum M. & Sen A. eds.). Clarendon Press, New York. Pg. 73
4. Farquhar M. (1995) Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine* 41(10), 1439-1446.
5. Luanaigh C.O. & Lawlor B.A. (2008) Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23(12), pg. 1213-1221.
6. Natalie Valios, (2001), *The shape of care to come*, Community Care, no 1361, pp 18-19.
7. World Health Organization. (2005). *World Health Organization Active aging: a policy framework*. Brasilia: Pan American Health Organization
8. World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva.