

# IMPACTUL SUPORTULUI SOCIAL ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII VÂRSTNICILOR INSTITUȚIONALIZAȚI

Andreea SALCUDEAN<sup>1</sup>, Ramona Amina POPOVICI<sup>2\*</sup>, Laria-Maria TRUSCULESCU<sup>2</sup>, Diana NASTASĂ<sup>3</sup>, Marius CIUTAN<sup>3</sup>, Dana Emanuela PITIC<sup>4</sup>, Adina FEHER<sup>4</sup>, Ioana-Cristina TALPOS-NICULESCU<sup>5</sup>, Andreea Mihaela KIȘ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Departamentul de Bioetică, Deontologie și Comunicare Medicală, Universitatea de Medicină, Farmacie, Știință și Tehnologie George Emil Palade din Târgu Mureș, 540142 Târgu Mureș, România;

[andreea.salcudean@umfst.ro](mailto:andreea.salcudean@umfst.ro)

<sup>2</sup> Departamentul de Management și Comunicare în Medicină Dentară, Departamentul I, Facultatea de Medicină Dentară, Universitatea de Medicină și Farmacie Victor Babeș Timișoara, 300041 Timișoara, România; [kis.andreea@umft.ro](mailto:kis.andreea@umft.ro);

[ramona.popovici@umft.ro](mailto:ramona.popovici@umft.ro); [laria.trusculescu@umft.ro](mailto:laria.trusculescu@umft.ro)

<sup>3</sup> Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate București, România; [dnastasa@inmss.ro](mailto:dnastasa@inmss.ro), [mciutan@inmss.ro](mailto:mciutan@inmss.ro)

<sup>4</sup> Școala Doctorală, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” Timișoara, 300041 Timișoara, România; [dana.pitic@umft.ro](mailto:dana.pitic@umft.ro); [adina.feher@umft.ro](mailto:adina.feher@umft.ro)

<sup>5</sup> Clinica de Diagnostic Oro-Dentar și Ergonomie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, 300041 Timișoara, România [ioana.talpos-niculescu@umft.ro](mailto:ioana.talpos-niculescu@umft.ro)

\*Autor corespondent: Ramona Amina POPOVICI\* ([ramona.popovici@umft.ro](mailto:ramona.popovici@umft.ro))

## INTRODUCERE

Speranța de viață a crescut semnificativ, chiar și față de acum 10 ani. În contextul actual, îmbătrânirea populației este una dintre principalele provocări demografice și sociale cu care se confruntă societatea secolului XXI. Bunăstarea vârstnicilor devine o prioritate. Societatea și sistemele de sănătate au roluri cheie pentru a le asigura bunăstarea la vârste înaintate prin suport social, dar și prin relații interpersonale, pentru a reduce riscul de depresie sau alte probleme de sănătate mintală, pentru a menține sau îmbunătăți sănătatea fizică și pentru a prelungi durata de viață într-o stare de sănătate bună [1].

Suportul social este definit ca totalitatea resurselor emoționale, informaționale și practice oferite de către rețelele sociale ale individului. Așadar, suportul social al vârstnicului include sprijinul primit de la membri ai familiei până la prieteni sau alte persoane semnificative din viața acestuia. Studiile validează impactul pozitiv al suportului social în ceea ce privește starea de sănătate fizică și mintală a vârstnicilor [2]. Suportul social are numeroase avantaje care contribuie la bunăstarea indivizilor: sprijinul emoțional (care ajută la reducerea stresului și la îmbunătățirea sănătății mintale), sprijinul practic (care oferă ajutor concret în activitățile cotidiene), și sprijinul informațional (care oferă acces la resurse și informații utile). Cei care s-

**INTRODUCERE:** Scopul acestui studiu a fost de a investiga impactul suportului social și al relațiilor interpersonale asupra bunăstării persoanelor vârstnice instituționalizate. De asemenea, studiul a urmărit să evalueze în ce măsură acești factori influențează percepția despre propria sănătate fizică și mintală și să exploreze potențiale intervenții bazate pe suport social pentru îmbunătățirea calității vieții.

**METODE:** A fost realizat un studiu transversal, observațional, desfășurat în perioada ianuarie-aprilie 2024, în cămine de vârstnici și cabinete de medicină de familie din județul Hunedoara. Eșantionul a inclus 163 de participanți cu vârsta peste 65 de ani, dintre care 48 instituționalizați și 115 neinstituționalizați. Datele au fost colectate prin administrarea față în față a unor chestionare validate, inclusiv Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Geriatric Depression Scale – forma scurtă (GDS) și Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7). Analiza statistică descriptivă (medie, mediană, frecvențe și procente) a fost realizată utilizând Microsoft Excel.

**REZULTATE:** Persoanele vârstnice instituționalizate au raportat un nivel semnificativ mai scăzut de suport social perceput atât din partea familiei, cât și a prietenilor, comparativ cu cele neinstituționalizate. Un procent ridicat dintre participanții instituționalizați și-au exprimat nemulțumirea față de suportul familial și o capacitate redusă de a comunica problemele personale. În mod similar, aceștia au raportat un sprijin emoțional mai redus din partea prietenilor și mai puține interacțiuni sociale semnificative. Starea de sănătate fizică autoevaluată a fost, în general, slabă în ambele grupuri, cu percepții mai negative în rândul persoanelor instituționalizate. Depresia și anxietatea au fost prezente în ambele grupuri, cu rate ușor mai crescute de depresie ușoară și moderată și anxietate severă în rândul participanților instituționalizați.

**DISCUȚII ȘI CONCLUZII:** Rezultatele evidențiază rolul esențial al suportului social în determinarea stării de sănătate fizică și mintală a persoanelor vârstnice, în special a celor instituționalizate. Interacțiunea familială redusă și rețelele sociale limitate contribuie la creșterea stresului emoțional și la scăderea calității vieții. Intervențiile care vizează consolidarea suportului social precum încurajarea implicării familiei, facilitarea relațiilor și implementarea programelor sociale structurate pot îmbunătăți semnificativ bunăstarea acestora. O abordare holistică și interdisciplinară a îngrijirii vârstnicilor, care să integreze suportul medical, psihologic și social, este esențială pentru optimizarea rezultatelor de sănătate și a calității vieții în această populație vulnerabilă.

**Cuvinte cheie:** Suport social, vârstnic, pacient instituționalizat, abordare integrată, abordare multidisciplinară

au bucurat de suport social adecvat, au prezentat o reducere a nivelului de stres, a riscului de depresie și a anxietății [3,4], o capacitate mai bună de a face față dificultăților cotidiene.3 și poate chiar de o îmbunătățire a sănătății fizice și o prelungire a vieții [4].

Relațiile interpersonale apropiate și de încredere le conferă sentimentul de securitate și apartenență, având impact semnificativ asupra bunăstării vârstnicilor. La polul opus, lipsa acest tipuri de relații poate duce la izolarea socială și singurătate, factori care au fost identificați ca fiind predictorii puternici ai declinului fizic și mintal pentru persoanele în vârstă [5]. Vârstnicii se confruntă cu diferite și multiple provocări: pierderea partenerului de viață, pierderea prietenilor apropiați, și poate chiar pierderea independenței fizice, toate acestea crescând riscul de izolare socială, anxietate sau depresie. Peste toate acestea se pot adăuga boli cronice, dizabilități și declin cognitiv sau fizic.

Conform datelor statistice, peste 80% dintre

vârstnici suferă de cel puțin o afecțiune cronică (hipertensiunea arterială, diabetul zaharat sau artrita), iar peste 50% au cel puțin două afecțiuni cronice [6,7]. Chiar dacă unii sunt mai norocoși, odată cu înaintarea în vârstă organismul uman trece inevitabil printr-o serie de modificări fiziologice care le reduc din capacitatea fizică și uneori chiar din independența fizică.

Roluri cheie în furnizarea serviciilor de îngrijire și în furnizarea suportului social au asistenții medicali, asistenții sociali și personalul de îngrijire. Ei oferă suport emoțional, consiliere, dar și intervenții personalizate în funcție de nevoile identificate [3].

Furnizarea suportului social pentru vârstnici întâmpină provocări și dificultăți: resursele umane sunt limitate, finanțarea nu este întotdeauna suficientă pentru a acoperi toate serviciile necesare și accesibilitatea în zonele rurale sau izolate este dificilă sau lipsește. În unele cazuri se adaugă și bariere lingvistice sau culturale. În anumite comunități, vârstnicii se confruntă din păcate cu discriminarea pe bază de vârstă și cu stigmatizarea.

Tranziția dintr-un mediu social către o instituție de îngrijire poate fi un proces dificil, marcat de sentimente de pierdere. Cu toate că beneficiază de acces la asistență medicală și socială în permanență, ei pot resimți izolare și pierderea autonomiei. În procesul de îngrijire a vârstnicilor, adesea se pune accentul doar pe îngrijirea fizică, cum ar fi administrarea medicamentelor și îngrijirea corporală, în timp ce nevoile emoționale și sociale sunt neglijate. Așadar, în procesul de adaptare la noul mediu trebuie menținute relațiile interpersonale, suportul social în perioada de tranziție având un rol crucial [8].

Motivația principală pentru această cercetare derivă din dorința de a îmbunătăți calitatea vieții vârstnicilor instituționalizați prin promovarea unor intervenții eficiente bazate pe dovezi. Acest studiu își propune să evalueze impactul pe care îl au suportul social și relațiile interpersonale în viața și asupra bunăstării vârstnicilor instituționalizați. Se dorește identificarea factorilor care contribuie cel mai mult la bunăstarea acestui grup vulnerabil, prin prisma percepției vârstnicilor legată de suportul social de care beneficiază și de calitatea relațiilor interpersonale pe care le au. Studiul va explora și potențiale intervenții [9] pentru a îmbunătăți stadiul actual. Politicile publice și programele de intervenție adecvate trebuie bazate pe dovezi [10], iar acest studiu își propune să fie o cercetare care poate fi folosită ca evidență în acest sens. Prin conștientizarea și înțelegerea aprofundată a rolului suportului social și a relațiilor interpersonale pentru persoanele vârstnice, se poate contribui semnificativ la crearea unor medii instituționale care să asigure bunăstarea și calitatea vieții acestora [11-13].

## SCOP

Scopul acestui studiu este de a investiga impactul suportului social și al relațiilor interpersonale în bunăstarea vârstnicilor instituționalizați. Studiul urmărește să determine în ce măsură acești factori influențează starea de sănătate fizică și mintală a participanților și să exploreze potențiale intervenții bazate pe suport social și dacă acestea pot îmbunătăți calitatea vieții acestora.

## MATERIALE ȘI METODE

S-a realizat un studiu de cercetare de tip transversal, observațional, în care a fost analizată percep-

ția vârstnicilor privind nevoia pentru suport social. Studiul a analizat perioada ianuarie-aprilie 2024. Acesta a fost realizat în cămine de vârstnici și cabinete medici de familie din județul Hunedoara.

Datele au fost culese direct, prin administrarea de chestionare Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), adresate vârstnicilor, care au cuprins:

- informații demografice,
- evaluarea relațiilor cu membri familiei și cu prietenii,
- evaluarea bunăstării fizice și sociale,
- evaluarea depresiei,
- evaluarea anxietății.

Pentru evaluarea statusului depresiv s-a aplicat testul Geriatric Depression Scale (GDS) – Versiunea scurtată. Pentru evaluarea nivelului de anxietate s-a aplicat chestionarul Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7).

Aceste chestionare se regăsesc în Anexa 1.

**Eșantionul:** a fost format din 163 de subiecți vârstnici, cu vârsta peste 65 ani, instituționalizați 48 și neinstituționalizați 115.

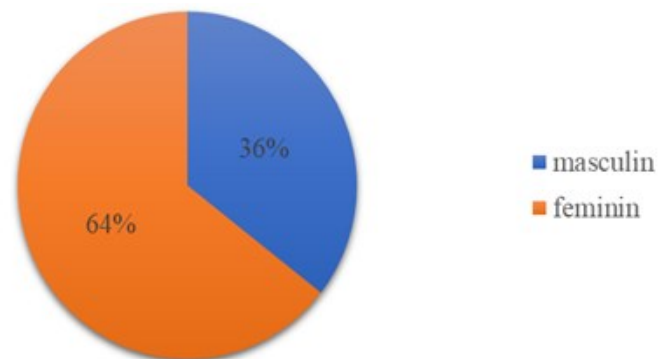
**Colectarea Datelor:** datele au fost colectate prin administrarea față în față a chestionarelor de către asistenții medicali sau alte persoane instruite din centrul de vârstnici, pentru a asigura înțelegerea întrebărilor și completarea corectă a răspunsurilor. Chestionarele au fost aplicate într-o sală comună sau în camerele individuale ale vârstnicilor, după caz, în funcție de preferințele și necesitățile acestora, respectând intimitatea acestora.

**Analiza Statistică:** statistica descriptivă a inclus calcularea mediei, mediane, frecvenței și procentelor pentru fiecare variabilă. S-a utilizat aplicația Excel din pachetul Microsoft Office.

## REZULTATE

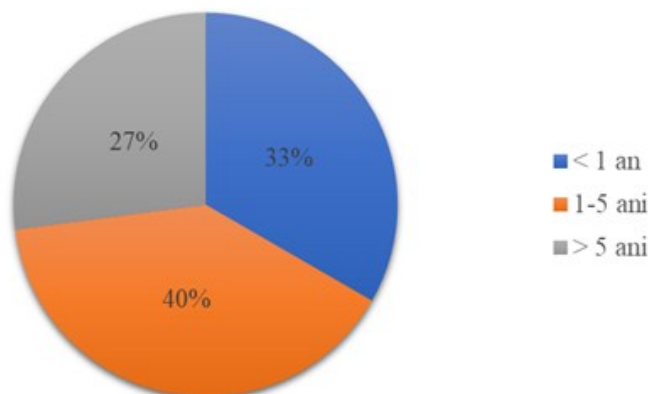
Din totalul eșantionului format din 163 subiecți, 64% au fost de sex feminin și 36% de sex masculin, 51% fiind văduvi, mai mulți cei instituționalizați într-o proporție de 75%, 30% fiind căsătoriți, predominant cei neinstituționalizați, 12% sunt singuri, dintre aceștia 66% sunt instituționalizați și 7% au fost divorțați. (Figura 1)

Figura 1. Distribuția pe sexe a eșantionului



Dintre cei instituționalizați 27% sunt instituționalizați de peste 5 ani, 33% de mai puțin de un an și 40% de o perioadă cuprinsă între 1 și 5 ani. (Figura 2)

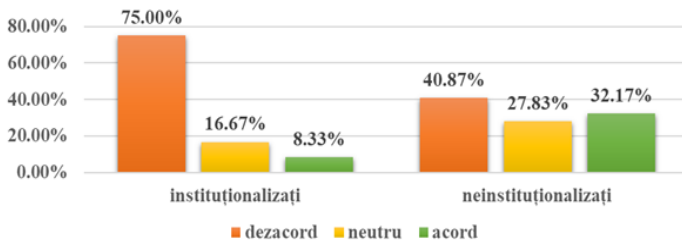
**Figura 2. Distribuția participanților instituționalizați în funcție de durata instituționalizării**



În prima parte a chestionarului a fost evaluată relația cu membrii familiei.

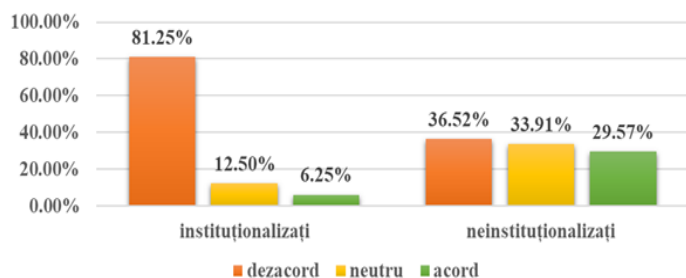
O primă afirmație din chestionarul administrat a fost „Familia mea mă ajută cu adevărat să mă simt bine”, la care participanții au răspuns după cum urmează: 75% dintre subiecții din lotul instituționalizat sunt în dezacord (comparativ cu doar 46,87% din lotul neinstituționalizat) și în acord 8,33% dintre cei instituționalizați (comparativ cu 32,17% dintre subiecții neinstituționalizați). Restul până la 100% s-au declarat neutri în acest sens. (Figura 3)

**Figura 3. Percepția participanților privind afirmația „Familia mea mă ajută cu adevărat să mă simt bine”, în funcție de statutul de instituționalizat/neinstituționalizat**



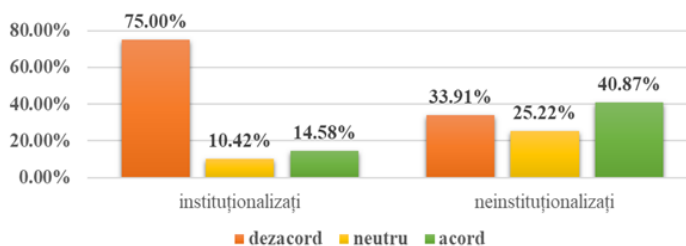
Percepția subiecților privind posibilitatea de a discuta cu membrii familiei problemele lor s-a distribuit după cum urmează: 81,25% dintre subiecții din mediul instituționalizat s-au exprimat în dezacord, 11,50% neutri și 6,25% în acord, comparativ cu participanții neinstituționalizați care s-au declarat 36,25% în dezacord, 33,91% neutri și 29,57% în acord. (Figura 4)

**Figura 4. Percepția privind posibilitatea de a discuta cu membrii familiei problemele lor, în funcție de statutul de instituționalizat/neinstituționalizat**



O altă cerință a chestionarului a fost ca participanții să evalueze afirmația „Familia mea este pregătită să mă ajute să iau decizii”. La fel ca la întrebările anterioare subiecții instituționalizați sunt 75% în dezacord, 11,42% neutri și 14,58% în acord, comparativ cu cei neinstituționalizați care sunt 33,91% în dezacord, 8,22% neutri și în acord 40,87%. (Figura 5)

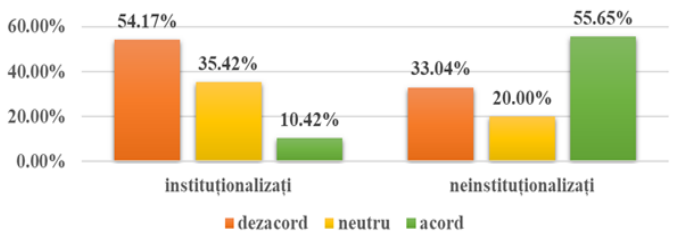
**Figura 5. Percepția privind afirmația „Familia mea este pregătită să mă ajute să iau decizii”, în funcție de statutul de instituționalizat/neinstituționalizat**



Următoarea parte a chestionarului s-a concentrat pe relațiile cu prietenii.

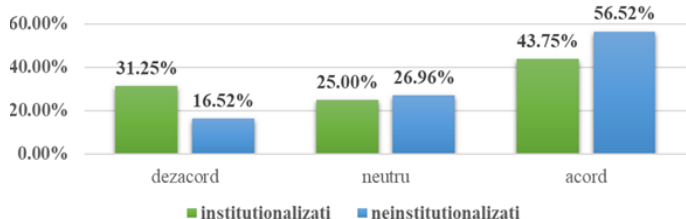
La început a fost evaluată percepția privind afirmația „Prietenii mei îmi oferă sprijin emoțional”. S-a observat un puternic contrast în răspunsuri între subiecții instituționalizați unde majoritatea (54,17%) s-au declarat în dezacord, iar majoritatea celor neinstituționalizați (55,65%) s-au declarat în acord cu afirmația. Neutrii au fost 35,42% dintre subiecții instituționalizați și 20% dintre cei neinstituționalizați. (Figura 6)

**Figura 6. Percepția participanților privind afirmația „Prietenii mei îmi oferă sprijin emoțional”, în funcție de statutul de instituționalizat/neinstituționalizat**



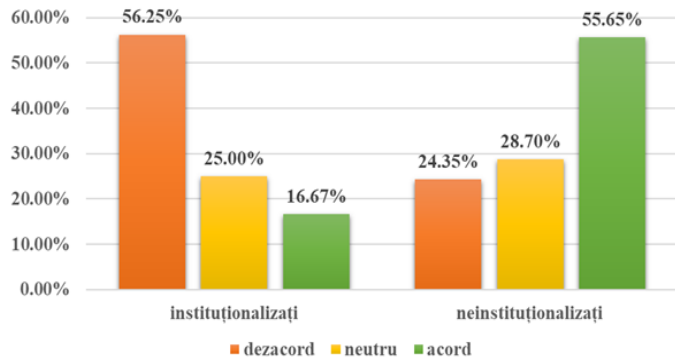
De asemenea, participanții au avut de evaluat afirmația „Pot conta pe prietenii mei atunci când am nevoie”. În ambele grupuri rezultatele au fost asemănătoare: 43,75% dintre subiecții instituționalizați și 56,52% dintre cei neinstituționalizați s-au declarat în acord, iar 31,25% dintre cei instituționalizați și 18,52% dintre cei neinstituționalizați s-au declarat în dezacord cu afirmația amintită. (Figura 7)

**Figura 7. Percepția privind afirmația „Pot conta pe prietenii mei atunci când am nevoie”, în funcție de statutul de instituționalizat/neinstituționalizat**



„Am prieteni cu care pot să împărtășesc bucuriile și necazurile” a relevat din nou un contrast de percepție între cei instituționalizați comparativ cu cei neinstituționalizați: 56,25% dintre cei instituționalizați s-au exprimat în dezacord și doar 16,67% în acord, iar 56,65% dintre cei neinstituționalizați s-au exprimat în acord și doar 24,35% în dezacord. (Figura 8)

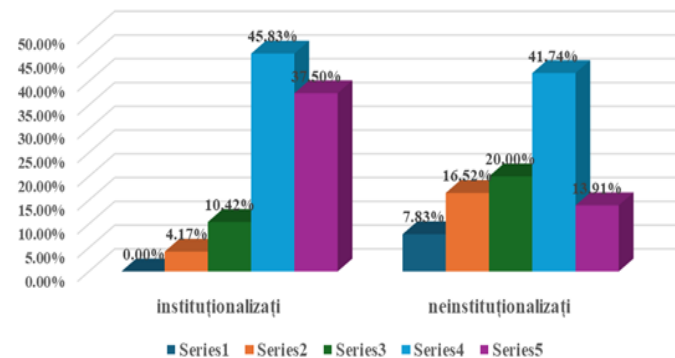
**Figura 8. Percepția privind „Am prieteni cu care pot să împărtășesc bucuriile și necazurile”, în funcție de statutul de instituționalizat/neinstituționalizat**



În partea următoare a chestionarului, participanții și-au auto-evaluat starea de sănătate.

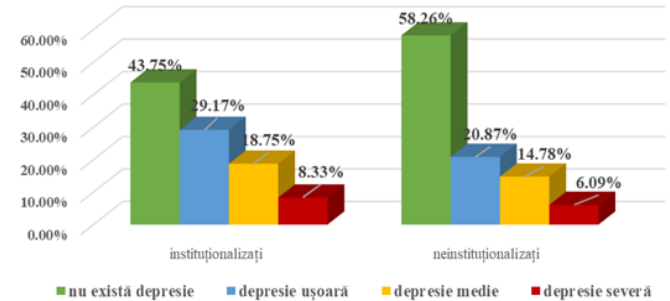
Astfel, percepția privind starea de sănătate fizică a subiecților a relevat că majoritatea subiecților din ambele loturi consideră că au o stare de sănătate slabă (45,83% dintre cei instituționalizați și 41,74% din cei neinstituționalizați) și foarte slabă (37,5% dintre cei instituționalizați și 13,91% dintre cei neinstituționalizați). O parte și-au evaluat starea de sănătate ca fiind medie: 20% cei neinstituționalizați și 10,42% cei instituționalizați. (Figura 9)

**Figura 9. Percepția privind starea de sănătate fizică unde 1= foarte bună, 2=bună, 3=medie, 4= slabă, 5 = foarte slabă; în funcție de statutul de instituționalizat/neinstituționalizat**



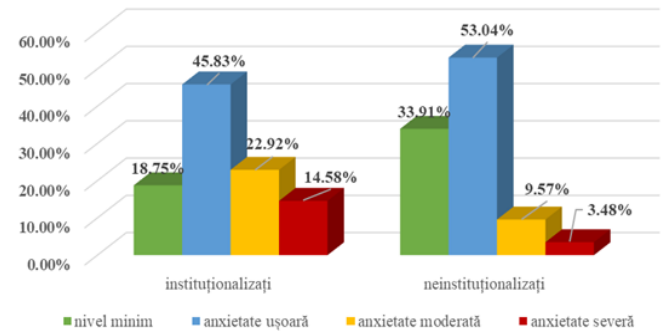
În etapa următoare, participanților li s-a aplicat testul GDS pentru evaluarea statusului depresiv. În urma analizei rezultatelor 24,17% dintre subiecții instituționalizați și 20,87% dintre cei neinstituționalizați suferă de o depresie ușoară, 18,75% dintre cei neinstituționalizați și 14,78% dintre subiecții instituționalizați suferă de o depresie medie și 8,33% dintre subiecții instituționalizați și 6,33% dintre cei neinstituționalizați suferă de o depresie severă. (Figura 10)

**Figura 10. Statusul depresiv al participanților, evaluat cu ajutorul Geriatric Depression Scale – Versiunea Scurtă, în funcție de statutul de instituționalizat/neinstituționalizat**



Pentru a măsura nivelul de anxietate al participanților, li s-a aplicat în continuare chestionarul GAD-7. Analiza răspunsurilor oferite prin acest chestionar a relevat că 45,83% dintre subiecții instituționalizați și 53,04% din cei neinstituționalizați suferă de o anxietate ușoară. 22,92% dintre cei neinstituționalizați și 9,57% dintre cei instituționalizați suferă de o anxietate moderată. 14,58% din cei instituționalizați și 6,48% dintre cei neinstituționalizați suferă de anxietate severă. (Figura 11)

**Figura 11. Nivelul de anxietate al participanților, evaluat cu ajutorul chestionarului Generalized Anxiety Disorder 7, în funcție de statutul de instituționalizat/neinstituționalizat**



## DISCUȚII

Studiul de față a comparat două loturi de vârstnici: din instituții de îngrijire și cei care locuiesc în propria casă. Au fost analizate o serie de aspecte legate de sănătate, bunăstare și calitatea vieții [14-18]. Rezultatele obținute au evidențiat diferențe semnificative între cele două grupuri, oferind o dovadă importantă asupra impactului mediului de viață asupra vârstnicilor.

Rezultatele prezentate anterior legate de percepția vârstnicilor asupra suportului familial sau legate de comunicare problemelor cu membrii familiei sugerează că în rândul celor instituționalizați suportul familial este perceput ca fiind semnificativ mai redus, la fel și posibilitatea de comunicare cu aceștia. Acest lucru se regăsește și în literatură (19,20) și poate fi explicat prin distanțarea fizică inițială, care este urmată de distanțarea emoțională, adesea atunci când vârstnicii se mută în instituții. Lipsa interacțiunii familiale și izolarea socială sunt probleme care apar frecvent la persoanele instituționalizate vârstnice [21].



La polul opus, există studii care atestă că vârstnicii care locuiesc la domiciliu și beneficiază de suport social puternic au rezultate semnificativ mai bune legate de sănătatea fizică și mintală [22]. De aici derivă și senzația că nu pot discuta problemele personale cu familia, pentru că se simt adesea izolați și incapabili de a comunica. Cu toate acestea, nu întotdeauna este posibil ca vârstnicul să rămână la domiciliu. Pentru a beneficia de cele mai bune îngrijiri, familiile îi instituționalizează. Strategiile de îngrijire ar trebui să includă, în aceste cazuri, programe de vizite familiale frecvente și comunicarea regulată cu membrii familiei (telefonic sau prin mijloace digitale), prin înglobarea tehnologiilor moderne de comunicare în viața vârstnicului instituționalizat [23].

În ceea ce privește percepția participanților legată de afirmația „Prietenii mei îmi oferă sprijin emoțional”, s-a observat un contrast puternic între răspunsurile celor instituționalizați și ale celor neinstituționalizați: majoritatea subiecților instituționalizați (54,17%) s-au declarat în dezacord, iar la polul opus 55,65% dintre cei neinstituționalizați au fost în acord cu afirmația. Acest rezultat sugerează că vârstnicii instituționalizați percep semnificativ mai redus sprijinul emoțional din partea prietenilor comparativ cu cei neinstituționalizați. Prietenii reprezintă, în viața fiecăruia, o sursă importantă de sprijin emoțional. Lipsa acestui sprijin poate duce la o izolare socială și emoțională mai mare în rândul vârstnicilor din instituții. Studiile de specialitate confirmă faptul că prietenii sunt esențiali pentru sănătatea emoțională a vârstnicilor, iar lipsa sprijinului lor este asociată cu o deteriorare a stării de bine (11). Legat de afirmația „Pot conta pe prietenii mei atunci când am nevoie”, aproape jumătate din fiecare grup au fost de acord. Totuși, deși un procent semnificativ dintre subiecții din ambele grupuri simt că pot conta pe prietenii lor, există o discrepanță notabilă între grupuri: vârstnicii instituționalizați par să resimtă un sprijin mai redus din partea prietenilor față de grupul de vârstnici neinstituționalizați. Lucrul acesta este deosebit de important și remarcat și în literatura de specialitate. Studiul lui Litwin și Stoeckel (2013) a demonstrat că vârstnicii cu rețele sociale extinse și sprijin consistent din partea prietenilor au raportat o calitate a vieții superioară și niveluri mai scăzute de depresie și anxietate (11). Alte studii arată că menținerea și dezvoltarea relațiilor prietenești pot ajuta la reducerea sentimentelor de izolare și deconectare socială, și pot oferi chiar un sentiment de apartenență și siguranță, îmbunătățind starea de bine generală a vârstnicilor (Tsai și Wang, 2011) [24].

Așadar, sprijinul oferit de prietenii este perceput într-o altă valență față de sprijinul familial, fiind complementar acestuia. De aici se naște o recomandare pentru instituțiile care au vârstnici în îngrijire: dezvoltarea și implementarea unui program social interactiv, care să faciliteze și încurajeze interacțiunile sociale și legarea de prietenii între ei. Relațiile de prietenie în proximitate pot îmbunătăți percepția vârstnicilor despre suportul social de care beneficiază și pot îmbunătăți calitatea vieții [10]. Activități de grup, programe de mentorat, cum ar fi programele de voluntariat care pot oferi oportunități pentru vârstnici, și vizite regulate din partea familiei și a prietenilor pot contribui la reducerea sentimentelor de izolare și la îmbunătățirea stării emoționale a vârstnicilor instituționalizați.

Studiul nostru a evidențiat o percepție generală negativă asupra stării de sănătate fizică (majoritatea apreciindu-și

starea de sănătate ca fiind slabă sau foarte slabă) în rândul vârstnicilor instituționalizați și neinstituționalizați, cu o tendință mai accentuată în rândul celor instituționalizați. Aceste rezultate sugerează necesitatea unor intervenții care să îmbunătățească percepția vârstnicilor asupra stării lor de sănătate fizică, în special a celor instituționalizați. Intervențiile pot consta în programe de exerciții fizice adaptate nevoilor vârstnicilor, activități fizice de grup sau în natură, acces la îngrijiri medicale de calitate și activități care să promoveze implicarea socială și conexiunea emoțională, după cum am descris mai sus. Bowling și Dieppe (2005) au evidențiat că percepția asupra stării de sănătate este un predictor important al calității vieții la vârstnici [25].

Rezultatele obținute în urma aplicării testului Geriatric Depression Scale (GDS) - Versiunea Scurtă sugerează că depresia este o problemă semnificativă atât pentru persoanele în vârstă instituționalizate, cât și pentru cele neinstituționalizate. Din studiul de față, reiese că depresia are o prevalență mai mare (forme ușoare și medii) în rândul vârstnicilor instituționalizați. Frecvent subdiagnosticată și subtratată în rândul vârstnicilor, depresia poate avea un impact major asupra calității vieții. Rezultatele noastre sunt consistente cu cele din literatură, unde se precizează că instituționalizarea poate exacerba simptomele depresive, mai ales în lipsa suportului social adecvat și datorită sentimentului de izolare (26). Depresia nu numai că afectează starea emoțională a vârstnicilor, dar, mai ales în cazul lor, este asociată și cu declinul funcțional, creșterea morbidității și mortalității, precum și cu o utilizare mai mare a serviciilor medicale [27].

În cazul depresiei, pe lângă activitățile amintite mai sus, o recomandare suplimentară ar fi realizarea de screening pentru depistarea depresiei timpuriu. Totodată, este recomandat ca toate aceste aspecte să fie prezentate și familiilor, pentru a le ajuta să înțeleagă și să gestioneze adecvat nevoile emoționale ale vârstnicilor lor.

Rezultatele obținute în ceea ce privește anxietatea în rândul vârstnicilor instituționalizați și a celor neinstituționalizați sugerează că diferențele se pot datora într-adevăr mediului de viață. Într-un mediu sigur și controlat este de așteptat ca persoanele să prezinte mai puțin frecvent anxietate ușoară sau moderată, pe când în comunitate și resimțind mai pregnant incertitudinile și presiunile cotidiene este de așteptat să existe un grad ușor sau moderat de anxietate. O prevalență a anxietății severe de 14,58% în rândul persoanelor instituționalizate și de 6,48% în rândul celor neinstituționalizate poate reflecta dificultățile specifice cu care se confruntă vârstnicii aflați în instituțiile de îngrijire în adaptarea la un mediu nou și la noi condiții de viață.

Am găsit în literatură studii similare care au identificat anxietatea ca fiind asociată cu izolarea socială, frica de dependență și de pierderea autonomiei [28]. Toate acestea sunt aspecte relevante pentru persoanele vârstnice, indiferent de reședință. Gestionarea anxietății în rândul persoanelor vârstnice necesită o abordare integrată care să includă sprijin social, îngrijire medicală adecvată și promovarea unui mediu de trai care să le ofere sentimente de siguranță și apartenență.

## CONCLUZII

Suportul social al persoanelor vârstnice reprezintă un domeniu crucial în asistența medicală.

Astfel, asistentul medical joacă un rol cheie în îmbunătățirea calității vieții acestor persoane vulnerabile. Într-o societate în care populația îmbătrânește într-un ritm tot mai accelerat, îngrijirea și suportul social al persoanelor vârstnice devin esențiale. Multe dintre aceste persoane se confruntă cu multiple probleme de sănătate (afecțiuni cronice, probleme de sănătate mintală, declin al funcțiilor cognitive și fizice) și sociale sau emoționale (pierderi ale partenerilor de viață, ale prietenilor apropiați sau ale altor membri ai familiei), ceea ce necesită empatie, suport și o abordare integrată și personalizată din partea personalului medical și a asistenților sociali.

Rezultatele acestui studiu validează statutul de persoane vulnerabile și ideea de la care s-a pornit: vârstnicii trebuie abordați complex și ținând cont de toate particularitățile vârstei. Un bun suport social, care să înglobeze sprijinul emoțional, practic și informațional poate oferi o mai bună calitate a vieții și chiar îmbunătății sănătatea fizică și mintală a vârstnicilor.

Implicarea corectă și eficientă a personalului medical și de îngrijire în conceptul de suport social al vârstnicului

ar trebui să însemne mai mult decât tratarea punctuală a problemelor de sănătate acute sau cronice. Aceștia ar trebui să promoveze autonomia și independența vârstnicului, să încurajeze în continuare urmarea principiilor unui stil de viață sănătos (activitate fizică, nutriție corespunzătoare) și să ofere, în limita timpului și posibilităților, suport emoțional și psihologic prin ascultare activă, consiliere (dacă este de competența cadrului medical sau de îngrijire) și încurajare în fața provocărilor cotidiene.

Coordonarea îngrijirilor și colaborarea interdisciplinară în contextul îngrijirii persoanelor vârstnice este esențială pentru asigurarea unei abordări coerente și comprehensive. Asistentul medical, medicii specialiști, terapeuții, asistenții sociali și alți profesioniști din domeniu ar trebui să colaboreze pentru a asigura o îngrijire integrată și eficientă, care să fie transcrisă în rezultate pozitive în ceea ce privește calitatea și prelungirea vieții vârstnicului.

În concluzie, abordarea holistică a persoanei vârstnice (de la suportul social până la tratamentul medical) joacă un rol esențial în menținerea bunăstării și sănătății vârstnicilor.

### Bibliografie

1. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med.* 2000;51(6):843-857.
2. Uchino BN. *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships.* Yale University Press; 2004.
3. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985;98(2):310-357.
4. Antonucci TC, Ajrouch KJ, Birditt KS. The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *Gerontologist.* 2014;54(1):82-92.
5. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science.* 1988;241(4865):540-545.
6. World Health Organization. *Ageing and health.* Geneva: World Health Organization; 2018.
7. National Institute on Aging. *Aging well in the 21st century: Strategic directions for research on aging.* Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2016.
8. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Med.* 2010;7(7)
9. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging.* 2006;21(1):140-151.
10. Cornwell EY, Waite LJ. Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *J Health Soc Behav.* 2009;50(1):31-48.
11. Litwin H, Shiovitz-Ezra S. The association between activity and wellbeing in later life: What really matters? *Ageing Soc.* 2006;26(2):225-242.
12. Gallagher S, Bennett KM, Roper L. Loneliness and depression in patients with cancer during COVID-19. *J Psychosoc Oncol.* 2020;38(6):796-803.
13. National Research Council. *Ageing and the social system.* Washington, DC: The National
14. Luppá M, Luck T, Weyerer S, König HH, Brähler E, Riedel-Heller SG. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age Ageing.* 2010 Jan;39(1):31-8.
15. Harris-Kojetin L, Sengupta M, Park-Lee E, Valverde R. Long-term care providers and services users in the United States: data from the National Study of Long-Term Care Providers, 2013-2014. *Vital Health Stat 3.* 2016 Feb;(38), 1-105.
16. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AM, Beekman AT, Kluitert H, Ribbe MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *J Affect Disord.* 2004 Jan;83(2-3):135-42.
17. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* 1963 Sep 21;185:914-9.
18. Victor CR, Scambler SJ, Bond J, Bowling A. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Rev Clin Gerontol.* 2000 May;10(4):407-17.
19. Victor CR, Scambler SJ, Bond J, Bowling A. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Rev Clin Gerontol.* 2000 May;10(4):407-17.
20. Tomaka J, Thompson S, Palacios R. The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *J Aging Health.* 2006 Jun;18(3):359-84.
21. Johnson CL, Barer BM. Families and networks among older inner-city blacks. *Gerontologist.* 1997 Apr;37(2):177-89.
22. Wright K, Rains SA, Banas J. Weak-tie support network preference, health-related stigma, and health outcomes in computer-mediated support groups. *J Appl Commun Res.* 2010 Aug;38(4):375-94.
23. Morgan LA, Kunkel SR. *Aging, society, and the life course.* 4th ed. New York: Springer Publishing Company; 2011.
24. Tsai HH, Wang HH. The relationship between caregiver's mental health and their care recipients' health-related quality of life and behaviors in institutionalized older people with dementia. *J Nurs Res.* 2011;19(4):329-339.
25. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* 1997;38(1):21-37.
26. Adams KB, Sanders S, Auth EA. Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging Ment Health.* 2004;8(6):475-485
27. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003;58(3):249-265.
28. Santini Z, Jose P, York Cornwell E et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health,* 5, e62-e70

## ANEXA 1 CHESTIONAR

Chestionar Sugerat: Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

Descriere:

Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) este un chestionar standardizat care măsoară percepția suportului social pe trei dimensiuni: suportul de la familie, suportul de la prieteni și suportul de la alte persoane semnificative.

Exemple de Întrebări și Variabile:

Secțiunea 1: Demografie și Informații Generale

Vârsta: 65-74, 75-84, 85+

Sex:

Variabile: Masculin, Feminin

Durata șederii în instituție: < 1 an, 1-5 ani, > 5 ani

Stare civilă:

Variabile: Necăsătorit(ă), Căsătorit(ă), Văduv(ă), Divorțat(ă)

### Secțiunea 2: Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

Răspunsurile sunt date pe o scală Likert de 7 puncte (1 = Foarte dezacord, 7 = Foarte acord).

#### Suportul din partea familiei:

"Familia mea mă ajută cu adevărat să mă simt mai bine."

"Pot să discut problemele mele cu membrii familiei mele."

"Familia mea este pregătită să mă ajute să iau decizii."

#### Suportul din partea prietenilor:

"Prietenii mei îmi oferă sprijin emoțional."

"Pot conta pe prietenii mei când am nevoie de ajutor."

"Am prieteni cu care pot să împărtășesc bucuriile și necazurile."

#### Suportul din partea altor persoane semnificative:

"Există o persoană specială care este mereu lângă mine."

"Am o persoană specială care îmi oferă sprijin și încurajare."

"Există o persoană care mă ajută să mă simt valoros/valoroasă."

### Secțiunea 3: Evaluarea bunăstării fizice și mentale

#### Starea de sănătate percepută:

"Cum ați descrie starea dumneavoastră de sănătate în general?"

Variabile: Foarte bună, Bună, Medie, Slabă, Foarte slabă

#### Nivelul de depresie: Geriatric Depression Scale (GDS) - Versiunea Scurtă

Sunteți în general mulțumit de viața dumneavoastră?

Da / Nu

Ați renunțat la multe dintre activitățile și interesele dumneavoastră?

Da / Nu

Simțiți că viața dumneavoastră este goală?

Da / Nu

Vă plictisiți adesea?

Da / Nu

Sunteți optimist cu privire la viitor?

Da / Nu

Vă simțiți adesea nervos sau anxios?

Da / Nu

Preferati sa stați acasă mai degrabă decât să ieșiți și să faceți lucruri noi?

Da / Nu

Vă simțiți neajutorat în fața problemelor personale?

Da / Nu

Vă simțiți fericit în cea mai mare parte a timpului?

Da / Nu

Vă simțiți adesea singur?

Da / Nu

Simțiți că oamenii nu sunt prietenoși cu dumneavoastră?

Da / Nu

Vă bucurați de majoritatea lucrurilor din viața dumneavoastră?

Da / Nu

Vă confrunțați des cu probleme de memorie?

Da / Nu

Credeți că este minunat să fii în viață acum?

Da / Nu

Vă simțiți inutil în prezent?

Da / Nu

Fiecare răspuns care indică o tendință depresivă (de exemplu, "Da" la întrebările 2, 3, 4, 7, 8, 10, 11, 13, 15 și "Nu" la întrebările 1, 5, 6, 9, 12, 14) primește un punct.

Scorul maxim este 15 puncte.

Un scor mai mare de 5 sugerează depresie, iar pacientul ar trebui să fie evaluat mai amănunțit.

Interpretare:

0-4 puncte: Nu există depresie

5-8 puncte: Depresie ușoară

9-11 puncte: Depresie moderată

12-15 puncte: Depresie severă

#### Nivelul de anxietate: Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7)

În ultimele două săptămâni, cât de des ați fost deranjat de următoarele probleme?

Simțind nervozitate, anxietate sau fiind la limită.

Niciodată (0)

Câteva zile (1)

Mai mult de jumătate din zile (2)

Aproape zilnic (3)

Neputând să vă opriți sau să vă controlați îngrijorările.

Niciodată (0)

Câteva zile (1)

Mai mult de jumătate din zile (2)

Aproape zilnic (3)

Îngrijorându-vă prea mult despre diferite lucruri.

Niciodată (0)

Câteva zile (1)

Mai mult de jumătate din zile (2)

Aproape zilnic (3)

Având dificultăți în a vă relaxa.

Niciodată (0)

Câteva zile (1)

Mai mult de jumătate din zile (2)

Aproape zilnic (3)

Fiind atât de neliniștit că este greu să stați liniștit.

Niciodată (0)

Câteva zile (1)

Mai mult de jumătate din zile (2)

Aproape zilnic (3)

Fiind ușor iritat sau iritabil.

Niciodată (0)

Câteva zile (1)

Mai mult de jumătate din zile (2)

Aproape zilnic (3)

Simțindu-vă ca și cum ceva teribil s-ar putea întâmpla.

Niciodată (0)

Câteva zile (1)

Mai mult de jumătate din zile (2)

Aproape zilnic (3)

Scoring:

Totalul scorurilor pentru cele șapte întrebări variază de la 0 la 21.

Fiecare întrebare este evaluată pe o scală de 0 (niciodată) la 3 (aproape zilnic).

Interpretare:

0-4: Nivel minim de anxietate

5-9: Anxietate ușoară

10-14: Anxietate moderată

15-21: Anxietate severă

Următorii pași:

Un scor de 10 sau mai mare este considerat un indicator bun pentru identificarea cazurilor de anxietate generalizată. Este recomandat ca persoanele cu scoruri ridicate să fie evaluate mai detaliat de către un profesionist din domeniul sănătății pentru diagnostic și tratament adecvat.

GAD-7 este un instrument simplu și rapid pentru a ajuta la identificarea și monitorizarea simptomelor de anxietate generalizată, și poate fi folosit atât în practica clinică, cât și în cercetare.