



Universitatea “Alexandru Ioan Cuza” din Iași
Școala Doctorală de Filosofie și Științe Social-Politice

Rezumat al tezei de doctorat

Gestionarea statutului de persoană vârstnică

Conducător de doctorat: Prof. univ. dr. Daniela Cojocaru

Student-doctorand: Dafna Polaco Caspi

Iași, 2021

Cuprins

ABSTRACT	1
INTRODUCERE.....	2
Cadrul cercetării	2
Importanța cercetării și contribuția la domeniul local și universal al cunoașterii.....	3
Decalajul de cunoaștere în domeniu.....	4
CAPITOLUL I: PERSPECTIVE TEORETICE.....	5
I.1 Body Management in Safe Ranges (BMSR) (Gestionarea corporală în limite de siguranță).....	1
I.2 Cadrul conceptual	14
CAPITOLUL II: PLANUL CERCETĂRII ȘI METODOLOGIA.....	14
II.1 Planul cercetării	14
II.1.1 Paradigma de cercetare și abordarea.....	15
II.1.2 metodologia selectată pentru prezenta cercetare și justificarea acesteia.....	15
II.2 Obiectivele, întrebările și ipotezele cercetării.....	16
II.3 Ipoteze de cercetare și justificare.....	17
II.4 Variabilele cercetării.....	18
II.5 Populația de cercetare	18
II.6 Instrumente de cercetare	19
II.4 Procedura de cercetare.....	22
II.5 Procesul de recrutare a voluntarilor pentru cercetarea din rețelele sociale.....	22
II.6 Designul cercetării	23
II.7 Rolul cercetătorului și considerații de natură etică	23
II.8 Analiza datelor.....	24
II.8.1 Analiza calitativă	25
CAPITOLUL III: REZULTATE.....	27
III.1 Etapa 1 – Diferențe pre-testare în funcție de grup și rețele sociale.....	27
III.1.1 Participanți.....	27
III.1.2 Etapa 2 – Rezultate legate de intervenție.....	30
III.1.3 Etapa 3 – Rezultatele testelor post-intervenție	32
III.1.4 Etapa 4 – Rezultate calitative	34
III.1.5 Rezultate integrative în funcție de întrebările de cercetare și de obiectivele cercetării	34
CAPITOLUL IV: CONCLUZII.....	37
Concluzii de natură factuală derivate din Întrebările de cercetare Concluzii de natură factuală derivate din Întrebarea de cercetare 1:	37
Concluzii de natură factuală derivate din Întrebarea de cercetare 1.1	38

Concluzii de natură factuală derivate din Întrebarea de cercetare 1.2.....	38
Concluzii de natură factuală derivate din Întrebarea de cercetare 1.3.....	38
Concluzii de natură factuală derivate din Întrebarea de cercetare 1.4.....	38
Concluzii de natură factuală derivate din Întrebarea de cercetare 2.....	40
Concluzii de natură factuală derivate din Întrebarea de cercetare 2.1.....	40
Sumar al concluziilor de natură factuală rezultate din obiectivele cercetării și întrebările de cercetare referitoare la acestea.....	40
Concluzii de natură conceptuală: Gestionarea statutului de persoană vârstnică potrivit programului BMSR.....	41
Implicații de ordin practic și recomandări.....	44
Contribuții la domeniul cunoașterii și semnificația universală a cercetării.....	45
Î.....	45
Direcții viitoare de cercetare.....	46
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE.....	47

Lista Figurilor

Figura 1	Două generații de teorii sociale ale gerontologiei	4
Figura 2	Rețele de sprijin social la care face referire prezenta cercetare	9
Figura 3	Proces de schimbare a tiparelor	10
Figura 4	Cadrul conceptual	13
Figura 5	Modelul de cercetare	17
Figura 6	Diagrama consort	21
Figura 7	Schimbări în aspectele legate de auto-gestionare din cadrul programului, în funcție de moment și rețele sociale	30
Figura 8	Gestionarea modelului de statut de persoană vârstnică cu ajutorul programului BMSR	39

Lista Tabelelor

Tabelul 1	Planul cercetării	13
Tabelul 2	Etapele cercetării	24
Tabelul 3	Caracteristicile participanților în funcție de grup și rețeaua socială ($N = 149$).	26
Tabelul 4	Medii la pre-testare, deviații standard și valori F pentru auto-eficacitate, abilitatea de auto-gestionare, atitudini față de activitatea fizică și sprijinul social perceput, în funcție de grup și rețea socială ($N = 149$)	27

Tabelul 5	Nivel inițial de intensitate a durerii, UST, STS, și TUG, în funcție de grup și rețele sociale ($N = 149$)	28
Tabelul 6	Medii și deviații standard pentru BMSR, în funcție de momentul evaluării și rețeaua socială ($N = 82$)	28
Tabelul 7	Analiza varianței variabilelor BMSR, în funcție de moment și rețelele sociale ($N = 82$)	29
Tabelul 8	Continuare - Analiza varianței variabilelor BMSR, în funcție de moment și rețelele sociale ($N = 82$)	29
Tabelul 9	Valorile F pentru schimbările survenite cu privire la intensitatea durerii și testele fizice, în funcție de moment, grup și de rețeaua socială ($N = 149$)	30
Tabelul 10	Corelații între schimbările survenite în ceea ce privește abilitatea de auto-gestionare și dimensiunile BMSR ($N = 63$)	31
Tabelul 11	Categorii ale programului de intervenție BMSR rezultate din analiza de conținut	32

ABSTRACT

Îmbătrânirea activă și managementul îmbătrânirii reprezintă concepte generale din cadrul sociologiei îmbătrânirii, reflectând atitudinile față de populația vârstnică (Walker, 2008). Autogestionarea este un concept cărui i se aplică ideea îmbătrânirii active (Lorig & Holman, 2003). Body Movement in Safe Ranges (BMSR) (Mișcarea corpului în limite sigure) este un program de intervenție destinat gestionării îmbătrânirii în cadrul cărui se aplică aceste concepte.

Prezenta cercetare a încercat să examineze măsura în care programul BMSR îmbunătățește auto-eficacitatea, capacitatea de auto-gestionare și funcționarea adulților vârstnici în două rețele sociale diferite (comunitatea și căminele de bătrâni). Întrebările de cercetare au abordat îmbunătățirea auto-eficacității, autogestionării, funcționării fizice și a nivelului de durere a adulților vârstnici participanți, prin comparații efectuate între participanții din cele două rețele sociale, corelațiile dintre modificările corporale rezultate din procesul BMSR și schimbările în ceea ce privește auto-gestionarea precum și toate celelalte aspecte ale programului, corelația între nivelul de participare la program și gradul de îmbunătățire, precum și corelațiile dintre percepțiile referitoare la suportul social și îmbunătățirea acestor parametri.

La acest studiu bazat pe metode mixte, în care s-au folosit chestionare analizate apoi prin metode statistice și interviuri supuse ulterior analizei de conținut au participat 149 de adulți vârstnici independenți cu vârsta peste 65 de ani, din două rețele sociale diferite. Rezultatele analizei cantitative au indicat faptul că nivelul de auto-gestionare și auto-eficacitate s-a îmbunătățit în cadrul grupului experimental. Mai mult decât atât, atitudinea cu privire la activitatea fizică și funcționarea organismului s-au îmbunătățit, iar nivelul de durere a scăzut. Aceste rezultate nu au fost evidențiate și în grupul de control. Îmbunătățirile au fost similare în cadrul grupului comunitar și al participanților din căminele de bătrâni și nu au fost legate de nivelul de sprijin social raportat. Schimbările pozitive în abilitatea de auto-gestionare s-au corelat cu schimbările pozitive din cadrul BMSR. Schimbările pozitive la toți parametrii incluși au fost corelate cu schimbările pozitive în cadrul BMSR. Participarea mai intensă în cadrul programului s-a corelat cu un grad mai ridicat de schimbări pozitive în abilitatea de auto-gestionare. Rezultatele calitative descrise de BMSR ca program de auto-gestionare a procesului de îmbătrânire care a contribuit la investiții și inițiative, auto-eficacitate și sprijin social, îmbunătățirea stării mentale și a gradului de gândire pozitivă, precum și la reducerea nivelului de durere.

Concluziile studiului nostru indică faptul că BMSR reprezintă un factor independent, care nu depinde de rețele sociale, mediu sau condiția inițială a participanților (vârstă, efectuarea de exerciții fizice, nivelul de intensitate a durerii). Sunt necesare cercetări suplimentare pentru a determina dacă acest program de auto-gestionare are același efect asupra participanților din același cadru, care au același nivel de condiție fizică. Modificările observate în măsurătorile nivelului de auto-gestionare și auto-eficacitate

în grupurile de intervenție indică faptul că programul BMSR poate servi ca program de auto-gestionare la vârsta adultă, folosind mișcarea ca mijloc de a atinge anumite scopuri.

Cuvinte cheie: auto-gestionare, auto-eficacitate, gestionarea procesului de îmbătrânire, îmbătrânirea reușită, îmbătrânirea activă, Programul de intervenție Body Movement in Safe Ranges (BMSR).

INTRODUCERE

Cadrul cercetării

Prezentul studiu se încadrează în sfera de interes a sociologiei îmbătrânirii. Toată lumea îmbătrânește! Procentul adulților vârstnici în cadrul populației vest-europene ajunge la 20%. În 2025, adulții vârstnici vor constitui aproximativ o cincime din populația totală, respectiv 21% (Botev, 2012), iar în Israel, 15% din populație va avea vârsta de peste 65 de ani. Această creștere dramatică a numărului de vârstnici în general și în Statul Israel în particular motivează necesitatea discuției asupra problemei îmbătrânirii în epoca modernă (Bengtson, 2018).

Îmbătrânirea implică deteriorarea sănătății și funcționării cauzată de procesul natural de îmbătrânire fizică, împreună cu funcționarea redusă a sistemelor din organism odată cu înaintarea în vârstă (Sehl, 2001).

Ca și cercetare axată pe sociologia îmbătrânirii, studiul nostru se axează pe două teme sociologice: una dintre acestea este auto-gestionarea în procesul de îmbătrânire (Bode & De Ridder, 2007), iar a doua se referă la compararea diferitelor stiluri/contexte de viață și sprijin social în cadrul procesului de îmbătrânire.

Mediul interpersonal în care trăim ne afectează viața. Relațiile reciproce care se manifestă în medii interpersonale sunt definite în literatura de specialitate ca rețele sociale. La persoanele vârstnice, în cazul cărora nevoia de sprijin crește și, în același timp, sursele din care acest sprijin provine se diminuează, rețelele sociale capătă o semnificație aparte (Shiovitz-Ezra, 2012). Se pot distinge două tipuri de rețele sociale, cele formale și cele informale (Litwin, 2003). Studiul nostru compară două rețele sociale diferite: traiul în comunitate și cel în căminele/centrelor pentru bătrâni. Prima este caracterizată de un stil de viață independent și astfel rețeaua socială informală se bazează pe familie și pe legături eterogene, spre deosebire de centrelor pentru bătrâni care se bazează pe un sistem de recompense și conexiuni sociale de scurtă durată între persoane similare aflate într-o rețea formală.

Auto-gestionarea în procesul îmbătrânirii corespunde nevoii persoanelor vârstnice de a se implica activ și de a iniția acțiuni care să-i pregătească pentru bătrânețe. BMSR este un program de auto-gestionare în cadrul procesului de îmbătrânire. Programul a fost elaborat de autoare acestei teze pe parcursul ultimului deceniu. Programul se concentrează pe aspectele fizice ale persoanelor vârstnice, care afectează, de asemenea, aspectele mentale și emoționale derivate din procesul de deteriorare funcțională. Programul folosește exercițiul fizic ca mijloc de a dobândi abilități de auto-gestionare. Schimbările sociale și economice care au condus la evoluția fără precedent a tehnologiei au avut drept rezultat reducerea substanțială a numărului de exerciții fizice efectuate zilnic, în special în rândul populației vârstnice (Haskell, 2009). Trebuie să ne amintim de numeroasele beneficii ale exercițiului fizic, inclusiv reducerea morbidității și mortalității, întărirea mușchilor și stabilității, menținerea și îmbunătățirea funcțiilor cognitive, a calității vieții și a mobilității (Elsawy, 2010). Toate aceste aspecte subliniază necesitatea reorganizării stilurilor de viață în vederea pregătirii pentru vârsta a treia, care poate fi facilitată de programele de auto-gestionare.

Metoda BMSR constă într-un program de auto-gestionare în cadrul procesului de îmbătrânire prin intermediul antrenamentului funcțional (AF) asistat de strategii cognitive și motorii. Obiectivul programului este de a îmbunătăți și consolida nivelul de auto-eficacitate al participanților prin efectuarea de mișcări conștiente în limite de siguranță și furnizarea unui set de instrumente funcționale pentru funcționarea optimă în viața de zi cu zi. Programul de intervenție îmbunătățește abilitățile existente ale participanților în mod conștient și fără durere. În cadrul programului pot participa persoane vârstnice care au posibilitatea de a primi un tratament intensiv care să le amelioreze condiția fizică și să le ajute să facă față procesului de îmbătrânire.

Importanța cercetării și contribuția la domeniul local și universal al cunoașterii

Contribuția prezentei cercetări poate fi evidențiată atât prin aspecte de ordin teoretic, cât și prin cele de ordin practic: există la nivel global nevoia de a găsi modalități de îmbunătățire și menținere a nivelului de sănătate fizică al persoanelor vârstnice, pentru a le asigura o bună calitate a vieții și un stil de viață independent în această etapă a vieții (Gardiner et al., 2014). De asemenea, există și necesitatea de a dezvolta programe destinate unei vieți sănătoase care să aibă ca efect menținerea și îmbunătățirea abilităților acestor persoane și în paralel reducerea nevoii lor de a apela la serviciile de

medicină generală. În domeniul programelor la domiciliu, programul de gestionare a îmbătrânirii BMSR va aduce beneficii în acest sens, aspect din care derivă contribuția acestui studiu la nivel practic.

Teoretic, acest studiu utilizează conceptul „managementul vârstei” pentru a descrie programul de intervenție al metodei BMSR, cu scopul de a crește nivelul de implicare, iar o atitudine pro-activă poate contribui la inițierea de acțiuni progresive menite să pregătească persoanele vârstnice pentru a face față procesului de îmbătrânire.

Problematica cercetării și importanța acesteia derivă din faptul că programul poate oferi soluții pentru sistemele de sănătate prin promovarea unui sistem de exerciții în limite de siguranță destinat persoanelor vârstnice, atât în cadrul comunității, cât și la domiciliu.

Decalajul de cunoștințe în domeniu

După îmbunătățirea controlului asupra abilităților dobândite în timpul programului pentru a corecta tiparele restrictive care reduc durerea și permit o mai bună funcționare, mobilitate și independență prin implicarea activă a participanților în schimbarea stării lor, **metoda pe care o propunem poate constitui un instrument de îmbunătățire a autogestionării în procesul de îmbătrânire și integrarea în politicile de promovare a sănătății ca unul dintre programele de tratament la domiciliu.**

Luând în considerare decalajul de cunoștințe din acest domeniu, a fost necesară analizarea programelor de auto-gestionare pentru promovarea sănătății pentru populația vârstnică, folosind exercițiul fizic ca mijloc de dobândire a abilităților de auto-gestionare.

Cuvinte cheie: auto-gestionare, auto-eficacitate, gestionarea procesului de îmbătrânire, îmbătrânirea reușită, îmbătrânirea activă, Programul de intervenție Body Movement in Safe Ranges (BMSR).

CAPITOLUL I: PERSPECTIVE TEORETICE

Așa cum se poate observa din figura de mai jos, o multitudine de teorii sociale și legate de personalitate se ocupă de procesul de îmbătrânire.

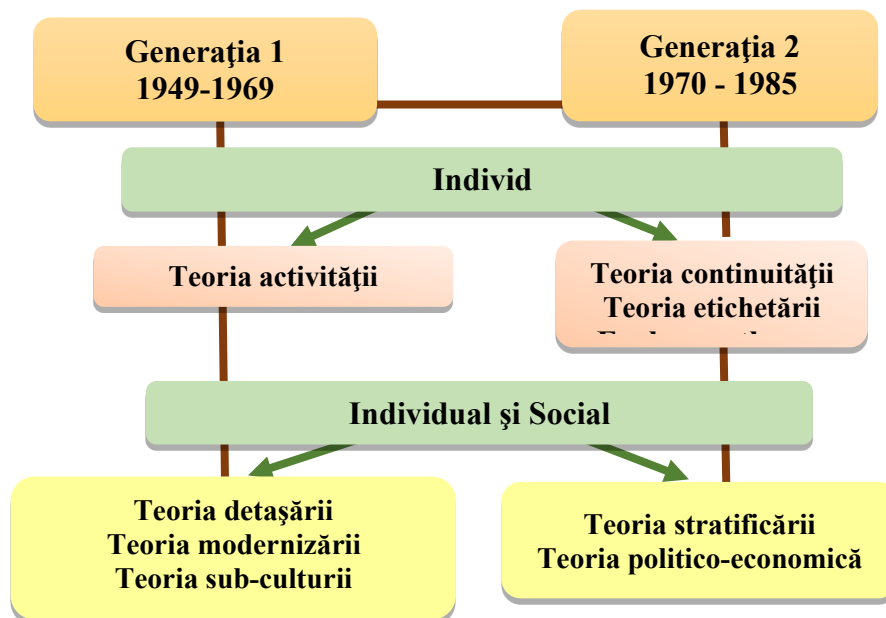


Figura 1: Două generații de teorii în domeniul gerontologiei

Punctul de plecare al acestei lucrări este teoria îmbătrânirii active. Studiul nostru se bazează pe îmbătrânirea activă ca strategie ce stă la baza conceptului de îmbătrânire reușită (Walker, 2002; 2009; WHO, 2002).

Îmbătrânirea activă – Organizația Mondială a Sănătății (OMS) și-a prezentat politicile referitoare la îmbătrânire afirmând că îmbătrânirea activă joacă un rol cheie în strategia globală cu privire la îmbătrânirea populației care îi ajută pe cei care nu-și permit accesarea serviciilor de sănătate să-și mențină o stare bună de sănătate și crește durata de timp pentru care aceste persoane își mențin un nivel satisfăcător de funcționalitate (WHO, 2002). OMS a definit chiar conceptul ca un proces de îmbunătățire a oportunităților privitoare la sănătate, participare și încredere, cu scopul de a asigura calitatea vieții în timpul îmbătrânirii (ibid). Mai mult decât atât, teoria activității în contextul conceptului de îmbătrânire reușită susține că tendința naturală a persoanelor vârstnice este de a menține nivelul de activitate și implicare în mediul lor cât mai mult posibil. În plus, cu cât persoanele vârstnice reușesc să-și mențină nivelul de activitate, cu atât își mențin sau chiar își îmbunătățesc starea mentală de bine. Odată cu pensionarea și apariția restricțiilor de ordin funcțional, aceste persoane trebuie să-și

mențină nivelul de activitate în diverse moduri și să adopte noi roluri în locul celor pe care tocmai le-au încheiat sau la care au renunțat (Shmotkin, 2003)

În plus, Walker (2006) a subliniat că îmbătrânirea activă este un concept larg, care include multe niveluri ale vieții, începând de la nivel personal și până la nivel de stat, național și global. Termenul „îmbătrânire” din cadrul acestui concept are legătură cu o perioadă specifică a vieții, în timp ce termenul „activ” subliniază implicarea persoanelor vârstnice în activitatea socială, economică, culturală și se referă la un nivel personal de activitate fizică și la menținerea funcționalității în activitățile zilnice (Walker, 2006).

Auto-gestionarea (AG) – potrivit lui Pachana și Laidlaw (2014), auto-gestionarea reprezintă una din acele teorii ale intervenției prin care se aplică conceptul de îmbătrânire activă. Principiul fundamental în teoria auto-gestionării este că înaintarea în vârstă a individului ghidează și trezește motivația de a îmbunătăți nevoile fizice și sociale până la cel mai bun nivel posibil în contextul declinului care se instalează. Teoria avansată de Lorig și Holman (2003) a fost utilizată pentru multiple intervenții, deoarece interpretează în mod clar factorii și criteriile conceptului de îmbătrânire activă și astfel permite construirea unei întregi game de programe de intervenție (Pachana & Laidlaw, 2014).

Lorig și Holman (2003) au propus în lucrarea lor o abordare care să illustreze conceptul de auto-gestionare. Indiferent dacă o persoană participă la activități pentru promovarea sănătății, precum exercițiile fizice, sau se confruntă cu boli cronice, aceasta este responsabilă pentru gestionarea de zi cu zi a acestor activități sau circumstanțe. Cercetătorii amintiți mai sus au explicat că nici în cazul comportamentului sănătos, nici în cel al gestionării bolii, persoanele implicate nu pot să nu gestioneze situația. Dacă aceste persoane decid că nu vor adopta o conduită sănătoasă sau că nu-și vor gestiona în mod activ boala, această decizie reflectă de fapt un tip de gestionare, chiar dacă nu au cunoștințe de nici un fel despre un stil de viață sănătos. Este astfel imposibil să nu îți gestionezi starea de sănătate. Singura problemă este însă modul în care oamenii fac acest lucru (Lorig & Holman, 2003).

Auto-gestionarea se axează pe trei tipuri de sarcini definite de Corbin și Strauss (1988). Aceste sarcini sunt gestionarea medicală, gestionarea rolului și gestionarea laturii emoționale. Conceptul de auto-gestionare subliniază locul central al pacientului în

cadrul acestui proces de îmbunătățire a condiției sale fizice și îl plasează în postura de participant activ la procesul de îngrijire (Creer, 1976), ceea ce permite implementarea programelor de intervenție, inclusiv a auto-gestionării, respectiv a unui set de cinci abilități fundamentale: rezolvarea de probleme, luarea de decizii, utilizarea resurselor, construirea de parteneriate între pacienți și terapeuți și inițierea de acțiuni (Lorig & Holman, 2003).

Lorig și Holman au încercat să operaționalizeze conceptul de control așa cum a fost acesta raportat de pacienți, testând diverse teorii legate de autocontrol. Teoria auto-eficacității (Bandura, 1977) s-a dovedit a fi cea mai eficientă (Lorig & Holman, 2003). Bandura a definit auto-eficacitatea ca reprezentând încrederea oamenilor în capacitățile lor de a găsi modalități de a gestiona provocările cu care se confruntă în ceea ce privește gestionarea diferitelor situații (Bandura, 1986).

În acest context, Bandura a avansat ipoteza că auto-eficacitatea influențează alegerea activității, eforturile și perseverența indivizilor. Conform acestei ipoteze, persoanele cu o percepție ridicată a auto-eficacității vor lucra mai mult și vor persevera mai mult timp pentru a depăși dificultățile decât cei care au îndoieli cu privire la propriile abilități (Schunk, 1991).

Lorig Gonzalez și Ritter au demonstrat, de asemenea, că îmbunătățirea nivelului de auto-eficacitate este doar unul dintre comportamentele responsabile pentru îmbunătățirea stării de sănătate a participanților la programele de auto-gestionare (Lorig, Gonzalez și Ritter, 1999).

În plus, în contextul explorării efectului auto-eficacității asupra auto-gestionării, în cercetările efectuate în SUA, Stellefson, Tennant și Chaney (2012) au semnalat existența unui program de autogestionare pentru persoanele care suferă de boli pulmonare obstructive cronice (BPOC), indicând două lucrări care susțineau faptul că auto-gestionarea îmbunătățește nivelul de auto-eficacitate (Stellefson, Tennant și Chaney, 2012).

Auto-eficacitate – Acest concept are legătură cu auto-gestionarea, deoarece, așa cum s-a demonstrat, definește cel mai precis conceptul de control raportat de participanții la programele de intervenție pe bază de auto-gestionare (Loring, & Holman, 2003). În plus, auto-eficacitatea este factorul cel mai important și cel mai influent care afectează abilitatea oamenilor de a se implica activ în schimbarea propriului comportament.

Această abilitate funcționează ca set important de factori care determină motivația, efectul și acțiunile oamenilor atunci când operează în procese care combină eficient latura motivațională și cea cognitivă (Bandura, 1986). De aceea am considerat că este important pentru cercetarea noastră să se axeze pe corelațiile dintre programul BMSR și auto-eficacitate.

Unul dintre modelele existente legate de auto-gestionare este modelul de îngrijire a pacienților cu boli cronice (CCM). Studiile asupra capacității auto-gestionării de a produce schimbări au arătat o îmbunătățire semnificativă în rândul participanților (Lapu, Radio & Cojocaru, 2014).

Rezultatele au implicații semnificative asupra planificării programelor viitoare. **Îmbunătățirea auto-eficacității ar trebui considerată ca având un rol-cheie în cadrul programului**, iar procesul de învățare ar trebui structurat astfel încât să includă cele patru componente ale îmbunătățirii auto-eficacității – stăpânirea performanței, modelarea, reinterpretarea simptomelor și persuasiunea socială. (Lorig & Holman, 2003).

Un program de intervenție în care **participanții recurg la adaptări personale și se bazează pe principiile de învățare ale schimbării comportamentale și ale auto-gestionării demonstrează capacitatea lor de a-și îmbunătăți și schimba comportamentul.**

Numeroase studii în care a fost utilizat un program de intervenție bazat pe auto-gestionare pentru persoanele vârstnice care trăiesc în comunități abordează menținerea și îmbunătățirea prin prisma sociologiei și sănătății în timpul îmbătrânirii pentru o populație sănătoasă (Bongers, 2018; Kremers, Steverink, Albersnagel & Slaets, 2006). Alte studii au fost efectuate în cadrul comunității pentru a examina eficiența utilizării auto-gestionării ca modalitate de a preveni căderile la participanții vârstnici (Schoon, Bongers, & Olde Rikkert, 2020), pe lângă alte studii în care auto-gestionarea este analizată la populația vârstnică (Friedsmann, 2020; Wynia, Veldman Spoorenberg, Lahr & Reijneveld, 2020). Multe astfel de programe de intervenție includ integrarea exercițiilor fizice potrivite pentru populația țintă, acesta fiind factorul comun cu rol cheie în aproape toate programele de intervenție în domeniul sănătății, așa cum este și cercetarea noastră.

Elementele recomandate pentru exercițiile fizice destinate vârstei a treia includ patru componente: anduranță inimă-plămâni (a-aerobic fitness), exerciții de forță, exerciții de flexibilitate și exerciții funcționale. OMS recomandă cel puțin trei sute de minute pe săptămână (Bull, Al-Ansari, Biddle, Borodulin, Buman, Cardon, & Dempsey, 2020).

Netz și Raviv (2004) susțin că este necesar să identificăm metode de a persevera în exercițiul fizic. Acest principiu important al perseverenței se aplică prin efectuarea de exerciții pe care persoanele implicate le fac cu plăcere, precum mersul pe jos, dansul, grădinaritul și altele asemenea. O altă modalitate de a persevera în efectuarea de exerciții fizice este combinarea exercițiului individual cu cel de grup. O altă modalitate constă în determinarea de obiective și țeluri practice și de stabili un acord cu un membru al familiei și/sau chiar cu medicul de familie pentru a crește motivația (Netz & Raviv, 2004). Pe de altă parte, un stil de viață sedentar, definit de OMS ca neincluzând un program de exerciții fizice, reprezintă un factor de risc important. Se estimează că la nivel global 6% din numărul de decese reprezintă rezultatul absenței exercițiilor fizice. Din aceste aspecte derivă importanța includerii exercițiului fizic în programul zilnic și participarea la programe precum BMSR.

Participarea într-un program de exerciții fizice este un proces dinamic și complex, afectat de o serie de factori, inclusiv de factori interni, de factori care țin de sprijinul social sau de factori care țin de mediu (Dishman, Sallis & Orenstein, 1995). Este astfel deosebit de important să se identifice factorii motivaționali și obstacolele pe care persoanele vârstnice le întâmpină în efectuarea de exerciții fizice.

Rețele sociale – în cadrul acestui studiu am selectat două tipuri de rețele sociale: rezidența în cadrul comunității și centrele pentru bătrâni. Rezidența în cadrul comunității este caracterizată de o viață independentă și de rețele sociale informale bazate pe legături de familie, prieteni și cu un caracter eterogen, spre deosebire de traiul într-un cămin de bătrâni, unde intervin legăturile sociale dintre rezidenți și o rețea formală în care membrii au un profil similar. Scopul a fost să identificăm eventualele diferențe între aceste două rețele sociale în utilizarea și aplicarea programului BMSR pentru auto-gestionare în perioada îmbătrânirii.

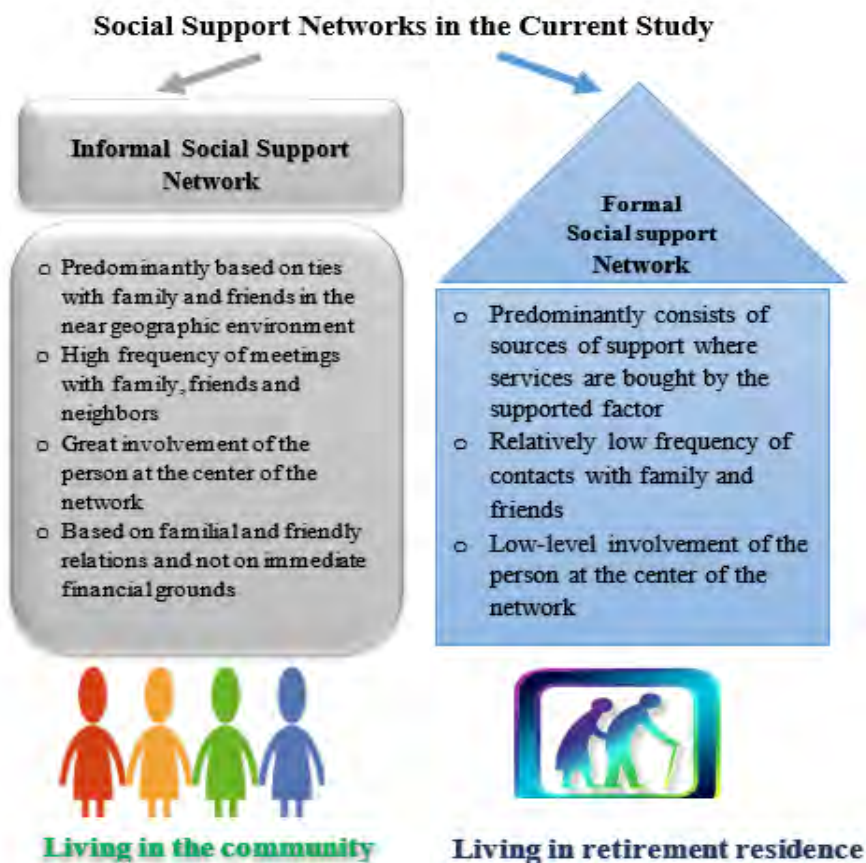


Figura 2: Rețele de sprijin social analizate în prezentul studiu

I.1 Body Management in Safe Ranges (BMSR) (Gestionarea corporală în limite de siguranță)

BMSR este o metodă de mișcare dezvoltată de autoare în ultimii zece ani care se axează pe un program de auto-gestionare a condiției fizice a persoanelor vârstnice. Această metodă se bazează pe o sarcină funcțională bazată pe strategii cognitive și motorii. Scopul metodei BMSR este de a îmbunătăți și consolida auto-eficacitatea participanților prin exerciții de mișcare conștientă în limite de siguranță și de a furniza un set de instrumente funcționale pentru funcționarea optimă în viața de zi cu zi. Exercițiile se axează pe condiția sau starea fizică curentă și pe îmbunătățirea abilităților fizice, cu recunoașterea conștientă a limitelor corporale, furnizând instrumente pentru organizarea mișcării corporale. Programul consolidează competențele existente ale participanților, în mod conștient și fără durere. BMSR recrutează persoane vârstnice care doresc să efectueze un tratament intensiv care să le amelioreze starea fizică și procesul de îmbătrânire.

Ca rezultat al controlului fizic îmbunătățit și abilităților dobândite în cadrul programului prin corectarea modelelor fizice restrictive, reducerea durerii și îmbunătățirea funcționalității, mobilității și independenței, prin implicarea activă a participanților în schimbarea circumstanțelor așa cum se arată în figura de mai jos, **metoda poate constitui un instrument de îmbunătățire a auto-gestionării în procesul de îmbătrânire și integrarea în politicile de promovare a sănătății ca unul dintre programele de tratament la domiciliu.**

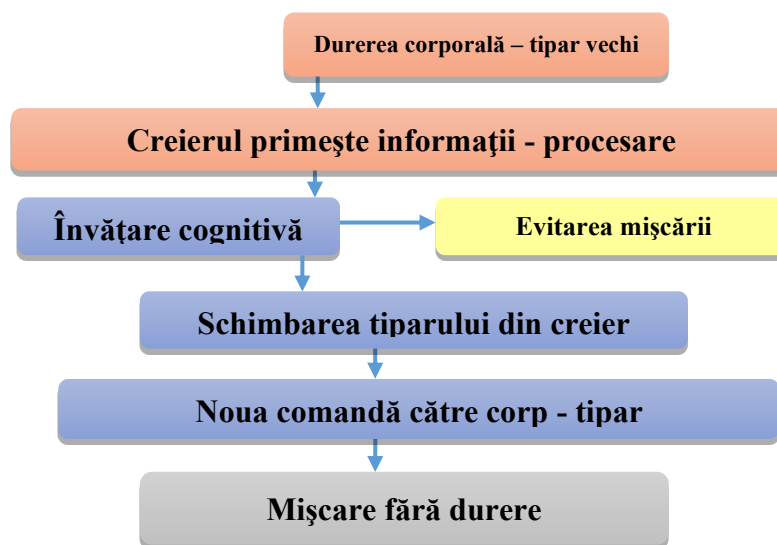


Figura 3: Proces de schimbare a tiparului

Conținutul programului: Lecțiile de stil funcțional se concentrează pe elementele de zi cu zi care combină toate componentele de fitness recomandate: forță, rezistență musculară și o anumită rezistență cardiovasculară, stabilizare a scheletului, echilibru și flexibilitate (OMS, 2012).

În cadrul programului BMSR, cele cinci competențe de bază ale auto-gestionării sunt exprimate prin **stabilirea obiectivelor**, în cadrul unei întâlniri introductive între participant și instructor, unde se determină obiectivele și strategia de auto-gestionare pe baza condiției fizice.

Procesul decizional în cadrul programului BMSR îi învață pe participanți să-și recunoască noile limitări fizice pe baza condiției lor fizice, pentru a-i încuraja să ia deciziile corecte, potrivit propriei lor condiții, cu privire la activitățile zilnice. Antrenamentul se axează pe predarea mișcării conștiente și armonizate.

Gestionarea și utilizarea resurselor. BMSR îi învață pe participanți să-și recunoască abilitățile și să le îmbunătățească în conformitate cu noile circumstanțe și în același timp cu ajutorul membrilor echipei medicale.

Legătura între participanți și personalul de îngrijire medicală. Rolul personalului medical calificat din cadrul programului BMSR este de profesor și partener, precum și de supraveghetor profesionist. Acest rol este extrem de important în învățarea de către participanți a tehnicilor de reorganizare a gestionării corpului, instructorul programului fiind mediatorul principal între condiția fizică precară și personalul medical. BMSR este predat de instructori calificați care au fost certificați în domeniul exercițiilor fizice pentru vârsta a treia, care au cunoștințe despre afecțiunile și problemele de sănătate specifice acestui segment de populație. Prin urmare, ei pot sfătui și ghida participanții în ceea ce privește deciziile cu privire la gestionarea stării lor fizice, și îi pot trimite la consultații către medici specialiști, dacă este necesar. Experiența profesională îndelungată a cercetătoarei arată că principalul beneficiu al instructorilor programului BMSR este acela că ei cunosc personal participanții și că sunt familiarizați cu problemele lor medicale specifice sau de altă natură. Aceste probleme afectează natura și modul de efectuare a exercițiilor. În prima și a doua etapă a programului, sunt examinate și selectate intervalele comportamentale pentru mișcările funcționale pe care o persoană le efectuează zilnic. Instructorul știe cum să direcționeze și să adapteze un program fizic adecvat fiecărui participant și îi indică, de asemenea, participantului schimbarea survenită în condiția sa fizică și abilitățile sale pentru a încuraja încrederea în funcționarea optimă și a implementa noi tipare dobândite în timpul programului BMSR (O'Connor și colab., 1993).

BMSR se desfășoară în cadrul unui grup restrâns în care se formează legături strânse între instructor și participanți. Acest lucru contribuie la diminuarea sentimentului de singurătate pe care îl încearcă adesea persoanele vârstnice (Holmén, 2002) – **inițierea acțiunii** este legată de dorința de schimbare. Schimbarea condiției fizice sau a tiparului de comportament se produce în general atunci când o persoană este nemulțumită de situația sa. Cu cât o persoană experimentează mai multă durere, atât va fi mai mare dorința acesteia de a ameliora respectiva situație. Acest proces se va produce prin îmbunătățirea și creșterea nivelului de auto-eficacitate al participanților (Lorig & Holman, 2003). Programul îi învață pe participanți să adopte un comportament nou,

care se potrivește cel mai bine noilor circumstanțe. Acest lucru poate fi făcut prin schimbarea tiparelor care cauzează durerea.

Contribuția programului la creșterea auto-eficacității este evidentă în cadrul BMSR, care se axează pe exercițiile fizice în rândul persoanelor vârstnice și pune accentul pe nevoia acestora de a efectua exerciții în orice situație (Halperin, 2014). Cu alte cuvinte, fiecare participant efectuează exercițiile în funcție de abilitățile din ziua respectivă, chiar dacă experimentează durere fizică și numai după ce personalul se asigură că situația în care se află îi permite să facă mișcare. Rolul grupului în acest proces este de a oferi un mediu social menit să încurajeze, care să crească nivelul de motivație al participanților vârstnici și să-i provoace să persevereze și să evolueze (Halperin, 2014). În analiza programului BMSR al cărui scop este să mențină, să consolideze și să îmbunătățească nivelul de auto-eficacitate, vom avea în vedere patru componente cheie: persuasiunea socială, interpretarea simptomului, controlul performanței și modelarea. Persuasiunea socială este exprimată prin rolul grupului în cadrul procesului. Grupul îi oferă participantului un mediu social încurajator, care crește nivelul de motivație și îl provoacă să persevereze și să evolueze (Halperin, 2014).

Interpretarea simptomelor se produce prin faptul că participantul este familiarizat cu identificarea mișcării în limitele de siguranță. În primele etape ale procesului, participantul raportează unde se produce durerea fizică și învață să identifice problemele specifice. În a doua etapă, participantul învață conceptul de „limite de siguranță”, iar în a treia etapă învață să identifice limitele de siguranță ale propriului corp care permit interpretarea simptomelor. Rezultatul acestui proces de învățare este executarea unei mișcări funcționale de genul ridicării de pe un scaun, care la început producea durere, și care după finalizarea procesului de învățare poate fi executată fără a mai fi însoțită de durere.

Controlul performanței se face prin exercițiu fizic repetat care îmbunătățește forța musculară și fortifică articulațiile. Modelarea este asigurată de doi factori din cadrul programului: primul este instructorul care face exercițiile împreună cu participantul, și al doilea este reprezentat de ceilalți participanți mai experimentați care îi susțin pe noii participanți și reprezintă modele de îmbunătățire a condiției fizice.

I.2 Cadrul conceptual

O trecere cuprinzătoare în revistă a literaturii de specialitate a pus în lumină aspectele fizice, psihologice și sociale ale procesului de îmbătrânire. O serie de teorii și concepte din literatura de specialitate pregătesc terenul pe care s-a dezvoltat știința gerontologiei și care stă la baza acestei cercetări. Cadrul conceptual al cercetării reprezintă teoriile și conceptele cheie care stau la baza prezentei cercetări. Cadrul conceptual se bazează pe cinci componente interdependente care derivă una din cealaltă așa cum se indică în figura următoare.

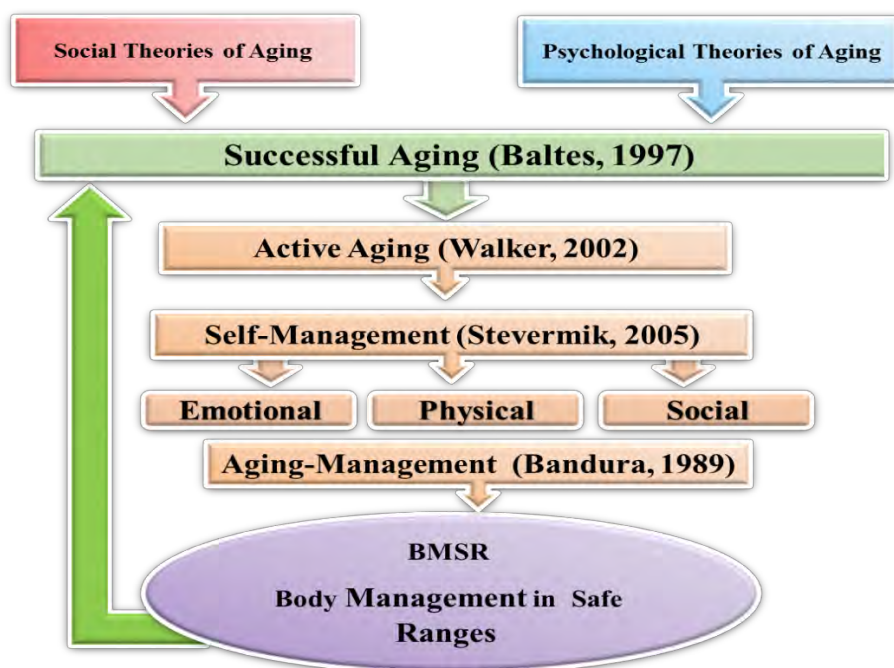


Figura 4: Cadrul conceptual

CAPITOLUL II: PLANUL CERCETĂRII ȘI METODOLOGIA

II.1 Planul cercetării

Planul cercetării este conceput pe structura 2x2x2 [intervenție (grup experimental-grup de control) x durată (înainte-după) x grup (comunitate-cămin de bătrâni)] după cum se ilustrează în tabelul următor:

Tabelul 1: Planul cercetării

Vârstnici în comunitate				Vârstnici în căminul de bătrâni			
Experimental		Control		Experimental		Control	
Înainte	După	Înainte	După	Înainte	După	Înainte	După

II.1.1 Paradigma de cercetare și abordarea

Paradigma de cercetare este cea **secvențială cantitativă-calitativă**, numită și **plan explicativ secvențial** (Creswell, 2018). Rolul important al metodelor calitative utilizate în prezenta cercetare este faptul că sugerează interpretări profunde ale rezultatelor obținute prin intermediul instrumentelor cantitative. Primele trei etape constau în cercetarea cantitativă, după care se colectează datele calitative, al căror scop este de a explica rezultatele cantitative.

Abordarea utilizată este a studiului aplicat; programul a fost implementat pe vârstnici și rețele sociale diferite: comunitate și căminul de bătrâni. Studiul a fost efectuat ca **metodă de a îmbunătăți capacitatea de auto-gestionare în procesul de îmbătrânire în ceea ce privește aspectele fizice și de a integra aceste progrese într-un program de promovare a sănătății structurat ca program de tratament la domiciliu.**

II.1.2 Metodologia selectată pentru prezenta cercetare și justificarea acesteia

Scopul cercetării bazate pe acțiune este ca cercetătorii să exploreze propriile acțiuni care conduc la îmbunătățirea profesională cu privire la trei aspecte: în contextul fenomenului examinat, dezvoltarea profesională a participanților și schimbarea sistemică. Cercetarea bazată pe acțiune aparține perspectivei ecologice.

Paradigma ecologică vorbește despre faptul că cercetătorii fac parte dintr-un construct examinat și ca atare interacționează cu alte componente ale unui sistem social. (Levi, 2006).

Cercetarea bazată pe acțiune este o combinație a două modalități de observare a acțiunii umane: una în care actorii își re-observă acțiunile de la distanță, pentru a le conferi mai mult sens și o a doua care constă în observarea cercetătorului pentru a înțelege ce fac alte persoane într-o anumită conjunctură pe care o trăiesc, care conferă sens acestor structuri. (Denzin & Lincoln, 2011; Shlasky, 2006).

În ceea ce privește prezenta cercetare, în lumina materialului expus, pentru a încerca să atribuim logică demersului nostru și în funcție de natura programului, obiectivele sale și relațiile dintre cercetător / profesor și participanții la cercetare, logica acestei cercetări de acțiune pare a fi logica practică, paradigma cercetării este paradigma interpretativă, constructivistă subiectivă (care încearcă să înțeleagă semnificațiile derivate din program), cu reflexivitate slabă.

Avantajele cercetării calitative derivă în principal din faptul că le permite cercetătorilor să se apropie de lumea participanților analizați și să înțeleagă fenomenele așa cum sunt descrise de aceștia. (Creswell, 2018).

Utilizarea acestei metode în prezentul studiu a conferit o mai mare precizie și profunzime în înțelegerea influenței programului de intervenție BMSR. Rolul important al metodelor calitative în cadrul metodelor mixte de cercetare îl constituie posibilitatea de interpretare aprofundată a rezultatelor obținute prin utilizarea de instrumente calitative (Denzin, 2012).

Triangulația reprezintă **extinderea** cunoștințelor acumulate cu ajutorul diverselor instrumente și explicarea datelor care reprezintă un fenomen într-un anumit mod folosind date care reprezintă fenomenul într-un mod diferit (Teddie & Tashakkori, 2011). Opțiunea pentru triangulație a permis ancorarea clară a rezultatelor cercetării. Se disting două tipuri:

- **Triangulația temporală** – atunci când datele sunt colectate în perioade de timp diferite.
- **Triangulația metodologică** – atunci când se examinează datele colectate printr-o metodă împreună cu datele colectate prin altă metodă.

II.2 Obiectivele, întrebările și ipotezele cercetării

Obiectivele cercetării

1. De a examina dacă participarea la programul BMSR afectează auto-eficacitatea, auto-gestionarea, dorința de a schimba activitatea fizică, funcționarea fizică și nivelul de durere în rândul participanților vârstnici.
2. De a examina percepțiile asupra sprijinului social și măsurii în care programul de intervenție prin mișcare BMSR îmbunătățește auto-eficacitatea, abilitatea de auto-gestionare și starea de funcționalitate a participanților vârstnici din două rețele sociale.

Cercetarea noastră și-a propus să răspundă următoarelor întrebări:

1. Vor experimenta persoanele vârstnice care participă la programul de intervenție o îmbunătățire în ceea ce privește auto-eficacitatea, auto-gestionarea, dorința de a schimba activitatea fizică, funcționarea fizică și nivelul de durere, comparativ cu cei care nu participă la programul de intervenție? (Ipoteza 1)

- 1.1 Care sunt corelațiile între gradul de participare la program și îmbunătățirile cu privire la auto-eficacitate, auto-gestionare, dorința de a schimba activitatea fizică, funcționarea fizică și nivelul de durere? (Ipoteza 1.1)
- 1.2 Care sunt corelațiile între procesele de schimbare survenite în urma participării la programul BMSR și nivelul de schimbare a gradului de auto-eficacitate, auto-gestionare, dorința de a schimba activitatea fizică, funcționarea fizică și nivelul de durere? (Ipoteza 1.2)
- 1.3 Care sunt corelațiile între procesele de schimbare survenite în urma participării la programul BMSR și nivelul de auto-gestionare? (Ipoteza 1.3)
- 1.4 Cum afectează programul de intervenție BMSR auto-gestionarea în rândul participanților?
- 2 Ce diferențe se vor identifica cu privire la gradul de îmbunătățire a auto-eficacității, abilității de auto-gestionare, atitudinile cu privire la activitatea fizică, funcționarea fizică și nivelul de intensitate a durerii în rândul participanților care traiesc în două rețele sociale: comunitate versus cămine de bătrâni? (Ipoteza 2)
 - 2.1 Care sunt corelațiile între percepțiile referitoare la sprijinul social și gradul de îmbunătățire a auto-eficacității, abilității de auto-gestionare, dorinței de a schimba activitatea fizică, funcționării fizice și nivelului de durere? (Ipoteza 2.1)

II.3 Ipoteze de cercetare și justificare

1. Persoanele vârstnice care participă la programul de intervenție vor experimenta o îmbunătățire în ceea ce privește auto-eficacitatea, auto-gestionarea, dorința de a schimba activitatea fizică, funcționarea fizică și nivelul de durere, comparativ cu cei care nu participă la programul de intervenție.
 - 1.1 Se vor identifica corelații pozitive între gradul de participare la program și îmbunătățirile cu privire la auto-eficacitate, auto-gestionare, dorința de a schimba activitatea fizică, funcționarea fizică, nivelul de durere și percepțiile asupra sprijinului social.
 - 1.2 Se vor identifica corelații pozitive între gradul de schimbare în procesul BMSR și gradul de schimbare a auto-eficienței, dorința de schimbare a activității fizice, funcționarea fizică și nivelul de durere.
 - 1.3 Se vor identifica corelații pozitive între gradul de schimbare în procesul BMSR și gradul de schimbare a valorilor auto-gestionării.

2. Se vor identifica diferențe între gradul de îmbunătățire între participanții din cele două rețele sociale, cei care trăiesc în comunitate având îmbunătățiri mai semnificative.

2.1 Se va identifica o corelație pozitivă între percepțiile asupra sprijinului social și îmbunătățirea gradului de auto-eficacitate, auto-gestionare, dorință de schimbare a activității fizice, condiție fizică și nivelul de intensitate a durerii.

II.4 Variabilele cercetării

Variabile dependente	Variabile independente
Auto-eficacitate	Rețele sociale (rezidență în comunitate/în centru pentru bătrâni)
Auto-gestionare	Intervenție BMSR (da/nu)
Dorința de schimbare prin exercițiu fizic	Variabile demografice (sex/vârstă)
Funcționare fizică	În grupul experimental – nivel de participare la program
Intensitatea durerii	Percepția asupra sprijinului social

Modelul de cercetare prezintă relația între variabilele independente și cele dependente.

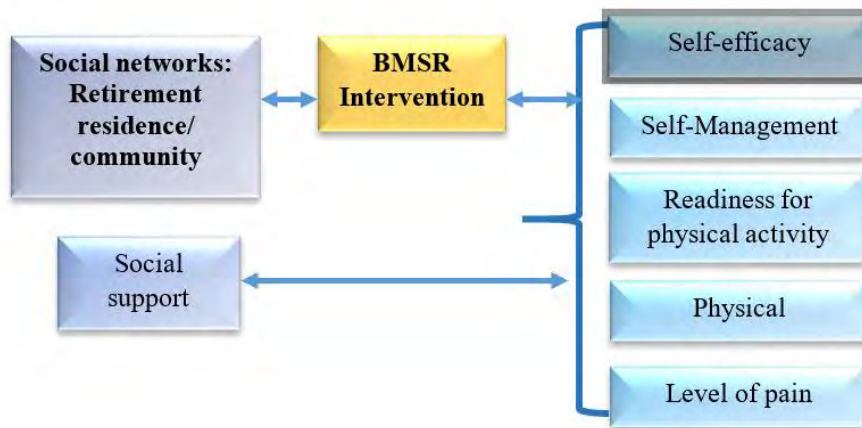


Figura 5: Modelul cercetării

II.5 Populația de cercetare

În cadrul studiului au fost recrutați 149 de adulți vârstnici independenți cu vârsta peste prin metoda **eșantionării de conveniență**. Participanții au fost selectați din rațiuni de interes profesional pe care cercetătoarea îl manifestă în activitatea cu populația vârstnică.

- o 80 participanți din comunitate: 46 participanți în grupul de intervenție și 34 de participanți în grupul de control.

- 69 de participanți din căminul de bătrâni: 36 în grupul de intervenție și 33 de participanți în grupul de control.

Principala diferență dintre aceste rețele sociale este că traiul într-o comunitate se caracterizează prin vieți independente și, astfel, rețeaua socială informală se bazează în principal pe familie și prieteni. Traiul în căminul de bătrâni se bazează pe o rețea formală cu alți rezidenți vârstnici care locuiesc în același loc și se cunosc doar de o perioadă limitată de timp.

II.6 Instrumente de cercetare

A. Chestionar demografic și de informații personale: Acest chestionar conține 10 întrebări. Întrebările 1-8 furnizează date despre condiția fizică și statutul socio-economic al participanților. Întrebarea 9 furnizează date despre dizabilități ale membrilor inferioare, care reprezintă condiția de participare în cadrul studiului. Întrebarea 10 furnizează date despre nivelul de activitate fizică al participanților înainte de înrolarea în cadrul studiului. Participanții au fost identificați cu ajutorul codului numeric (Anexa 4).

B. Chestionar referitor la nivelul general de auto-eficacitate (Chen & Gully, 1997): Acest chestionar a fost tradus de Grant Flumin (1998) și este un chestionar de auto-raportare care conține 8 întrebări cu 3 răspunsuri posibile: (1) deloc, (2) moderat (3) În mare măsură. S-au identificat valori crescute de consistență internă, atât pentru perioada de dinainte de evaluare: Cronbach $\alpha = .93$, cât și pentru cea de după evaluare: Cronbach $\alpha = .94$. Scorurile au fost calculate din mediile itemilor, astfel încât scorurile mari reflectă un nivel înalt de auto-eficacitate (Anexa 5).

C. Chestionar referitor la atitudinea față de sport (dorința de schimbare) (Sarkin et al., 2001): Chestionarul a fost validat și măsurat de Holzer, Oz și Barak (2015). Acesta este un chestionar de auto-raportare cu 8 itemi care evaluează atitudinea față de sport și dorința de schimbare. Itemii sunt clasași pe o scală Likert de cinci puncte, cu următoarele nivele (5) acord puternic. (4) acord; (3) nu sunt sigur; (2) dezacord; (1) dezacord total. Chestionarul a fost completat la început și la sfârșit pentru a examina dacă s-au produs schimbări în ceea ce privește calitatea vieții în urma intervenției. Itemii 1,2,6,11,16 au fost inversați. S-au identificat valori pozitive și crescute de consistență internă atât la pre-testare: Cronbach $\alpha = .78$, cât și după testare: Cronbach $\alpha = .95$. Scorurile au fost calculate din mediile itemilor, astfel încât

valorile crescute reprezintă atitudini mai pozitive față de schimbare cu privire la activitatea fizică (Anexa 6).

D. Chestionar referitor la auto-gestionare (SMAS-30) (Schuermans și colab.,

2005): Acesta este un chestionar de auto-raportare care măsoară abilitatea de auto-gestionare. Chestionarul, elaborat în original în germană, a fost mai întâi tradus din engleză în ebraică de către Sonia Horovitz și Mali Ben-Ari (2019). Chestionarul a fost distribuit la debutul și la sfârșitul studiului. Pentru validare, acest chestionar a fost tradus separat de către doi traducători din engleză în ebraică. S-au identificat valori acceptabile spre crescute de consistență internă atât la pre-evaluare cât și la post-evaluare. Acestea au fost: Luarea de inițiativă - $\alpha = .60$ și $\alpha = .88$, Comportament de investiție- $\alpha = .75$ și $\alpha = .89$, Varietate - $\alpha = .73$ și $\alpha = .87$, Multifuncționalitate- $\alpha = .82$ și $\alpha = .85$, Auto-eficacitate- $\alpha = .86$ și $\alpha = .92$, Stare mentală pozitivă - $\alpha = .82$ și $\alpha = .76$, și scor total - $\alpha = .93$ și $\alpha = .95$ (șa pre-testare, respectiv post-testare). Scorurile au fost calculate din mediile itemilor astfel încât scorurile mai mari reprezintă o abilitate mai mare de auto-gestionare (Anexa 7).

E. Chestionar multi-dimensional referitor la sprijinul social perceput

(Ziment, Dahlem, Ziment & Fanley, 1988): tradus în ebraică de Crofeld (2000). Obiectivul acestui instrument a fost de a examina percepțiile subiective ale participanților referitor la nivelul de sprijin social de care dispun aceștia și care provine din trei surse: familie, prieteni și partenerul de viață. Chestionarul a fost distribuit la începutul studiului. Au fost înregistrate valori mari ale consistenței interne, după cum urmează. Sprijin din partea familiei - $\alpha = .88$, sprijin din partea unei persoane apropiate - $\alpha = .84$, sprijin din partea prietenilor - $\alpha = .94$, scor total sprijin- $\alpha = .91$. Scorurile au fost calculate din mediile itemilor astfel încât scorurile mai mari reprezintă o valoare mai mare a sprijinului social. Corelațiile între cele trei scale au fost $r = 0.38, 0.50,$ și 0.80 ($p < .001$) și astfel s-a utilizat scorul total (Anexa 8).

F. Trei teste fizice: Uniped Stance Test (UST); Sit to Stand Test (STS); Time Up

& Go Test (TUG). (1) un test de echilibru static pe un picior – **Unipedal Stance Test (UST)** – care testează echilibrul static al participanților (Bohannon Larkin, Cook, Gear & Singer, 1984) (Anexa 9). (2) **Sit to Stand Test (STS)** – care măsoară funcția neuromusculară a membrilor inferioare (Janssen, Bussmann & Stam, 2002) (Anexa 10). (3) Test de măsurare a duratei de mers și stat în picioare – **Time Up and Go (TUG)** pentru măsurarea mobilității (Zaion și colab., 2004) (Anexa 11).

Fiabilitatea inter-evaluator pentru cele trei teste fizice a fost examinată cu cinci participanți și trei evaluatori, utilizând ICC (coeficient de corelație inter-clasă). S-au identificat valori ridicate pentru fiabilitatea inter-evaluator. UST: ICC = 0.995, STS: ICC = 0.977, TUG: ICC = 0.990. Funcționarea normativă a fost definită pentru fiecare test în parte în funcție de normele proprii. UST: peste 9.3 secunde. STS: sub 19.4 secunde. TUG: normativ-scor 0-14, necesită asistență parțială- scor 15-20, necesită asistență totală- scor 21 și mai mare. Scorurile continue au fost păstrate, împreună cu categoriile de funcționare normativă.

- G. Scală analog vizuală pentru durere (VAS):** Chestionar referitor la durere - **Visual Analog Scale for Pain (VAS)** – care măsoară nivelul de intensitate a durerii pe care o simt participanții, măsurat pe o scală cu 11 valori, pe care 0 indică absența durerii și 10 durerea intensă (Bijur, 2001). Au fost utilizați trei itemi: durerea în timpul somnului, durerea în perioada de odihnă, și durerea în timpul mișcării, cu valori de la 0 (absența durerii) la 10 (durere extremă). S-au identificat valori acceptabile ale consistențelor interne atât în perioada pre-testare: Cronbach $\alpha = .71$, cât și în cea post-testare: Cronbach $\alpha = .79$. Scorurile au fost calculate din mediile itemilor astfel încât scorurile mai mari reprezintă un nivel de durere crescut (Anexa 12).
- H. Chestionar BMSR (BMSR-21):** Chestionar de auto-raportare care măsoară abilitatea BMSR de a îmbunătăți auto-gestionarea și funcționarea participanților. Acest chestionar a fost special conceput pentru prezenta cercetare cu scopul de a examina dacă se produc schimbări pe perioada intervenției și de a analiza efectele diverselor aspecte ale programului asupra participanților. Chestionarul este alcătuit din patru secțiuni (Anexa 13).
- I. Interviu semi-structurat:** Pentru a completa și a adăuga la cercetare cunoștințele care au rezultat din datele cantitative la sfârșitul procesului de intervenție, au fost realizate interviuri semi-structurate cu doi participanți din fiecare grup - în total 8 participanți au fost intervievați față în față (Anexa 16)
- J. Lista de prezență la lecție:** Pentru a monitoriza participarea la program, a fost ținută o listă de prezență, iar prezența a fost verificată la începutul fiecărei lecții. A fost folosit pentru a cuantifica gradul de participare la program. Participarea la cel puțin 9 sesiuni a fost considerată satisfăcătoare (Anexa 15).

II.4 Procedura de cercetare

S-a obținut avizul Comisiei de Etică a Facultății de Filosofie și Științe Social-Politice a Universității Alexandru Ioan Cuza din Iași în vederea efectuării cercetării (Anexa 2).

Încărcarea chestionarelor și testelor pe Google Docs: în vederea procesării datelor, toate chestionarele de cercetare și datele din testele fizice au fost încărcate pe Google Docs. Acest proces a fost efectuat sub supravegherea unui expert în statistică.

II.5 Procesul de recrutare a voluntarilor pentru cercetarea din rețelele sociale

A. Căminele de bătrâni

Grupul de intervenție: participanții au fost recrutați prin notificări și publicații locale care solicitau adulților vârstnici să se ofere voluntari pentru grupul BMSR și studiul aferent. În plus, în iunie 2019, la o zi dedicată evenimentelor sportive organizată la locație, a fost organizat un stand pentru a prezenta video a metodei BMSR și pentru a explica designul cercetării. Locuitorii au fost invitați să audieze conținutul și să se alăture programului. **Grupul de control:** participanții au fost recrutați în cadrul unei serii de vizite organizate de cercetătoare dintre acele persoane care nu au luat parte la intervenție.

B. Traiul în comunitate

Grupul de intervenție: pentru identificarea grupului de intervenție și grupului de control din cadrul comunității, cercetătoarea a contactat șeful departamentului de cultură și sport din cadrul municipalității și a înaintat o cerere prin care a solicitat avizul formal pentru organizarea în comunitate a unei lecții demonstrative care a fost ținută în două centre de zi pentru persoane vârstnice, după care participanții s-au putut înscrie în grup. În plus, s-au stabilit o zi și o oră pentru grupul de intervenție cu începere din noiembrie 2019 și până în aprilie 2020. **Grupul de control:** Grupul de control a fost recrutat dintre participanții din alte zone de interes care frecventează aceste centre.

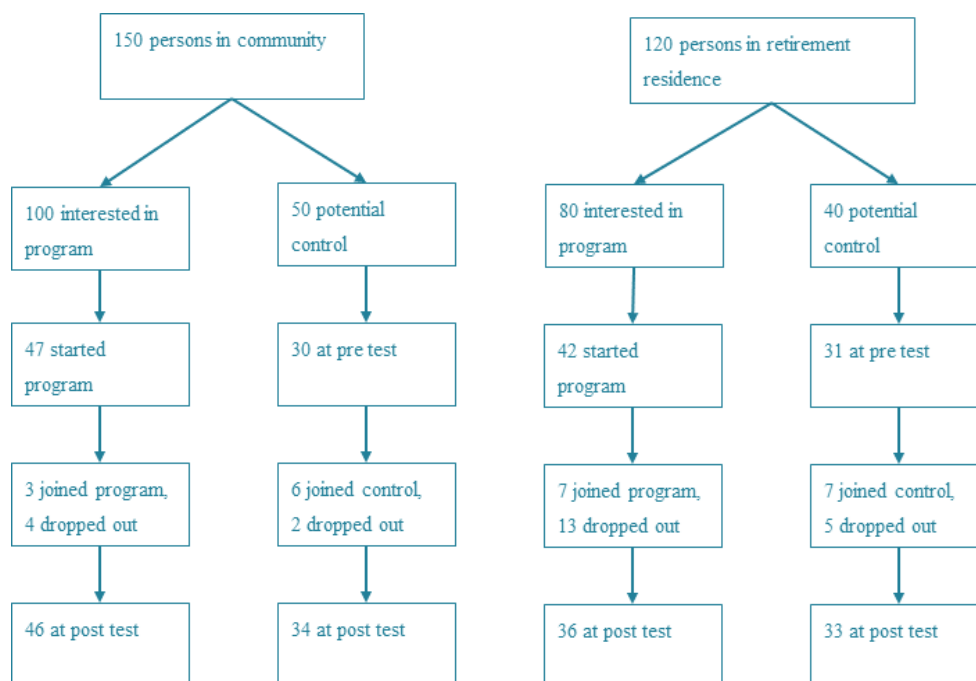


Figura 6: Consort flow chart

II.6 Designul cercetării

Procedura de cercetare: S-a obținut avizul Comisiei de Etică a Facultății de Filosofie și Științe Social-Politice a Universității Alexandru Ioan Cuza din Iași în vederea efectuării cercetării (Anexa 1a, 1b) și s-au organizat sesiuni explicative. S-a obținut avizul Comisiei de Etică a Facultății de Filosofie și Științe Social-Politice a Universității Alexandru Ioan Cuza din Iași în vederea efectuării cercetării. Fiecare participant a completat un formular de consimțământ informat (Anexa 3). Pre-testul a inclus chestionare și teste fizice efectuate pe toți participanții din cele două rețele sociale înainte de începerea intervenției și la sfârșitul intervenției, 6 luni mai târziu. În plus, în grupurile de intervenție, chestionarul BMSR a fost livrat la începutul intervenției, la sfârșitul sesiunilor 2, 10, 18 și la sfârșitul intervenției.

II.7 Rolul cercetătorului și considerații de natură etică

Considerații externe: S-a obținut avizul Comisiei de Etică a Facultății de Filosofie și Științe Social-Politice a Universității Alexandru Ioan Cuza din Iași.

Considerații interne: Cercetătoarea este implicată în domeniul de cercetare, fiind creatoarea programului de intervenție. Astfel, pentru a reduce la minimum influența sa asupra participanților și după cum s-a procedat și în alte studii similare din domeniu, s-a apelat la cercetarea cantitativă (Reznick, 2007), primele trei etape ale studiului fiind

din acest motiv etape de cercetare cantitativă. Pe de altă parte, din dorința de a înțelege mai bine efectele programului asupra participanților, a fost adăugată o a patra etapă a cercetării, care a fost de natură calitativă (Shkedi, 2011).

Pentru a evita influențele indezirabile și atitudinea subiectivă, părtinitoare, chestionarele au fost de auto-raportare și cu întrebări închise, care au permis raportarea autentică din perspectiva participanților. Chestionarele au fost, de asemenea, anonimizate, astfel încât participanții să-și poată expune sentimentele în mod liber și informativ, fără niciun sentiment de obligație față de cercetătoare, care chiar și în aceste condiții s-a străduit să reducă la minimum posibil orice astfel de efecte.

II.8 Analiza datelor

Analiza cantitativă

Datele au fost analizate cu SPSS (versiunea 26). Caracteristicile participanților au fost descrise prin intermediul mediilor și deviațiilor standard pentru variabilele continue (de ex. vârsta), și prin intermediul frecvențelor și procentelor pentru variabile categoriale (de ex. genul). Comparațiile între grupuri s-au efectuat prin intermediul analizelor de varianță bi-direcționale pentru variabilele continue și prin intermediul testelor Z pentru semnificația diferenței între două proporții independente, pentru variabilele categoriale. Consistențele interne (Cronbach α) au fost calculate pentru variabilele studiului la fiecare punct de măsurare. Rata de fiabilitate inter-evaluator cu ICC (coeficient de corelare inter-clasă) a fost aplicată testelor fizice. Mai multe analize ale factorilor principali ai componentelor, cu rotație varimax și valori proprii mai mari de 1, au fost calculate pentru chestionarul BMSR, în timp. Scorurile au fost calculate în mod corespunzător pentru mediile itemilor.

Statutul inițial al participanților a fost analizat prin două analize de variație pentru variabilele continue, în funcție de grup (intervenție/ control) și cadru social (comunitate/ cămin de bătrâni). Diferențele între grupuri și contexte sociale din variabilele categoriale au fost analizate prin intermediul testelor χ^2 și al testelor Z pentru semnificația diferențelor între proporțiile independente. Diferențele din cadrul chestionarului BMSR în funcție de contextul social (comunitate/ cămin de bătrâni), au fost analizate prin intermediul testelor-t cu valori de efect Cohen d.

Primele două ipoteze au fost examinate cu măsurători repetate bi-direcționale ale varianței în funcție de momentul testării (pre/ post), grup (intervenție/ control) și cadru social (comunitate/ cămin de bătrâni). Analizele au inclus efectele principale pentru

momentul testării, grup și cadru social, toate interacțiunile de ordin secund și interacțiunea de ordin trei a momentului testării în funcție de grup și cadru social. Diferențele inițiale între grupuri, în momentul în care s-au dovedit a fi semnificative, au fost controlate. Interacțiunile semnificative au fost interpretate cu medii marginale estimate. Diferențele în timp din variabilele categoriale au fost analizate cu teste McNemar și Wilcoxon în cadrul fiecărui sub-grup.

Modificările din cadrul BMSR au fost analizate cu măsurători repetate ale analizelor de variație, inclusiv cadrul social și cele patru puncte temporale (design de 2x4). În plus, datorită faptului că un număr de participanți au furnizat date incomplete, schimbările graduale între diferite repere temporale au fost analizate separat, cu câte două repere de timp în fiecare analiză (design de 2x2), pentru a păstra un eșantion cât mai larg posibil.

Schimbarea survenită în variabilele studiului între a doua și ultima sesiune a fost calculată prin ajustarea câștigurilor reziduale, definind fiecare scor de schimbare în funcție de scorul inițial. Ipotezele a treia și a patra au fost examinate mai întâi cu ajutorul corelațiilor între schimbarea survenită în variabilele studiului și schimbarea în dimensiunile BMSR. Au fost apoi calculate regresii ierarhice multiple pentru schimbarea survenită în variabilele studiului, cu: cadrul social, numărul de sesiuni frecventate și schimbările în dimensiunile BMSR. Ipotezele a cincea și a șasea au fost analizate cu ajutorul corelațiilor Pearson între numărul de sesiuni la care au participat subiecții, iar sprijinul social înainte de începerea studiului și schimbarea variabilelor studiului au fost analizate din perspectiva cadrului social. Diferențele între valorile acestor corelații între grupul din comunitate și cel din căminul de bătrâni au fost calculate cu Fisher Z.

II.8.1 Analiza calitativă

Interviurile cu participanții la intervenție aplicate la finalul studiului au avut ca scop evaluarea modului în care intervenția a afectat capacitatea de auto-gestionare a participanților. Aceste interviuri au fost supuse analizei calitative. Analizele au fost efectuate în conformitate cu cele șapte etape propuse de Kacen și Krumer Nevo (2010): (1) Citirea holistică a datelor; (2) organizarea și restrângerea datelor; (3) Segmentarea datelor în unități de analiză mai mici; (4) Construirea și conceptualizarea datelor; (5) Re-citirea holistică a datelor; (6) Verificarea datelor (7) Redactarea.

Datele au fost introduse în tabele care prezintă fiecare categorie menționată de participanții la interviu și inclusă în auto-gestionare sau ca și categorii unice specifice BMSR. Aceste categorii au fost: investiție, inițiativă, BMSR ca program de auto-gestionare în procesul de îmbătrânire, activitate/îmbunătățire fizică, sprijin social, conștientizare, gândie pozitivă, calitatea vieții, tipare schimbate, ameliorare a stării mentale și reducerea durerii. Fiecare categorie a fost apoi analizată separat iar conținuturile similare au fost unite. În final, rezultatele calitative legate de ca program de auto-gestionare în procesul de îmbătrânire au fost grupate împreună. Tabelul următor detaliază etapele cercetării:

Tabelul 2: Etapele cercetării

Etapa 1. Pre-intervenție: Cercetare cantitativă	
Obiectiv	Teste program pre-intervenție: examinarea condiției participanților înainte de intervenție
Instrumente de cercetare	A-Chestionar demografic C- Chestionar privitor la auto-eficacitate D- Chestionar privitor la motivația pentru schimbare E- Chestionar privitor la auto-gestionare (SMAS-30) F- Chestionar privitor la sprijinul social (MSPSS) G- Chestionar privitor la nivelul durerii-(VAS) H- Testele fizice au inclus trei teste: Test de echilibru -(UST), Sit To Stand-(Sts), Time Up & Go-(TUG)
Populația de cercetare	<u>4 grupuri</u> : persoane vârstnice din centrele pentru bătrâni – (2): Experimental/ Control persoane vârstnice din comunitate- (2): Experimental/ Control
Analiza datelor	Statisticile descriptive au fost calculate pentru datele demografice și comparate în funcție de grup: recvențe și procente pentru variabilele categoriale, comparativ cu Chi-pătrat, și media și abaterile standard pentru variabilele continue, comparativ cu ANOVA. Variabilele de cercetare au fost descrise cu medii și abateri standard și comparate pe grupuri cu ANOVA bidirecțional
Etapa 2. Intervenție: Cercetare cantitativă	
Obiectiv	Chestionar aplicat în timpul intervenției (după ședințele: 2, 10, 18, 24) 1. Pentru a măsura schimbările pe perioada intervenției 2. pentru a înțelege acuratețea chestionarului BMSR-21
Instrumente de cercetare	H- chestionarul BMSR (BMSR-21)
Populația de cercetare	<u>2 grupuri</u> : căminul de bătrâni – Experimental; comunitate- Experimental
Analiza datelor	Scorurile BMSR au fost descrise cu medii și deviații standard și comparate în funcție de timp și grup cu măsurători bidirecționale de analiza variației.

Etapa 3 Post-intervenție: Cercetare cantitativă	
Obiectiv	Teste post-intervenție De a măsura schimbările produse ca rezultat al intervenției
Instrumente de cercetare	C- Chestionar privitor la auto-eficacitate D- Chestionar privitor la motivația pentru schimbare E- Chestionar privitor la auto-gestionare (SMAS-30) F- Chestionar privitor la nivelul durerii-(VAS) G- Testele fizice includ trei tipuri de teste: test de echilibru –(UST), Sit To Stand- (Sts), Time Up & Go-(TUG)
Populația de cercetare	4 grupuri: persoane vârstnice din centrele pentru bătrâni – (2): Experimental/ Control persoane vârstnice din comunitate- (2): Experimental/ Control
Analiza datelor	Scorurile pre- și post- evaluare au fost calculate cu ajutorul mediilor și deviațiilor standard și comparate în funcție de moment, grup (Experimental/ Control), și sistem social (cămin de bătrâni/ comunitate) cu măsurători repetate tri-direcționale ANOVA.
Etapa 4 Post-intervenție: Cercetare calitativă	
Obiectiv	Interviu post-cercetare De a descoperi modul în care participarea la BMSR îmbunătățește auto-gestionarea
Instrumente de cercetare	I – interviuri semi-structurate
Populația de cercetare	2 grpuri: 4 participanți din căminul de bătrâni - Experimental 4 participanți din comunitate - Experimental
Analiza datelor	Analiza tematică a conținutului a fost efectuată după modelele furnizate de Shkedi (2003, 2018) și Corbin și Strauss (2015). Mai întâi s-a efectuat codarea deschisă pe toate categoriile de conținut menționate de participanți, care au fost consemnate. S-a efectuat apoi codarea axială (cartografiere) și selectivă, pentru a examina relația între diverse categorii și conținutul specific al fiecărei categorii. Unele categorii au fost unite și altele divizate, în funcție de conținut. Au fost definite temele și sub-temele centrale. Procesul a continuat până la stabilirea a trei teme și sub-teme finale. Fiabilitatea și validitatea analizei au fost confirmate: încredere, credibilitate, transferabilitate, fiabilitate și confirmabilitate (Corbin & Strauss, 2015; Golafshani, 2003).

CAPITOLUL III: REZULTATE

II.1 Etapa 1 – Diferențe pre-testare în funcție de grup și rețele sociale

III.1.1 Participanți

Participanții la prezentul studiu au fost 149 de persoane vârstnice, 123 de femei (82.6%) și 26 de bărbați (17.4%), cu vârste cuprinse între 65 și 97 de ani ($M = 77.09$, $SD = 7.71$). 82 (55.0%) de participanți au luat parte la un program de intervenție BMSR cu 21 de ședințe (46 din comunitate și 36 din căminul de bătrâni), iar 67 (45.0%) de participanți au constituit grupul de control (34 din comunitate și 33 din căminul de bătrâni). Tabelul 3 prezintă caracteristicile de fond în funcție de grup și rețea socială.

Tabelul 3: Caracteristicile participanților în funcție de grup și rețeaua socială ($N = 149$)

			Intervenție (n = 82)		Control (n = 67)	
		Total N (%)	Comunitate (n = 46) N (%)	Cămin de bătrâni (n = 36) N (%)	Comunitate (n = 34) N (%)	Cămin de bătrâni (n = 33) N (%)
Vârsta (M, SD)	62-97	77.09 (7.71)	71.26 (4.27)	82.03 (4.00)	72.35 (6.17)	83.62 (4.68)
Sex	Feminin	123 (82.6)	38 (82.6)	29 (80.6)	29 (85.3)	27 (81.8)
	Masculin	26 (17.4)	8 (17.4)	7 (19.4)	5 (14.7)	6 (18.2)
Stare civilă	Văduv(ă)	68 (45.6)	12 (26.1)	28 (77.8)	5 (14.7)	23 (69.7)
	Căsătorit (ă)	74 (49.7)	33 (71.7)	5 (13.9)	27 (79.4)	9 (27.3)
	Divorțat(ă separat(ă)	7 (4.7)	1 (2.2)	3 (8.3)	2 (5.9)	1 (3.0)
Stare materială	Sub medie	27 (18.2)	11 (23.9)	5 (13.9)	7 (20.6)	4 (12.5)
	Medie	41 (27.7)	17 (37.0)	4 (11.1)	9 (26.5)	11 (34.4)
	Peste medie	80 (54.1)	18 (39.1)	27 (75.0)	18 (52.9)	17 (53.1)

Vârsta medie a participanților a fost de 77 de ani, fără diferențe semnificative între grupuri ($F(1, 145) = 2.78, p = .098, \eta^2 = .019$). Cu toate acestea, participanții din căminele de bătrâni aveau media de vârstă mai mare decât cei din comunitate ($M = 82.75, SD = 4.36$ vs. $M = 71.72, SD = 5.16, F(1, 145) = 187.43, p < .001, \eta^2 = .569$). Majoritatea participanților au fost femei, fără diferențe semnificative legate de grup ($Z = 0.30, p = .764$) sau de rețeaua socială ($Z = 0.41, p = .$).

Tabelul 4 prezintă rezultatele pentru auto-eficacitate, abilitatea de auto-gestionare, atitudinile față de activitatea fizică și sprijinul social perceput, în funcție de grup și rețeaua socială, la pre-testare.

Tabelul 4 : Medii la pre-testare, deviații standard și valori F pentru auto-eficacitate, abilitatea de auto-gestionare, atitudini față de activitatea fizică și sprijinul social perceput, în funcție de grup și rețea socială (N = 149)

	Interval		intervenție (n = 82)		Control (n = 67)		Diferență		
		Total M (SD)	Comunitate (n = 46) M (SD)	Cămin bătrâni (n = 36) M (SD)	Comunitate (n = 34) M (SD)	Cămin bătrâni (n = 33) M (SD)	F_{group} (1,145) (p) (η^2)	F_{setting} (1,145) (p) (η^2)	$F_{\text{group} \times \text{setting}}$ (1,145) (p) (η^2)
Auto-eficacitate	1-3	2.51 (0.48)	2.57 (0.41)	2.55 (0.41)	2.44 (0.56)	2.47 (0.57)	1.54 (p=.216) (η^2 =.011)	0.01 (p=.921) (η^2 =.001)	0.12 (p=.727) (η^2 =.001)
Auto-gestionare:									

Scor total	1-6	3.98 (0.67)	4.11 (0.58)	4.13 (0.49)	3.73 (0.79)	3.92 (0.77)	7.29 (p=.008) (η²=.048)	0.90 (p=.344) (η ² =.006)	0.60 (p=.438) (η ² =.004)
Inițiative	1-6	3.83 (0.65)	3.79 (0.55)	4.04 (0.44)	3.56 (0.76)	3.91 (0.76)	3.08 (p=.082) (η ² =.021)	8.28 (p=.005) (η²=.054)	0.21 (p=.644) (η ² =.001)
Comportament investiție	1-6	3.99 (0.80)	4.15 (0.72)	4.20 (0.62)	3.72 (0.84)	3.84 (0.93)	9.37 (p=.003) (η²=.061)	0.41 (p=.522) (η ² =.003)	0.06 (p=.814) (η ² =.001)
Varietate	1-6	3.28 (0.75)	3.40 (0.73)	3.36 (0.55)	3.01 (0.78)	3.30 (0.90)	3.33 (p=.070) (η ² =.022)	1.04 (p=.309) (η ² =.007)	1.70 (p=.195) (η ² =.012)
Multi-funcționalitate	1-6	4.56 (1.01)	4.62 (0.89)	4.78 (0.75)	4.33 (1.27)	4.47 (1.11)	3.27 (p=.073) (η ² =.022)	0.82 (p=.366) (η ² =.006)	0.01 (p=.942) (η ² =.001)
Auto-eficacitate	1-6	4.39 (0.85)	4.53 (0.88)	4.58 (0.58)	4.02 (0.98)	4.35 (0.84)	7.49 (p=.007) (η²=.049)	1.86 (p=.174) (η ² =.013)	1.03 (p=.313) (η ² =.007)
Gândire pozitivă	1-6	3.85 (1.00)	4.15 (0.84)	3.78 (0.88)	3.72 (1.11)	3.64 (1.14)	3.03 (p=.084) (η ² =.020)	1.98 (p=.162) (η ² =.013)	0.76 (p=.386) (η ² =.005)
Atitudini față de activitatea fizică	1-5	3.38 (0.52)	3.65 (0.43)	3.30 (0.39)	3.25 (0.49)	3.24 (0.65)	8.09 (p=.005) (η²=.053)	5.19 (p=.024) (η²=.035)	4.42 (p=.037) (η²=.030)
Sprijin social scor total	1-7	5.46 (1.13)	5.50 (1.13)	5.62 (1.17)	5.07 (1.23)	5.63 (0.89)	1.30 (p=.256) (η ² =.009)	3.34 (p=.070) (η ² =.023)	1.45 (p=.231) (η ² =.010)

Tabelul 5 : Nivel inițial de intensitate a durerii, UST, STS, și TUG, în funcție de grup și rețele sociale (N = 149)

	Interval	Intervenție (n = 82)			Control (n = 67)		Diferență		
		Total M (SD)	Comunitate (n = 46) M (SD)	Cămin bătrâni (n = 36) M (SD)	Comunitate (n = 34) M (SD)	Cămin bătrâni (n = 33) M (SD)	F _{group} (1,145) (p) (η ²)	F _{setting} (1,145) (p) (η ²)	F _{group X setting} (1,145) (p) (η ²)
Durere	0-5	0.89 (1.04)	0.96 (1.10)	0.61 (0.77)	1.08 (1.34)	0.92 (0.80)	1.58 (p=.211) (η ² =.011)	2.18 (p=.142) (η ² =.015)	0.30 (p=.587) (η ² =.002)
UST (n = 130)	0:01- 0:42	0:11.06 (0:08.32)	0:12.27 (0:07.93)	0:10.82 (0:08.67)	0:11.83 (0:09.56)	0:07.60 (0:05.72)	1.45 (p=.230) (η ² =.011)	3.53 (p=.063) (η ² =.027)	0.85 (p=.360) (η ² =.007)
STS (n = 146)	0:08- 0:40	0:12.82 (0:04.15)	0:11.70 (0:04.97)	0:13.53 (0:03.89)	0:12.85 (0:03.39)	0:13.58 (0:03.70)	0.76 (p=.385) (η ² =.005)	3.46 (p=.065) (η ² =.024)	0.64 (p=.426) (η ² =.004)
TUG (n = 143)	0:02- 0:38	0:16.29 (0:04.85)	0:15.46 (0:04.59)	0:16.26 (0:04.46)	0:17.38 (0:05.91)	0:16.39 (0:04.30)	1.54 (p=.217) (η ² =.011)	0.01 (p=.915) (η ² =.001)	1.18 (p=.280) (η ² =.008)

III.1.2 Etapa 2 – Rezultate legate de intervenție

Tabelul 6: Medii și deviații standard pentru BMSR, în funcție de momentul evaluării și rețeaua socială (N = 82)

	Ședința 2		Ședința 10		Ședința 18		Ședința finală	
	Comunitate (n=39) M(SD)	Cămin bătrâni (n=27) M(SD)	Comunitate (n=44) M(SD)	Cămin bătrâni (n=33) M(SD)	Comunitate (n=45) M(SD)	Cămin bătrâni (n=36) M(SD)	Comunitate (n=42) M(SD)	Cămin bătrâni (n=36) M(SD)
Volum activitate fizică (1-5)	2.41 (0.75)	3.56 (1.22)	2.45 (0.73)	3.70 (1.01)	3.09 (0.90)	3.86 (0.96)	2.95 (0.82)	4.08 (0.87)
Condiția fizică și percepția asupra programului (1-5)								
Scor total	3.47 (0.50)	3.67 (0.63)	3.85 (0.44)	4.03 (0.41)	4.04 (0.39)	3.99 (0.38)	4.27 (0.39)	4.14 (0.63)
Senzația de durere	1.75 (0.58)	1.47 (0.44)	1.50 (0.68)	1.45 (0.54)	1.51 (0.45)	1.44 (0.48)	1.39 (0.58)	1.59 (0.49)
Percepție fizică generală	2.96 (0.72)	3.06 (0.81)	3.34 (0.61)	3.61 (0.50)	3.66 (0.52)	3.62 (0.47)	3.91 (0.57)	3.87 (0.77)
Satisfacția legată de program	3.54 (0.83)	3.89 (0.77)	4.24 (0.56)	4.36 (0.57)	4.37 (0.46)	4.23 (0.58)	4.64 (0.46)	4.40 (0.74)
Aspectul auto- gestionării în cadrul programului (1-5)	3.54 (0.63)	3.91 (0.57)	4.12 (0.52)	4.11 (0.78)	4.25 (0.40)	4.31 (0.56)	4.37 (0.41)	4.34 (0.64)
Factori care încurajează participarea (0-1)								
Competențe de zi cu zi îmbunătățite	0.31 (0.29)	0.31 (0.20)	0.61 (0.30)	0.40 (0.35)	0.61 (0.26)	0.53 (0.31)	0.65 (0.29)	0.66 (0.31)
Stare generală îmbunătățită	0.42 (0.26)	0.40 (0.26)	0.91 (0.17)	0.46 (0.35)	0.89 (0.17)	0.78 (0.32)	0.77 (0.26)	0.30 (0.27)
Motivație socială	0.53 (0.40)	0.65 (0.41)	0.47 (0.47)	0.67 (0.44)	0.59 (0.31)	0.49 (0.35)	0.51 (0.36)	0.29 (0.32)

Tabel 7: Analiza varianței variabilelor BMSR, în funcție de moment și rețele sociale (N = 82)

	Total (n = 60)		Ședințele 2-10 (n = 64)		Ședințele 10-18 (n = 76)		De la ședința 18 la ședința finală (n = 77)		Diferență cadru final
	F_{time} (3,174) (p) (η^2)	$F_{time \times setting}$ (3,174) (p) (η^2)	F_{time} (1,62) (p) (η^2)	$F_{time \times setting}$ (1,62) (p) (η^2)	F_{time} (1,74) (p) (η^2)	$F_{time \times setting}$ (1,74) (p) (η^2)	F_{time} (1,75) (p) (η^2)	$F_{time \times setting}$ (1,75) (p) (η^2)	$F_{setting}$ (1,75) (p) (η^2)
Volum activitate fizică (1-5)	9.07 (p<.001) (η^2 =.135)	2.67 (p=.082) (η^2 =.045)	0.92 (p=.342) (η^2 =.015)	0.56 (p=.456) (η^2 =.009)	14.35 (p<.001) (η^2 =.162)	5.75 (p=.019) (η^2 =.072)	0.22 (p=.639) (η^2 =.003)	5.23 (p=.025) (η^2 =.065)	11.94 (p<.001) (η^2 =.168)
Condiția fizică și percepția asupra programului (1-5)									
Scor total	23.54 (p<.001) (η^2 =.289)	2.80 (p=.060) (η^2 =.046)	23.09 (p<.001) (η^2 =.271)	0.08 (p=.778) (η^2 =.001)	3.53 (p=.064) (η^2 =.046)	6.60 (p=.012) (η^2 =.082)	12.81 (p<.001) (η^2 =.146)	0.63 (p=.428) (η^2 =.008)	9.16 (p=.003) (η^2 =.109)
Senzația de durere	0.57 (p=.620) (η^2 =.010)	1.71 (p=.189) (η^2 =.029)	0.54 (p=.466) (η^2 =.009)	0.01 (p=.988) (η^2 =.001)	0.01 (p=.934) (η^2 =.001)	0.04 (p=.835) (η^2 =.001)	0.03 (p=.856) (η^2 =.001)	3.54 (p=.064) (η^2 =.045)	3.93 (p=.052) (η^2 =.062)
Percepție fizică generală	25.81 (p<.001) (η^2 =.308)	1.17 (p=.318) (η^2 =.020)	19.85 (p<.001) (η^2 =.242)	0.50 (p=.483) (η^2 =.008)	6.28 (p=.014) (η^2 =.078)	5.37 (p=.023) (η^2 =.068)	12.12 (p<.001) (η^2 =.139)	0.01 (p=.926) (η^2 =.001)	3.60 (p=.062) (η^2 =.046)
Satisfacția legată de program	21.44 (p<.001) (η^2 =.270)	1.53 (p=.222) (η^2 =.026)	27.71 (p<.001) (η^2 =.309)	1.60 (p=.211) (η^2 =.025)	0.02 (p=.892) (η^2 =.001)	2.34 (p=.131) (η^2 =.038)	10.83 (p=.002) (η^2 =.126)	0.60 (p=.441) (η^2 =.008)	16.44 (p<.001) (η^2 =.180)

Tabelul 8- continuare: Analiza varianței variabilelor BMSR, în funcție de moment și rețelele sociale (N = 82)

	Total (n = 60)		2 nd to 10 th session (n = 64)		10 th to 18 th session (n = 76)		18 th to final session (n = 77)		Final setting difference
	F_{time} (3,174) (p) (η^2)	$F_{time \times setting}$ (3,174) (p) (η^2)	F_{time} (1,62) (p) (η^2)	$F_{time \times setting}$ (1,62) (p) (η^2)	F_{time} (1,74) (p) (η^2)	$F_{time \times setting}$ (1,74) (p) (η^2)	F_{time} (1,75) (p) (η^2)	$F_{time \times setting}$ (1,75) (p) (η^2)	$F_{setting}$ (1,75) (p) (η^2)
Aspectul auto-gestionării în cadrul programului (1-5)	19.05 (p<.001) (η^2 =.247)	0.70 (p=.482) (η^2 =.012)	13.74 (p<.001) (η^2 =.181)	0.32 (p=.573) (η^2 =.005)	7.01 (p=.010) (η^2 =.087)	0.10 (p=.759) (η^2 =.001)	2.62 (p=.110) (η^2 =.034)	1.15 (p=.288) (η^2 =.015)	2.38 (p=.128) (η^2 =.039)
Factori care încurajează participarea (0-1)									
Competențe de zi cu zi îmbunătățite	17.09 (p<.001) (η^2 =.228)	2.74 (p=.049) (η^2 =.045)	17.55 (p<.001) (η^2 =.221)	8.20 (p=.006) (η^2 =.117)	1.24 (p=.269) (η^2 =.016)	1.52 (p=.221) (η^2 =.020)	7.04 (p=.010) (η^2 =.086)	0.58 (p=.449) (η^2 =.008)	3.28 (p=.074) (η^2 =.042)
Stare generală îmbunătățită	36.95 (p<.001) (η^2 =.389)	13.84 (p<.001) (η^2 =.193)	66.88 (p<.001) (η^2 =.519)	33.80 (p<.001) (η^2 =.353)	15.24 (p<.001) (η^2 =.171)	20.43 (p<.001) (η^2 =.216)	62.16 (p<.001) (η^2 =.453)	23.52 (p<.001) (η^2 =.239)	52.78 (p<.001) (η^2 =.413)

Motivație socială	3.52 (p=.021) (η^2 =.057)	3.02 (p=.038) (η^2 =.049)	0.03 (p=.861) (η^2 =.001)	0.14 (p=.706) (η^2 =.002)	0.41 (p=.525) (η^2 =.005)	5.62 (p=.020) (η^2 =.071)	5.96 (p=.017) (η^2 =.074)	1.63 (p=.206) (η^2 =.021)	5.64 (p=.020) (η^2 =.070)
--------------------------	--	--	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--	--	---------------------------------------	--

III.1.3 Etapa 3 – Rezultatele testelor post-intervenție

Tabelul 9: Valorile F pentru schimbările survenite cu privire la intensitatea durerii și testele fizice, în funcție de moment, grup și de rețeaua socială ($N = 149$)

	F_{time} (p) (η^2)	$F_{time \times group}$ (p) (η^2)	$F_{time \times group \times setting}$ (p) (η^2)	Interacțiuni de ordin doi / trei:			
				Intervenție-Comunitate F_{time} (p) (η^2)	Intervenție – Cămin bătrâni F_{time} (p) (η^2)	Control-Comunitate F_{time} (p) (η^2)	Control-Cămin bătrâni F_{time} (p) (η^2)
Durere (0-5)	23.06 (p<.001) (η^2 =.137)	4.26 (p=.041) (η^2 =.283)	0.02 (p=.883) (η^2 =.001)	26.00 d (p<.001) (η^2 =.152)		3.43 (p=.066) (η^2 =.023)	
UST (n = 123)	21.98 (p<.001) (η^2 =.156)	30.90 (p<.001) (η^2 =.206)	1.53 (p=.219) (η^2 =.013)	76.54 i (p<.001) (η^2 =.391)		0.29 (p=.592) (η^2 =.002)	
STS (n = 146)	1.20 (p=.275) (η^2 =.008)	20.07 (p<.001) (η^2 =.124)	0.51 (p=.474) (η^2 =.004)	6.39 d (p=.013) (η^2 =.043)		14.08 i (p<.001) (η^2 =.090)	
TUG (n = 141)	2.18 (p=.142) (η^2 =.016)	2.93 (p=.089) (η^2 =.021)	4.28 (p=.040) (η^2 =.030)	0.64 (p=.425) (η^2 =.005)	6.48 d (p=.012) (η^2 =.045)	1.09 (p=.298) (η^2 =.008)	1.25 (p=.265) (η^2 =.009)

Notă. Durere: $df = 1, 145$; UST: $df = 1, 119$; STS: $df = 1, 142$; TUG: $df = 1, 137$.

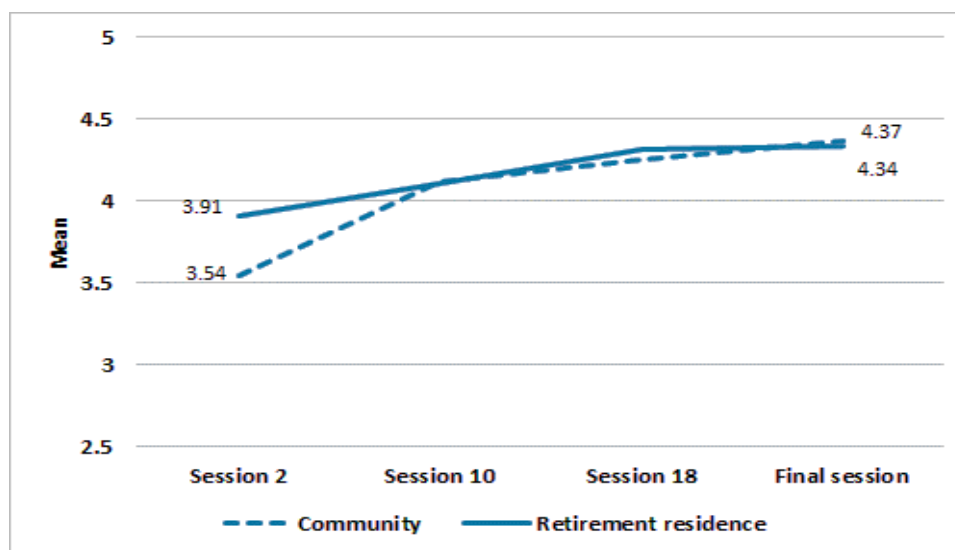


Figura 7: Schimbări survenite în aspecte legate de auto-gestionare în cadrul programului, în funcție de moment și rețele sociale

Tabelul 10: Corelații între schimbările survenite în ceea ce privește abilitatea de auto-gestionare și dimensiunile BMSR (N = 63)

	Volum activitate fizică	Condiția fizică și percepția asupra programului			Factori care încurajează participarea		
		Scor total	Stare fizică generală	Satisfacția cu privire la program	Competențe de zi cu zi îmbunătățite	Stare generală îmbunătățită	Motivație socială
BMSR- auto-gestionare	.44***	.87***	.86***	.76***	.60***	-.05	-.04
SMAS:							
Scor total	.52***	.37**	.47***	.35**	.44***	-.34**	-.04
Inițiative	.57***	.35**	.44***	.33**	.42***	-.17	.08
Comportament de investitie	.60***	.32*	.39**	.32**	.42***	-.45***	-.11
Varietate	.45***	.31*	.44***	.24	.30*	-.41***	-.17
Multi-funcționalitate	.08	.24	.30*	.28*	.27*	-.18	.03
Auto-gestionare Auto-eficacitate	.28*	.34**	.36**	.38**	.33**	-.27*	-.10
Stare mentală pozitivă	.43***	.25*	.38**	.11	.31*	-.07	.17

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

III.1.4 Etapa 4 – Rezultate calitative

Tabelul 11: Categoriile ale programului de intervenție BMSR rezultate din analiza de conținut

Categorie	Citat
Investiție	<i>Faptul că perseverez cu exercițiile fizice mă face să mă simt excelent; dacă sar o ședință îmi lipsește toată săptămâna</i>
Inițiativă	<i>Recomand să se facă cel puțin două astfel de ședințe pe săptămână, ca să învățăm anumite lucruri</i>
BMSR ca program de auto-gestionare	<i>Nu mai merg așa de aplecat, nu mai ridic lucrurile de jos cum făceam înainte, mi-am schimbat comportamentul</i>
Auto-eficacitate	<i>Îmi exploatez crizele ca să devin mai puternic și sunt recunoscător că musculatura îmi funcționează mai bine</i>
Îmbunătățirea stării fizice / nivelului de activitate	<i>Pot ridica lucruri grele, ceea ce înainte nu reușeam să fac</i>
Sprijin social	<i>Simplul fapt că fac parte dintr-un grup care se întâlnește în mod regulat e minunat, e un prerogativ care mi-a fost oferit și care este foarte important pentru mine</i>
Conștientizare	<i>Sunt atent la modul în care merg sau mă așez, mă gândesc tot timpul la BMSR</i>
Gândire pozitivă	<i>Sunt deja mai bună prietenă cu mine când mă uit în oglindă</i>
Calitatea vieții	<i>Viața mea s-a schimbat de când particip la BMSR</i>
Schimbarea tiparului	<i>Am șters unele lucruri pe care le știam de când eram tânăr sau lucruri pe care le făceam fără să știu că-mi erau dăunătoare</i>
Îmbunătățirea stării mentale	<i>Sunt mai puțin stresat, ma simt sănătos, mă simt bine-dispus</i>
Reducerea durerii	<i>După aproximativ 6 luni de frecventare a programului și metodei de intervenție BMSR simt o îmbunătățire majoră la mână și umăr, acele acelea scufite de durere au dispărut</i>

III.1.5 Rezultate integrative în funcție de întrebările de cercetare și de obiectivele cercetării

Rezultate derivate din Întrebarea de cercetare 1

Vor experimenta persoanele vârstnice care participă la programul de intervenție o îmbunătățire în ceea ce privește auto-eficacitatea, auto-gestionarea, dorința de a schimba activitatea fizică, funcționarea fizică și nivelul de durere, comparativ cu cei care nu participă la programul de intervenție?

Persoanele vârstnice care participă la programul de intervenție experimentează o îmbunătățire a auto-eficacității, auto-gestionării, disponibilității de a schimba activitatea

fizică, funcționarea fizică și nivelul de durere, în comparație cu cei care nu participă la programul de intervenție.

În grupul de intervenție, auto-eficacitatea, auto-gestionarea și atitudinile față de activitatea fizică s-au îmbunătățit, nivelul durerii (care inițial era scăzut) s-a diminuat, iar funcționarea în cadrul testelor fizice s-a îmbunătățit (cu excepția TUG care s-a îmbunătățit doar în intervenția la căminul de bătrâni). Aceste aspecte nu au fost evidențiate în grupul de control.

Rezultate derivate din Întrebarea de cercetare 1.1:

Care sunt corelațiile între gradul de participare la program și îmbunătățirile cu privire la auto-eficacitate, auto-gestionare, dorința de a schimba activitatea fizică, funcționarea fizică și nivelul de durere?

Participarea mai consistentă la program a fost corelată cu schimbări pozitive în cadrul BMSR și cu schimbări pozitive în capacitatea de autogestionare.

Rezultate derivate din Întrebarea de cercetare 1.2:

Care sunt corelațiile între procesele de schimbare survenite în urma participării la programul BMSR și nivelul de schimbare a gradului de auto-eficacitate, auto-gestionare, dorința de a schimba activitatea fizică, funcționarea fizică și nivelul de durere?

Evoluția pozitivă în cadrul BMSR a fost corelată cu schimbările pozitive în ceea ce privește nivelul de auto-eficacitate, atitudinile față de activitatea fizică, funcționarea fizică și nivelul de intensitate a durerii.

Rezultate derivate din Întrebarea de cercetare 1.3

Care sunt corelațiile între procesele de schimbare survenite în urma participării la programul BMSR și nivelul de auto-gestionare?

Evoluția pozitivă în cadrul BMSR a fost corelată cu schimbările pozitive în ceea ce privește abilitatea de auto-gestionare.

Rezultate derivate din Întrebarea de cercetare 1.4:

Cum afectează programul de intervenție BMSR auto-gestionarea în rândul participanților?

Analiza de conținut a interviurilor cu participanții la programul de intervenție BMSR din ambele rețele sociale a relevat componentele auto-gestionării:

- a. Investiție și inițiativă
- b. BMSR ca program de auto-gestionare pentru persoanele vârstnice.

- c. Reducerea durerii.
- d. Îmbunătățire fizică / a nivelului de activitate.
- e. Auto-eficacitatea.
- f. Schimbarea tiparelor
- g. Îmbunătățirea stării mentale / gândirea pozitivă.
- h. Sprijin social
- i. Evoluția pozitivă în cadrul BMSR a fost corelată cu schimbările pozitive în ceea ce privește auto-eficacitatea, atitudinile față de activitatea fizică, funcționarea fizică și nivelul de intensitate a durerii.
- j. Participarea mai consistentă la program a fost corelată cu schimbări pozitive în cadrul BMSR și cu schimbări pozitive în capacitatea de autogestionare.
- k. Nu au fost identificate relații între sprijinul social și schimbările din cadrul BMSR, schimbările în ceea ce privește auto-eficacitatea, atitudinile față de activitatea fizică, funcționarea fizică și nivelul de intensitate a durerii.

Rezultate derivate din Întrebarea de cercetare 2

Ce diferențe se vor identifica cu privire la gradul de îmbunătățire a auto-eficacității, abilității de auto-gestionare, atitudinile cu privire la activitatea fizică, funcționarea fizică și nivelul de intensitate a durerii în rândul participanților care traiesc în două rețele sociale: comunitate versus cămine de bătrâni?

Participanții din ambele rețele sociale au înregistrat un grad similar de îmbunătățire a auto-eficacității, abilității de auto-gestionare, atitudinile cu privire la activitatea fizică, funcționarea fizică și nivelul de intensitate a durerii.

Rezultate derivate din Întrebarea de cercetare 2.1:

Care sunt corelațiile între percepțiile referitoare la sprijinul social și gradul de îmbunătățire a auto-eficacității, abilității de auto-gestionare, dorinței de a schimba activitatea fizică, funcționării fizice și nivelului de durere?

Nu au fost identificate corelații între percepțiile referitoare la sprijinul social și gradul de îmbunătățire a auto-eficacității, abilității de auto-gestionare, dorinței de a schimba activitatea fizică, funcționării fizice și nivelului de durere.

Sumar al rezultatelor derivate din întrebările și obiectivele cercetării

Pentru a crea o „coloană vertebrală” centrală și solidă pentru rezultatele derivate din întrebările cercetării și pentru a rezuma concluziile care au rezultat din principalele întrebări de cercetare și întrebările adiacente în conformitate cu obiectivele cercetării,

concluziile au fost consolidate într-o singură secvență factuală care facilitează citirea și asocierea rezultatelor cu obiectivele cercetării.

Primul obiectiv al cercetării a fost de a examina dacă participarea la programul BMSR afectează auto-eficacitatea, auto-gestionarea, dorința de a schimba activitatea fizică, funcționarea fizică și nivelul de durere în rândul participanților vârstnici. Rezultatele arată că auto-gestionarea și auto-eficacitatea s-au îmbunătățit în grupul de intervenție, însă nu și în grupul de control. În plus, atitudinile față de activitatea fizică s-au îmbunătățit, durerea a scăzut și funcționarea testelor fizice s-a îmbunătățit. Aceste aspecte nu au fost evidențiate în grupul de control. Au existat schimbări pozitive în auto-eficacitate, atitudinile față de activitatea fizică, funcționarea fizică și nivelurile de durere fiind corelate cu o schimbare pozitivă în cadrul BMSR. Schimbarea pozitivă a abilității de auto-gestionare s-a corelat cu o schimbare pozitivă în cadrul BMSR atunci când o participare mai consistentă la program s-a corelat cu schimbări pozitive în abilitatea de auto-gestionare. În plus, s-a constatat că programul BMSR este un program de auto-gestionare la vârsta a treia, care include următoarele componente: (a) investiții și inițiativă; (b) auto-eficacitate; (c) sprijin social; (d) îmbunătățirea stării mentale și gândirea pozitivă; (e) schimbarea tiparului; (f) îmbunătățirea fizică și a nivelului de activitate; și (g) reducerea intensității durerii.

Al doilea obiectiv a fost de a examina percepțiile asupra sprijinului social și măsurii în care programul de intervenție prin mișcare BMSR îmbunătățește auto-eficacitatea, abilitatea de auto-gestionare și starea de funcționalitate a participanților vârstnici din două rețele sociale. Rezultatele indică faptul că îmbunătățirile au fost similare la participanții din comunitate și din căminele de bătrâni și nu au fost corelate cu gradul de percepție raportată asupra sprijinului social.

CAPITOLUL IV: CONCLUZII

Concluzii de natură factuală derivate din Întrebările de cercetare Concluzii de natură factuală derivate din Întrebarea de cercetare 1:

Concluzia care rezultă din aceasta este că gestionarea statutului de persoană vârstnică este puternic asociată cu un program specific care este adaptat pentru acea grupă de vârstă și care se ocupă de gestionarea durerii.

Concluzii de natură factuală derivate din Întrebarea de cercetare 1.1

Gestionarea statutului de persoană vârstnică este puternic asociată cu un program specific care este adaptat pentru acea grupă de vârstă și care se ocupă de gestionarea stării fizice și a durerii, capacitate dobândită prin perseverență în cadrul programului adaptat pentru gestionarea procesului de îmbătrânire. Cu alte cuvinte, abilitatea de auto-gestionare la vârste mai înaintate se va îmbunătăți pe măsură ce participantul perseverează în cadrul programului de activitate fizică oferit.

Concluzii de natură factuală derivate din Întrebarea de cercetare 1.2

Gestionarea statutului de persoană vârstnică este puternic asociată cu un program specific care este adaptat pentru acea grupă de vârstă și care se ocupă de gestionarea stării fizice și a durerii, care ar putea contribui la un sentiment general de auto-eficacitate și bună funcționare. Acest lucru înseamnă că auto-gestionarea la vârste înaintate este legată de îmbunătățirea sentimentului de auto-eficacitate al participanților, precum și de îmbunătățirea stării lor fizice.

Concluzii de natură factuală derivate din Întrebarea de cercetare 1.3

Gestionarea statutului de persoană vârstnică este puternic asociată cu un program specific care este adaptat pentru acea grupă de vârstă și care se ocupă de gestionarea stării fizice și a durerii, atingerea acestor scopuri fiind posibilă prin efectuarea de exerciții fizice. Altfel spus, așa cum reiese din rezultatele prezentei cercetări, auto-gestionarea se poate dezvolta pe durata unui program de exerciții fizice și mișcare. Această concluzie este prezentată ca element inovator.

Concluzii de natură factuală derivate din Întrebarea de cercetare 1.4

Gestionarea statutului de persoană vârstnică este caracterizată de auto-gestionare, care include:

- A. Componente de investiție și inițiativă. Altfel spus, auto-gestionarea la vârsta a treia este legată de o investiție majoră și de perseverență în activitatea fizică pe care vârstnicii le inițiază ei înșiși și le gestionează în permanență în conformitate cu rutina lor zilnică, cu perseverență, pentru a-și menține și îmbunătăți abilitățile cât de mult posibil, în funcție de circumstanțe.
- B. Gestionarea statutului de persoană vârstnică este caracterizată de auto-gestionare care include auto-eficiența. Acest lucru înseamnă că auto-gestionarea la vârsta a treia este legată de sentimentul de auto-eficacitate al persoanelor

vârstnice atunci când le este pus la dispoziție un program de exerciții fizice. Când sentimentul de auto-eficacitate al persoanelor vârstnice crește, crește și abilitatea lor de auto-gestionare și astfel sunt capabile să-și gestioneze în mod independent activitatea fizică.

- C. Gestionarea statutului de persoană vârstnică este caracterizată de auto-gestionare care include sprijin social. Acest lucru înseamnă, în pofida faptului că rezultatele cercetării arată că auto-gestionarea se produce independent de tipul de sprijin social, că auto-gestionarea la vârsta a treia pare să includă sprijinul social oferit într-un program de activitate fizică. Cu alte cuvinte, pentru a investi și a persevera în activitatea fizică și a-și menține condiția fizică, persoanele vârstnice au nevoie de sprijin și de încurajare.
- D. Gestionarea statutului de persoană vârstnică este caracterizată de auto-gestionare care include îmbunătățirea stării mentale și gândirea pozitivă. Cu alte cuvinte, se poate afirma că auto-gestionarea la vârsta a treia este asociată cu o stare mentală mai bună și cu gândirea pozitivă atunci când vârstnicilor li se oferă un program de activitate fizică.
- E. Gestionarea statutului de persoană vârstnică este caracterizată de auto-gestionare care include schimbarea tiparelor. Acest lucru înseamnă că auto-gestionarea la vârsta a treia în cadrul unui program de activități fizice se corelează cu un proces de schimbare a tiparelor fizice care cauzează durere.
- F. Gestionarea statutului de persoană vârstnică este caracterizată de auto-gestionare care include îmbunătățirea stării fizice și a nivelului de activitate.
- G. Gestionarea statutului de persoană vârstnică este caracterizată de auto-gestionare care include reducerea intensității durerii. Cu alte cuvinte, se poate afirma că auto-gestionarea la vârsta a treia este asociată cu reducerea durerii atunci când vârstnicilor li se oferă un program de activitate fizică.
- H. Gestionarea statutului de persoană vârstnică este caracterizată de auto-gestionare care include age-management. Cu alte cuvinte, se poate afirma că auto-gestionarea la vârsta a treia este asociată cu dobândirea abilității de auto-gestionare atunci când vârstnicilor li se oferă un program de activitate fizică.

Gestionarea statutului de persoană vârstnică este puternic asociată cu un program specific care este adaptat pentru acea grupă de vârstă și care se ocupă de gestionarea stării fizice și a durerii, care include inițiativă și investiție din partea vârstnicului,

dezvoltarea auto-eficacității, furnizarea de sprijin social, menținerea gândirii pozitive și a unei stări mentale îmbunătățite, adoptarea tiparelor de schimbare și siguranța reducerii durerii.

Concluzii de natură factuală derivate din Întrebarea de cercetare 2

Gestionarea statutului de persoană vârstnică este puternic asociată cu un program specific care este adaptat pentru acea grupă de vârstă și care se ocupă de gestionarea stării fizice și a durerii, indiferent de rețeaua socială în care trăiesc persoanele vârstnice. Altfel spus, capacitatea lor de auto-gestionare nu depinde de tipul de rețea socială în care trăiește persoana de vârstă a treia, dar este legată de un program specific ce le oferă activitate fizică și le permite să fie activi fără durere.

Concluzii de natură factuală derivate din Întrebarea de cercetare 2.1

Gestionarea statutului de persoană vârstnică este puternic asociată cu un program specific care este adaptat pentru acea grupă de vârstă și care se ocupă de gestionarea stării fizice și a durerii indiferent de sprijinul social de care beneficiază persoanele de vârstă a treia. Auto-gestionarea în perioada îmbătrânirii nu pare să depindă de percepția vârstnicilor referitoare la sprijinul social sau de sprijinul social propriu-zis atunci când le sunt puse la dispoziție programe de activitate fizică ce le permit să rămână activi fără durere.

Sumar al concluziilor de natură factuală rezultate din obiectivele cercetării și întrebările de cercetare referitoare la acestea

Din prezenta cercetare se desprind două categorii de concluzii de natură factuală.

Concluziile derivate din discuțiile asupra întrebărilor de cercetare 1, 1.1, 1.2, 1.3 și 1.4 indică faptul că gestionarea statutului de persoană vârstnică este strâns asociată cu un program specific conceput special pentru acest grup de vârstă și care se adresează aspectelor precum gestionarea durerii, capacitatea obținută prin perseverarea într-un program de activități fizice conceput pentru persoane de vârstă a treia, care pot contribui la sentimentul general de auto-eficacitate și bună funcționare. Sunt incluse următoarele dimensiuni: investiție și inițiativă, auto-eficacitate, sprijin social, îmbunătățirea stării mentale și gândirea pozitivă, schimbarea tiparului, îmbunătățirea stării și condiției fizice și reducerea durerii.

Concluzia derivată din discuțiile asupra întrebărilor de cercetare 2 și 2.1 este că gestionarea statutului de persoană vârstnică este strâns asociată cu un program

specific conceput special pentru acest grup de vârstă, pentru a gestiona condiția fizică și durerea, indiferent de rețelele sociale în care trăiesc participanții sau de sprijinul social de care beneficiază aceștia.

Concluzii de natură conceptuală: Gestionarea statutului de persoană vârstnică potrivit programului BMSR

La nivel conceptual, rezultatele prezentului studiu permit promovarea unui model pe baza datelor care descriu procesul de auto-gestionare la vârstnici în cadrul unui program de activitate fizică adaptat nevoilor și abilităților acestora. Figura 8 prezintă o imagine vizuală a respectivului model.

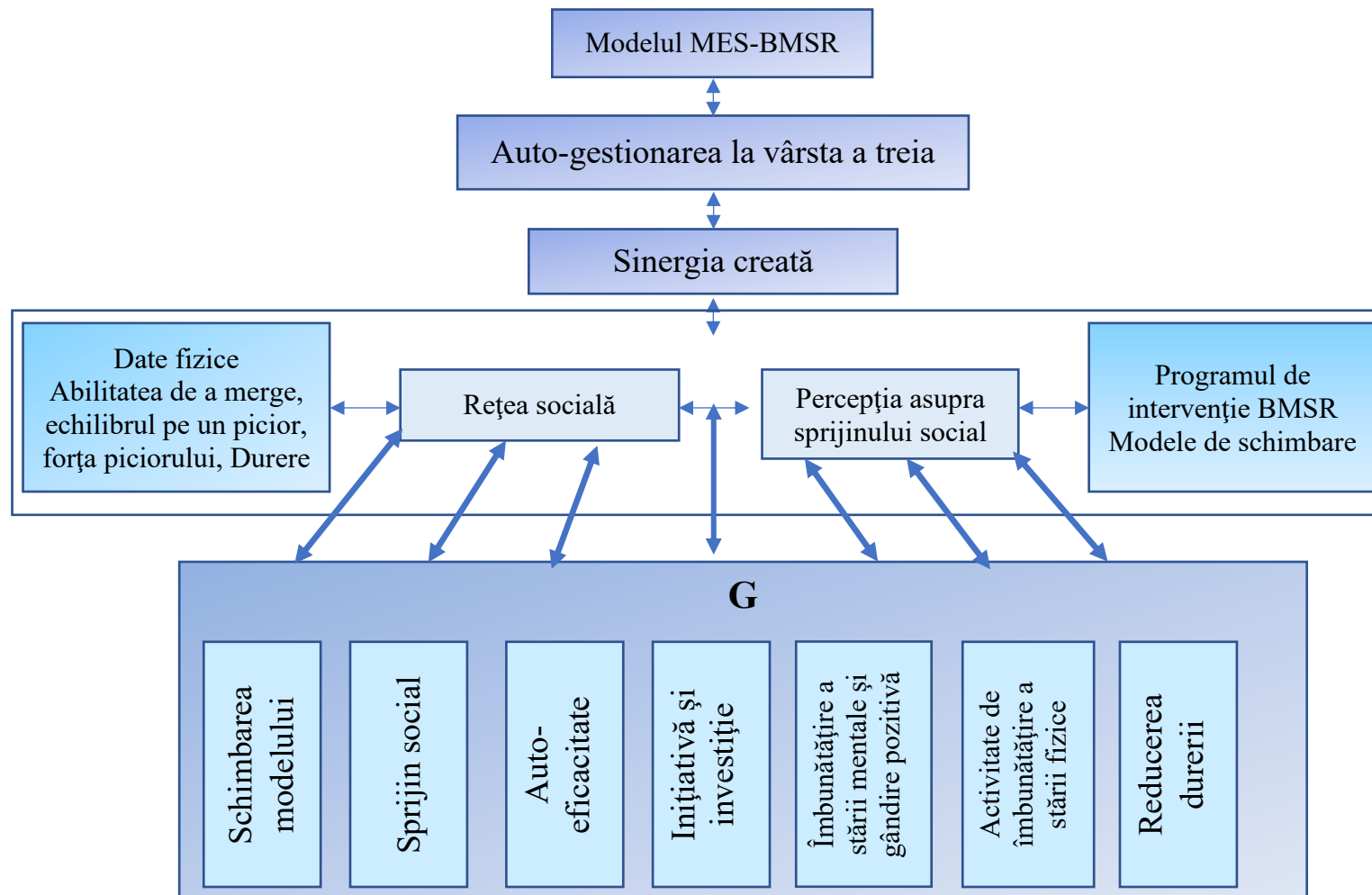


Figura 8: Model de gestionare a statutului de persoană vârstnică prin intermediul programului BMSR

Componentele modelului programului BMSR de gestionare a statutului de persoană vârstnică: Conform modelului programului BMSR, managementul vârstei include și este alcătuit din 7 componente, care sunt: investiții și inițiativă; dezvoltarea auto-eficienței; sprijin social; îmbunătățirea mentală și gândirea pozitivă; tipar de schimbare; îmbunătățirea fizică și activitatea; și durere redusă.

Demersul nostru a constat în unirea acestor componente pe care le-am adăugat la componentele programului de intervenție, pe lângă datele fizice și starea fizică a persoanelor vârstnice examinate, inclusiv, printre altele: abilitatea de a merge, echilibrul pe un picior, forța piciorului și durerea, plus percepțiile asupra sprijinului social și rețeaua socială în care trăiesc aceste persoane, creând astfel sinergie între toate aceste componente. Sinergia este creată prin examinarea datelor fizice ale participanților la începutul și sfârșitul programului și exerciții vizate în program care integrează dimensiunile activității fizice și mentale cu o conștientizare profundă a exercițiului, precum și examinarea componentelor de auto-gestionare în timpul programului, integrarea percepțiilor referitoare la sprijinul social de care aceste persoane beneficiază în rețeaua socială în care trăiesc. Toate acestea se combină cu cele șapte componente de mai sus și astfel dobândim sinergia care asigură abilitatea de auto-gestionare la vârste mai înaintate. Acestea sunt componentele modelului BMSR-MES pentru gestionarea statutului de persoană vârstnică.

Fără durere – Mai mult câștig!

Modelul propus de prezenta cercetare contrazice percepția conform căreia activitatea fizică trebuie să fie însoțită de durere. Programul BMSR arată că la vârste mai înaintate durerea poate împiedica bătrânii să facă activitate fizică și să poată reduce nivelul de mobilitate în viața de zi cu zi. În plus, când persoanelor vârstnice li se oferă un program de activitate fizică care poate elimina durerea, oferindu-li-se sprijin social în mediul lor de viață, aceștia sunt capabili să schimbe tiparele de acțiune sedentară de la lipsa activității la dorința de activitate fizică, și adoptă modele de gândire pozitivă activitate, auto-eficacitatea lor crește, sunt capabili să inițieze și să investească în activitatea fizică și să se descurce în activitatea fizică cu care se simt confortabil și astfel dobândesc instrumente pentru a-și gestiona starea.

Model BMSR pentru gestionarea condiției de persoană vârstnică este prezentat în cadrul acestui studiu ca model modular și adaptabil, care permite ca anumite părți să

fie preluate și adaptate la nevoile și contextele unice în care este aplicat, menținându-și în același timp principiile fundamentale și unice. În plus, acest model este unul umanist, deoarece în centrul său se află individul, iar modelul se pliază pe condiția fizică și mentală a acestuia.

Implicații de ordin practic și recomandări

1. Întrucât intervenția în sine a programului BMSR constă în a îmbunătăți competențele de auto-gestionare fără influența rețelei sociale în care trăiește participantul și a percepției acestuia cu privire la sprijinul social de care dispune, programul poate avea loc și poate fi implementat în orice rețea socială sau loc, individual sau în grup, la domiciliu sau ca parte a unui grup de practică.
2. Indiferent de rețeaua socială în care se desfășoară programul, se recomandă ca participanților să li se ofere un program de activitate fizică care să corespundă vârstei și stării lor fizice și să permită mișcarea fără durere în limite de siguranță.
3. Având în vedere faptul că, în timpul procesului de îmbătrânire, corpul uman se confruntă cu un declin natural al capacităților sale, este extrem de important să se ofere programe adecvate vârstei care să țină cont de situația participanților în momentul intrării într-un astfel de program.
4. Este deosebit de important pentru persoanele vârstnice să se angajeze în activitate fizică în viața de zi cu zi, în principal din cauza fenomenului familiar „de viață sedentară” la această vârstă și a tendinței de cădere, care este însoțită de un risc de complicații. Prin urmare, este necesar să se inițieze mișcarea și participarea voluntară la programe de exerciții fizice adaptate pentru această categorie de vârstă, cu sprijinul unor instructori autorizați să lucreze cu persoane în vârstă.
5. Deoarece multe persoane vârstnice pot suferi de traume fizice ca urmare a degradării prelungite și naturale a organelor corpului, a unei varietăți de boli și a rezultatelor căderilor repetate urmate de tratamente de fizioterapie, inclusiv reabilitare, programul se recomandă ca o continuare a terapiei fizice pentru a încuraja adulții vârstnici să efectueze exerciții specifice la domiciliu.

Contribuții la domeniul cunoașterii și semnificația universală a cercetării

Ca urmare a creșterii speranței de viață combinată cu deteriorarea cognitivă specifică procesului de îmbătrânire, însoțită de deteriorarea fizică care duce la diminuarea abilităților de auto-gestionare, este important ca abilitățile de auto-gestionare să fie întreținute, ca parte a unui proces de îmbătrânire adecvat, prin demersuri ce implică diverse componente ale sistemelor de sănătate și de asistență socială (Glasgow, Tracy, Orleans, Wagner, Curry și Solberg, 2001). De asemenea, este necesar să se intensifice eforturile de promovare a exercițiului fizic în rândul populației adulte (OMS, 2004).

Există diferite modalități de întreținere a abilității de auto-gestionare (grupuri de sprijin, cluburi, activități artistice etc.), studiul nostru axându-se pe exercițiul fizic ca modalitate de acest tip. Din perspectivă metodică, pentru toate componentele cercetării, cantitative și calitative, s-a observat că exercițiul fizic conform programului BMSR a consolidat abilitățile de auto-gestionare în procesul de îmbătrânire. Rezultatele cercetării noastre indică faptul că sprijinul adecvat acordat participanților și familiilor acestora pentru menținerea abilităților de auto-gestionare și ameliorarea circumstanțelor fizice și mentale, împreună cu creșterea sentimentului de auto-eficacitate au redus presiunea asupra sistemului de sănătate (Glasgow, Tracy, Orleans, Wagner, Curry și Solberg, 2001).

În cadrul prezentului studiu, contribuția la cunoștințele teoretice și practice și la eliminarea lacunelor de cunoștințe constă în încercarea de a face cunoscut efortul de implementare a programelor destinate auto-gestionării persoanelor vârstnice, pentru a stimula sistemele de sănătate din întreaga lume și din statul Israel să exploreze noi programe destinate acestei categorii de vârstă, în vederea îmbunătățirii sistemelor de sănătate ca factor care încurajează îmbătrânirea activă (OMS, 2002). Cercetarea noastră a identificat necesitatea de a promova programe de intervenție orientate către vârstă a treia și nevoia de strategii de prevenție, îndemnând oamenii să fie mai implicați și astfel responsabili pentru sănătatea lor fizică și mentală.

Programul BMSR este un mijloc de încetinire a deteriorării cognitive și fizice specifice procesului de îmbătrânire. Încurajând populația să înceapă procesul înainte de vârsta a treia, în vederea auto-gestionării, BMSR însoțește persoanele vârstnice pe tot parcursul vieții lor, concentrându-se în principal pe conținutul comportamental și rolurile de gestionare și mai puțin pe sarcinile de gestionare medicală. Cu toate acestea, cercetările

viitoare vor include probabil tipuri de sarcini pentru a furniza un răspuns la acest tip de gestionare.

Introducerea programului ca parte a activității de rutină pentru persoanele vârstnice din: centre de zi, reședințe pentru pensionari, cămine de bătrâni. Programul poate fi potrivit pentru persoanele cu venituri reduse care nu își pot permite servicii medicale avansate sau nu se pot înscrie la programe private pentru activități fizice. Utilizarea programului ca parte a politicilor sociale de prevenție – este de dorit să includem cât mai multe asemenea programe de auto-gestionare în demersul de promovare a sănătății, ca instrumente de încetinire sau chiar prevenire a deteriorării accelerate la vârsta a treia.

Direcții viitoare de cercetare

Cercetările viitoare vor încerca să examineze abilitatea programului BMSR de a include o varietate de populații precum: persoane care au suferit o intervenție chirurgicală precum cea de înlocuire de șold sau fractură, persoane cu dizabilități fizice, copii sau persoane care suferă de obezitate.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

- Ackerman, P. L., Beier, M. E., & Boyle, M. O. (2005). Working memory and intelligence: The same or different constructs?. *Psychological bulletin*, 131(1), 30-?
- Atad, O.I., Caspi, D. (2017). Physical activity and quality of life among frail elderly in assisted living in Israel. *Journal of aging studies*, 44(2), 23-45.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bar-Tur, L., & Malkinson, R. (2014). Positiv aging: From negative to positive models on aging. In N. A. Pachana, & D. K. Laidlaw (Eds.), *The Oxford handbook of clinical gropsychology* (Ch. 51). London: Oxford Press.
- Bengtson, V. (2018). *Global aging and challenges to families*. Routledge.
- Bijur, P. E., Silver, W., & Gallagher, E. J. (2001). Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. *Academic emergency medicine*, 8(12), 1153-1157.
- Bohannon, R. W., Larkin, P. A., Cook, A. C., Gear, J., & Singer, J. (1984). Decrease in timed balance test scores with aging. *Physical therapy*, 64(7), 1067-1070.
- Bongers, K. T. J. (2018). *Senior Step Study: First steps towards self-management in falls prevention* (Doctoral dissertation, [Sl: sn]).
- Botev, N. (2012). Population ageing in Central and Eastern Europe and its demographic and social context. *European Journal of Ageing*, 9(1), 69-79.
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., ... & Dempsey, P. C. (2020). World Health Organization 2020 Guidelines on physical activity and sedentary behaviour.
- Carmel, S., Raveis, V. H., O'Rourke, N., & Tovel, H. (2017). Health, coping and subjective well-being: results of a longitudinal study of elderly Israelis. *Aging & mental health*, 21(6), 616-623.
- Carr, W. & Kemmis, S. (1984 [1983]). *Becoming Critical: Knowing Through Action Research*. Victoria: Deakin University Press.
- Center for the Advancement of Health (2002). *Essential Elements of Self-management Intervention*. Washington, DC: Center for THE Advancement of Health.
- Chen, G., & Gully, S. M. (1997, August). Specific self-efficacy, general self-efficacy, and self-esteem: Are they distinguishable constructs. In *57th annual meeting of the Academy of Management, Boston*.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. (1988). *Unending work and care: Managing chronic illness at home*. Jossey-Bass.
- Costello E, Kafchinski M, Vrazel J, et al. (2011). Motivators, barriers, and beliefs regarding physical activity in an older adult population. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 34: 495-500. doi: 10.1519/ JPT.0b013e31820e0e71.

- Creer, T. L., Renne, C. M., & Christian, W. P. (1976). Behavioral contributions to rehabilitation and childhood asthma. *Rehabilitation Literature*.
- Creswell, J.W. & Plano Clark, V.L. Designing and Conducting Mixed Methods Research (2018). London: Sage Publication.
- Denzin, N. K. and Lincoln, Y. S. (2011). The SAGE handbook of Qualitative Research. Sage Publications: UK.
- Denzin, N. K. (2012). Triangulation 2.0. *Journal of Mixed Methods Research*, 6(2), 80-88.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. Springer Publishing Company.
- Elsawy, B. & Higgins, K.E. (2010). Physical activity guidelines for older adults. *American Family Physician*, 81 (1), 55-59.
- Friedsmann, L. (2020). *Technology in treatment of patients with Bipolar Disorder: a scoping literature review* (Master's thesis, University of Twente).
- Gardiner, P., Dresner, D., Barnett, K. G., Sadikova, E., & Saper, R. (2014). Medical group visits: a feasibility study to manage patients with chronic pain in an underserved urban clinic. *Global advances in health and medicine*, 3(4), 20-26.
- Glasgow, R. E., Tracy Orleans, C., Wagner, E. H., Curry, S. J., & Solberg, L. I. (2001). Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention?. *The Milbank Quarterly*, 79(4), 579-612.
- Golafshani, N. (2003). Understanding reliability and validity in qualitative research. *The qualitative report*, 8(4), 597-606.
- Haskell, W. L., Blair, S. N., & Hill, J. O. (2009). Physical activity: health outcomes and importance for public health policy. *Preventive medicine*, 49(4), 280-282.
- Janssen, W. G., Bussmann, H. B., & Stam, H. J. (2002). Determinants of the sit-to-stand movement: a review. *Physical therapy*, 82(9), 866-879.
- Jenkinson, C., Layte, R., Jenkinson, D., Lawrence, K., Petersen, S., Paice, C., & Stradling, J. (1997). A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies? *Journal of Public Health*, 19(2), 179-186.
- Kacan L., and Krumer-Nevo, (2010). *Data Analysis in Qualitative Research*. Beer-Sheva: Ben Gurion university Publishing.
- Kane, R. (2005). *A contemporary introduction to free will*.
- Kremers, I. P., Steverink, N., Albersnagel, F. A., & Slaets, J. P. (2006). Improved self-management ability and well-being in older women after a short group intervention. *Aging and Mental Health*, 10(5), 476-484.
- Levy, D. (2006). *Action Research: Theory and Practice: Philosophical and Methodological Affiliation between Action Research and Qualitative Research Paradigm*. Ra'anana: Mofet (In Hebrew).
- Litwin, H. (2003). The social context of aging in Israel: Social Support Networks. In: Rosin, A. (Ed.) (2003). *Aging and Old Age in Israel* (641 – 660). Jerusalem: Eshel (In Hebrew)

- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 26(1), 1-7.
- Lorig, K., Gonzalez, V. M., & Ritter, P. (1999). Community-based Spanish language arthritis education program: a randomized trial. *Medical care*, 957-963.
- Lupu, A., Radoi, M., Cojocaru, D. (2014). The Role of Acting Participants, Definitions, and the Determining Factors of Adherence to Treatment from Two Perspectives: The Biomedical Model and the Chronic Care Model. *Postmodern Openings*, Volume 5, Issue 4, December, Year 2014, pp. 75-88.
- Mathers, C., Stevens, G., & Mascarenhas, M. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. World Health Organization.
- Navot-Mintzer, D., Constatini, N. (2010). Dosage-dependent reaction to resistance training among adults. *Israeli Journal of Arthroscopy, Orthopedic & Related Sports Injuries*, 1 Retrieved April 3, 2018 from: <http://www.medicalmedia.co.il/publications/ArticleDetails.aspx?artid=3576&sheetid=211>
- Netz, Y., & Raviv, S. (2004). Age differences in motivational orientation toward physical activity: An application of Social—Cognitive theory. *The Journal of psychology*, 138(1), 35-48.
- Pachana, N. A., & Laidlaw, K. (Eds.). (2014). *The Oxford handbook of clinical geropsychology*. Oxford Library of Psychology.
- Paterson, D. H., & Warburton, D. E. (2010). Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(1), 1-22.
- Prochaska, T.R., Peters, K., Warren, J.S., (2000). Sources of attrition in a church based exercise program for older African-Americans. *Am. J. Health Promot.* 14, 380–385.
- Powell, K. E., Paluch, A. E., & Blair, S. N. (2011). Physical activity for health: What kind? How much? How intense? On top of what?. *Annual review of public health*, 32, 349-365.
- Ramazanoglu, C. & Holland, J. (2002). *Feminist Methodology: Challenges and Choices*. London: Sage Publication.
- Resnick, B., Orwig, D., D'Adamo, C., Yu-Yahiro, J., Hawkes, W., Shardell, M., ... & Magaziner, J. (2007). Factors that influence exercise activity among women post hip fracture participating in the Exercise Plus Program. *Clinical interventions in aging*, 2(3), 413.
- Resnick, B., Orwig, D., Magaziner, J., & Wynne, C. (2002). The effect of social support on exercise behavior in older adults. *Clinical Nursing Research*, 11(1), 52-70.
- Resnick, B., Luisi, D., & Vogel, A. (2008). Testing the Senior Exercise Self - efficacy Project (SESEP) for use with urban dwelling minority older adults. *Public health nursing*, 25(3), 221-234.

- Rhodes RE, Fiala B. (2009). Building motivation and sustainability into the prescription and recommendations for physical activity and exercise therapy: The evidence. *Physiotherapy Theory and Practice*. 25: 424-441.
- Rossi, E. L. (2004). Gene expression and brain plasticity in stroke rehabilitation: A personal memoir of mind-body healing dreams. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(3), 215-227.
- Sarkin, J. A., Johnson, S. S., Prochaska, J. O., & Prochaska, J. M. (2001). Applying the transtheoretical model to regular moderate exercise in an overweight population: validation of a stages of change measure. *Preventive medicine*, 33(5), 462-469.
- Schoon, Y., Bongers, K. T., & Olde Rikkert, M. G. (2020). Feasibility study by a single-blind randomized controlled trial of self-management of mobility with a gait-speed feedback device by older persons at risk for falling. *Assistive technology*, 32(4), 222-228.
- Schuermans, H., Steverink, N., Frieswijk, N., Buunk, B. P., Slaets, J. P., & Lindenberg, S. (2005). How to measure self-management abilities in older people by self-report. The development of the SMAS-30. *Quality of life research*, 14(10), 2215-2228.
- Sehl, M. E., & Yates, F. E. (2001). Kinetics of human aging: I. Rates of senescence between ages 30 and 70 years in healthy people. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(5), B198-B208.
- Shiovitz-Ezra, S., & Litwin, H. (2012). Social network type and health-related behaviors: evidence from an American national survey. *Social Science & Medicine*, 75(5), 901-904.
- Shkedi, A. (2003). *Words of meaning: Qualitative Research Theory and Practice*. Tel Aviv: Ramot, Tel Aviv University.
- Shlasky, S. (2006). Action Research as a Reflexive Research. In: Levy, D. (Ed.). *Action Research: Theory and Practice: Philosophical and Methodological Affiliation between Action Research and Qualitative Research Paradigm (33 - 85)*. Ra'anana: Mofet (In Hebrew).
- Shmotkin, D. (2003). Psychological theories of Aging. In: Globerson, A. (2003). Introduction to the Biology of Aging. In: Rosin, A. (Ed.) (2003) *Aging and Old Age in Israel* (345 - 376). Jerusalem: Eshel (In Hebrew)
- Stellefson, M., Tennant, B., & Chaney, J. D. (2012). A critical review of effects of COPD self-management education on self-efficacy. *ISRN Public Health*, 2012.
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2011). Mixed methods research: Contemporary issues in an emerging field. In N. K. Dezin & Y.S. Lincoln (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (4 ed.) (pp 285-299). Los Angeles. CA: Sage.
- Tovel, H., & Carmel, S. (2014). Maintaining successful aging: The role of coping patterns and resources. *Journal of Happiness Studies*, 15(2), 255-270.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Rossi, J. S., Redding, C. A., Laforge, R. G., & Robbins, M. L. (2000). Using the transtheoretical model for population-based approaches to health promotion and disease prevention. *HOMEOSTASIS-PRAHA*, 40(5), 174-195.

- Vogel, T., Brechat, P.H., Lepretre, P.M., Kaltenbach, G., Berthel, M. & Lonsdorfer, J. (2009). Health benefits of physical activity in older patients: A review. *International Journal of Clinical Practice*, 63 (2), 303-320.
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International social security review*, 55(1), 121-139.
- Walker, A. (2006). Active ageing in employment: its meaning and potential. *AsiaPacific Review*, 13, 1, 78–93.
- Walker, A. (2009). The emergence and application of active aging in Europe. *Journal of Aging & Social Policy*, 21(1), 75 – 93.
- Wenger, G.C. (1991). A network typology: From theory to practice. *Journal of Aging Studies*, 5, 147-162.
- Whishaw, I. Q., & Vanderwolf, C. H. (1973). Hippocampal EEG and behavior: change in amplitude and frequency of RSA (theta rhythm) associated with spontaneous and learned movement patterns in rats and cats. *Behavioral biology*, 8(4), 461-484.
- World Health Organisation (2002). Active ageing: a policy framework. Geneva: WHO.
- WHO. (2012). *Global recommendations of physical activity*. Retrieved July 24, 2012 from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf.
- Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.WHO. (2001a). Health and ageing: A discussion paper. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization. (2004). Global Strategy on Diet ,Physical Activity and Health..<https://SSL.haifa.ac.il/http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/> Wright
- Wynia, K., Veldman, K., Spoorenberg, S., Lahr, M., & Reijneveld, M. (2020). Self-management in older adults: how to delineate self-management ability, self-management behavior, and self-management support?
- Zaino, C. A., Marchese, V. G., & Westcott, S. L. (2004). Timed up and down stairs test: preliminary reliability and validity of a new measure of functional mobility. *Pediatric Physical Therapy*, 16(2), 90-98.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.

Anexă

Anexa 1: Aprobarea Comisiei de Etică



Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași
Facultatea de Filosofie și Științe Social-Politice
Comisia de etică a cercetării științifice
Bd. Carol I nr. 11, 700506 IAȘI
tel. 0232201054; fax. 0232201154
E-mail: admfil@uaic.ro

ANNEX 4

APPROVAL

The Ethics of Research Committee within the Faculty of Philosophy and Social-Political Sciences of the “Alexandru Ioan Cuza” University of Iași, approves the research with the title:

.Managing the Elderly Status

proposed and developed by: Dafna Caspi

under the coordination of : professor Daniela Cojocaru

DATE 25.09.2019

DEAN

Prof. PhD Contiu, Ileana Soibă



PRESIDENT OF THE COMMITTEE

Prof. PhD George Bondor

Anexă

Anexă : Chestionar demografic și cu privire la informații personale

Vă rugăm să citiți cu atenție următoarele întrebări și să încercați răspunsurile care definesc cel mai bine situația dumneavoastră (chestionarul folosește pronumele la masculin, dar este destinat ambelor sexe):

1. Vârsta:
2. Rezidență: 1 Comunitate 2 Cămin de bătrâni
3. Sex: 1 Masculin 2 Feminin
4. Stare civilă: 1 Văduv 2 Căsătorit 3 Necăsătorit, dar trăiește cu un partener
4 Separat
5. Statut socio-economic: Potrivit datelor furnizate de Biroul General de Statistică, venitul mediu pentru pensionari în Israel este de 6000 NIS. Venitul dumneavoastră se situează peste această medie? Da / Nu
6. Ați fost diagnosticat cu o dizabilitate a încheieturilor membrelor inferioare? Da / Nu
 - a. Dacă ați răspuns afirmativ la întrebarea anterioară, câte încheieturi simțiți că sunt afectate? 1 Una 2 Două 3 trei sau mai multe
 - b. Afecțiunea respectivă a fost diagnosticată de un medic (doctor de familie, chirurg ortoped)? Vă rugăm detaliați diagnosticul:
.....
.....
7. Vă rugăm să încercați numărul care descrie cel mai bine activitatea dumneavoastră fizică săptămânală în prezent:

1	De obicei nu fac niciun fel de activitate fizică (precum exerciții în cadrul unui grup sau mers în ritm susținut)
2	Particip la până la 2.5 ore de activitate fizică pe săptămână: particip la activitate fizică de grup sau practic mersul în ritm susținut.
3	2.5 – 4 ore de activitate fizică pe săptămână: activitate fizică de grup, înot, mers în ritm susținut, urcatul scărilor sau gimnastică acvatică
4	Între 4-6 ore de activitate fizică pe săptămână: activitate fizică de grup, urcatul scărilor, înot, tenis, dansuri populare sau gimnastică acvatică
5	6 sau mai multe ore de activitate fizică pe săptămână such as: mers în ritm susținut, activitate fizică de grup, dansuri populare, înot, tenis, urcatul scărilor, gimnastică acvatică sau plimbare în grup

Vă mulțumim anticipat pentru răspuns și cooperare

Anexă : Chestionar referitor la auto-eficacitate

Acest instrument de cercetare este preluat de la banca de instrumente de cercetare a Fondului Shalem care sprijină cercetarea care urmărește îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu dizabilități de dezvoltare și intelectuale și a celor din jurul lor. Orice

persoană interesată să utilizeze unul dintre aceste instrumente de cercetare este rugată să se adreseze cercetătorului care a efectuat respectiva cercetare și să obțină aprobarea de a utiliza instrumentul în vederea respectării dreptului de autor.

Titlu instrument – Chestionar privitor la auto-eficacitatea generală

Dezvoltat în: 1997, de: Chen & Gully (1997). Re-procesat de Chen, Gully & Eden, 2001

Tradus în ebraică în 1998 de Grant-Flumin

1	Scopul instrumentului	Scopul acestui test este de a examina perspectiva subiectului asupra încrederii în abilitatea proprie de a atinge obiective și de a depăși greutățile din viața de zi cu zi.
2	Tipul de instrument de cercetare	Chestionar
3	Populația țintă	Adulți cu dizabilitate cognitivă, tineri și adulți cu vârsta între 16 și 62 de ani
4	Natura raportării	Auto-raportare
5	Structura instrumentului	Afirmație uni-dimensională. Exemplu de item, “pot realiza majoritatea obiectivelor pe care mi le propun”
6	Tipul de scală de măsurare	Scala Likert cu 5 puncte, de la 1 (acord ușr) până la 5 (acord total). Chestionarul a fost adaptat cercetării și modificat la o scală de 3 puncte
7	Tipul de itemi din instrument	Afirmații ierarhizate
8	Dimensiunea instrumentului	8 itemi (14 itemi din studiul lui Nissim)
9	Fiabilitate	Coeficientul de măsurare α a avut valori peste 0.90 la trei măsurători (0.91, 0.94, 0.95) În studiul efectuat de Tabat & Tobol (2011) fiabilitatea α a fost de 0.79 În studiul efectuat de Nissim (2014) fiabilitatea α a fost de 0.71
10	Validitate	Instrumentul a fost supus testelor în diverse studii și s-a concluzionat că are o rată crescută de validitate a conținutului și o validitate de predicție crescută (Chen, Gully & Eden, 2001)

Lista studiilor din Fondul Shalem care au utilizat acest instrument:

No.	Titlul studiului
584	Tevet Tubul, N. (2011). The contribution of continuing Academic Education for future orientation, self-efficacy and optimism among people with cognitive disabilities: The case of Kfar Tikva - assisted living accommodations for adults with special needs
581	Nissim, S. (2014). Trilogy of Leadership Phenomena in a Population with ID: Traits, Leadership Styles and the reciprocal Relationship between Leaders and Followers

Citiți chestionarul și încercuiți numărul care indică în ce măsură sunteți de acord cu afirmația respectivă, conform scalei următoare:

1 = deloc 2 = moderat 3 = în mare măsură

	Deloc	Moderat	În mare măsură
1. Pot îndeplini majoritatea obiectivelor pe care mi le propun	1	2	3
2. Când mă confrunt cu sarcini dificile, sunt sigur că le pot îndeplini	1	2	3
3. În general cred că pot realiza ceea ce este important pentru mine	1	2	3
4. Pot reuși în toate sarcinile atunci când sunt hotărât	1	2	3
5. Pot să fac față cu succes multor provocări	1	2	3
6. Sunt sigur că aş putea îndeplini bine majoritatea sarcinilor	1	2	3
7. În comparație cu alte persoane, pot îndeplini bine majoritatea sarcinilor	1	2	3
8. Chiar dacă circumstanțele sunt dificile, mă pot descurca destul de bine	1	2	3

Anexă : Atitudinea față de sport – dorința de schimbare

Acest instrument de cercetare este preluat de la banca de instrumente de cercetare a Fondului Shalem care sprijină cercetarea care urmărește îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu dizabilități de dezvoltare și intelectuale și a celor din jurul lor. Orice persoană interesată să utilizeze unul dintre aceste instrumente de cercetare este rugată să se adreseze cercetătorului care a efectuat respectiva cercetare și să obțină aprobarea de a utiliza instrumentul în vederea respectării dreptului de autor.

Titlu instrument – Atitudinea față de sport – dorința de schimbare

Dezvoltat în: 2001, de: Sarkin, Johnson, Proschaska & Prochaska

Tradus în ebraică în – nu se menționează de - nu se menționează de

1	Scopul instrumentului	Evaluarea atitudinii echipelor de îngrijire a persoanelor cu dizabilități față de sport și disponibilitatea de schimbare prin practicarea sportului
2	Tipul de instrument de cercetare	Chestionar
3	Populația țintă	Echipe și îngrijitori din centre rezidențiale de îngrijire
4	Natura raportării	Auto-raportare
5	Structura instrumentului	Chestionar alcătuit din itemi ierarhizați care evaluează atitudinile față de sport și dorința de schimbare

6	Tipul de scală de măsurare	Scală Likert cu cinci puncte, în care nivelele sunt ‘acord complet’ (ac), ‘acord (a), ‘nu sunt sigur’ (ns), ‘dezacord’ (da), ‘dezacord total’ (dat)
7	Tipul de itemi din instrument	Itemi ierarhizați
8	Dimensiunea instrumentului	Chestionar alcătuit din 18 itemi ierarhizați
9	Fiabilitate	Nu se menționează
10	Validitate	Nu se menționează

Lista studiilor din Fondul Shalem care au utilizat acest instrument:

Nr.	Titlu studiu
141	Hutzler, Y., Oz, M. and Barak, S. (2015). Attitudes and perceptions of staff members and environmental factors concerning physical activity participation in residential, vocational and leisure facilities for persons with intellectual disability.

Acest instrument de cercetare este preluat de la banca de instrumente de cercetare a Fondului Shalem care sprijină cercetarea care urmărește îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu dizabilități de dezvoltare și intelectuale și a celor din jurul lor. Orice persoană interesată să utilizeze unul dintre aceste instrumente de cercetare este rugată să se adreseze cercetătorului care a efectuat respectiva cercetare și să obțină aprobarea de a utiliza instrumentul în vederea respectării dreptului de autor.

Titlu instrument – Atitudinea față de sport – dorința de schimbare

Dezvoltat în: 2001, de: Sarkin, Johnson, Proschaska & Prochaska

Tradus în ebraică în – nu se menționează **de** - nu se menționează **de**

1	Scopul instrumentului	Evaluarea atitudinii echipelor de îngrijire a persoanelor cu dizabilități față de sport și disponibilitatea de schimbare prin practicarea sportului
2	Tipul de instrument de cercetare	Chestionar
3	Populația țintă	Echipe și îngrijitori din centre rezidențiale de îngrijire
4	Natura raportării	Auto-raportare
5	Structura instrumentului	Chestionar alcătuit din itemi ierarhizați care evaluează atitudinile față de sport și dorința de schimbare
6	Tipul de scală de măsurare	Scală Likert cu cinci puncte, în care nivelele sunt ‘acord complet’ (ac), ‘acord (a), ‘nu sunt sigur’ (ns), ‘dezacord’ (da), ‘dezacord total’ (dat)
7	Tipul de itemi din instrument	Itemi ierarhizați
8	Dimensiunea instrumentului	Chestionar alcătuit din 18 itemi ierarhizați
9	Fiabilitate	Nu se menționează
10	Validitate	Nu se menționează

Lista studiilor din Fondul Shalem care au utilizat acest instrument:

Nr.	Titlu studiu
141	Hutzler, Y., Oz, M. and Barak, S. (2015). Attitudes and perceptions of staff members and environmental factors concerning physical activity participation in residential, vocational and leisure facilities for persons with intellectual disability.

ac = acord complet, a = acord, ns = nu sunt sigur, da = dezacord, dat = dezacord total

Item	ac	a	ns	da	dat
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

9	Știu că lipsa de activitate fizică mi-a cauzat o problemă și acum încerc să o corectez					
10	Mi-am schimbat regimul de activitate fizică și acum încerc să continui să fiu activ					
11	Nu e nimic în neregulă cu faptul că nu fac activitate fizică					
12	Din când în când simt că am probleme din cauza lipsei de activitate fizică					
13	Plănuiesc să-mi schimb obiceiurile legate de activitatea fizică (de exemplu să încep să merg pe jos și să fac exerciții)					
14	Oricine poate vorbi despre activitatea fizică, dar eu chiar fac ceva în privința asta					
15	Este important pentru mine să mențin schimbările pe care le-am făcut când am început să devin activ din punct de vedere fizic					
16	În general nu sunt activ din punct de vedere fizic					
17	Mă gândesc la avantajele și dezavantajele obiceiurilor mele din prezent legate de activitatea fizică					
18	Plănuiesc să încep să fiu activ din punct de vedere fizic					

Anexa : Chestionar privitor la auto-gestionare SMAS-30A (Schuurmans și colab., 2005)

Vă rugăm să încercuiți răspunsul care vi se potrivește cel mai bine. Chestionarul se adresează persoanelor de ambele sexe

		1	2	3	4	5	6					
		Niciodată	Foarte rar	Uneori	În mod regulat	Adesea			Foarte des			
		Luarea de inițiativă					1	2	3	4	5	6
1	Cât de des luați inițiativa de a vă menține ocupat?											
2	Cât de des vă implicați în a vă face camera sau casa cât de confortabile posibil?											
3	Cât de des aveți inițiativa de a lua legătura cu persoanele la care țineți?											
4	Încercați uneori să fiți bun la o anumită activitate?											
5	Cât de des faceți un efort pentru a stabili contacte de prietenie cu alte persoane?											

		1	2	3	4	5	6					
		Niciodată	Foarte rar	Uneori	În mod regulat	Adesea			Foarte des			
		Comportament de investitie					1	2	3	4	5	6
1	Vă asigurați că aveți în mod regulat suficiente interese (cum ar fi un hobby) care să vă mențină activ?											

2	Vă asigurați că faceți suficiente exerciții fizice pentru a rămâne mai mult timp în formă?						
3	Faceți uneori ceva ca să mențineți contactul cu persoanele cunoscute?						
4	Dedicați timp și atenție celor dragi ca să păstrați relații bune cu aceștia?						
5	Vă țineți ocupat cu lucrurile la care vă pricepeți pentru a vă păstra aceste abilități?						

1		2		3		4		5		6			
Nici unul		Unul		Doi		Trei sau patru		Cinci sau șase		Mai mult de șase			
Variatate								1	2	3	4	5	6
1	Câte hobby-uri sau activități aveți în mod regulat?												
2	Aveți moduri diferite de a vă relaxa când este nevoie?												
3	Aveți diverse ocazii în care mențineți contacte de prietenie cu alte persoane?												
4	Cu câte persoane aveți o relație de prieten confident?												
5	Există anumite lucruri pe care vă pricepeți să le faceți bine?												
1		2		3		4		5					
Dezacord puternic		Dezacord		Nici acord, nici dezacord		Acord		Acord puternic					
Multifunctionalitate								1	2	3	4	5	
1	Practic activitățile care îmi plac împreună cu alte persoane.												
2	Uneori îi ajut pe cel la care țin.												
3	Alții beneficiază de lucrurile pe care le fac din plăcere.												
4	În general îmi petrec vacanțele împreună cu alte persoane.												
5	Îmi practic hobby-urile împreună cu alte persoane.												

1		2		3		4		5		6			
Sunt sigur că nu pot		Nu cred că pot		Uneori pot		Uneori nu pot		Cred că pot		Sunt sigur că pot			
Auto-eficacitate								1	2	3	4	5	6
1	Sunteți capabil să găsiți activități agreabile?												
2	Sunteți capabil să aveți grijă de dumneavoastră în mod adecvat?												
3	Sunteți capabil să aveți legături de prietenie cu alte persoane?												
4	Sunteți capabil să lăsați alte persoane să vadă că țineți la ele?												
5	Sunteți foarte priceput la o anumită activitate?												

1		2		3		4		5		6			
Niciodată		Foarte rar		Uneori		În mod regulat		Adesea		Foarte des			
Gândire pozitivă								1	2	3	4	5	6
1	Cât de des sunteți capabil să vedeți latura pozitivă a situației când se întâmplă ceva neplăcut?												
2	Când lucrurile vă merg împotriva, cât de des vă gândiți că ar putea fi și mai rău?												
3	Când nu vă merge bine, cât de des vă gândiți că altora le merge mult mai rău?												
4	Când aveți o zi proastă, cât de des vă gândiți că lucrurile vor merge mai bine mâine?												
5	Când lucrurile nu merg prea bine, cât de des reușiți să gândiți pozitiv?												

Anexă : Chestionar Scala multi-dimensională a sprijinului social perceput (MSPSS)

Ziment, Dahlem, Ziment & Fanley (1988)

Dorim să înțelegem ce simțiți legat de următoarele afirmații. Citiți fiecare propoziție și încercuiți numărul care indică în ce măsură afirmația se potrivește cu ceea ce simțiți în acest moment. Răspunsurile posibile sunt de la 1 la 7, unde 7 indică faptul că afirmația vi se potrivește foarte bine, iar 1 că afirmația nu vi se potrivește deloc.

	Nu se potrivește deloc						Se potrivește foarte bine
1. Există o persoană apropiată care îmi este alături oricând am nevoie	1	2	3	4	5	6	7
2. Există o persoană apropiată cu care îmi pot împărtăși necazurile și bucuriile	1	2	3	4	5	6	7
3. Familia mea încearcă cu adevărat să mă ajute	1	2	3	4	5	6	7
4. Primesc sprijinul emoțional de care am nevoie de la familia mea	1	2	3	4	5	6	7
5. Există o persoană apropiată care reprezintă o sursă reală de încurajare	1	2	3	4	5	6	7
6. Prietenii mei încearcă cu adevărat să mă ajute	1	2	3	4	5	6	7
7. Pot să mă bazez pe prieteni când apare o problemă	1	2	3	4	5	6	7
8. Pot vorbi cu familia mea despre problemele mele	1	2	3	4	5	6	7
9. Am prieteni cu care îmi pot împărtăși necazurile și bucuriile	1	2	3	4	5	6	7
10. Există o persoană apropiată pentru care sentimentele mele sunt importante	1	2	3	4	5	6	7
11. Familia mea este pregătită să mă ajute să iau decizii	1	2	3	4	5	6	7
12. Pot vorbi cu prietenii mei despre problemele mele	1	2	3	4	5	6	7

Anexă : “Unipedal Stance Test” (UST) (Bohannon, Larkin, Cook, Gear & Singer, 1984)

Instrucțiuni pentru examinator: Pregătiți o zonă total liberă unde se va desfășura testul și un cronometru. Folosiți cronometrul pentru a măsura durata de când piciorul se desprinde de podea până la momentul în care atinge din nou podeaua.



Instrucțiuni pentru participant: la următorul test, trebuie să stați pe un singur picior cât de mult puteți, cu ochii deschiși și fără nici un fel de sprijin. Alegeți piciorul cu care vă simțiți cel mai confortabil și când auziți comanda, ridicați celălalt picior astfel încât să nu atingă podeaua.

Scor

Durata este de până la 30 de secunde, cu aproximativ 9.3 în decada a treia până la 14.2 secunde și aproximativ 9.3 secunde în decada a opta.

Anexă : Test Sit to Stand (STS)

(Janssen, Bussmann & Stam, 2002)

Instrucțiuni pentru examinator: Pregătiți o cursă de trei metri. Puneți un scaun de dimensiuni standard (înălțime 44-47 centimetri), fără sprijin pentru mâini. Porniți cronometrul la primul semn de ridicare (de exemplu, când spatele nu mai atinge spătarul). Opriți cronometrul la finalul sarcinii, când participantul revine la poziția de plecare.

Prima cursă se consideră a fi de antrenament. Scorurile se notează la a doua măsurătoare.

Punct de plecare: participantul stă pe scaun cu spatele sprijinit de spătar și mâinile încrucișate la piept (Rezultatele se notează mai jos).



Instrucțiuni pentru participanți: Cu mâinile încrucișate la piept, când auziți comanda „ridicați-vă”, ridicați-vă și așezați-vă de cinci ori cât de repede puteți.

Rezultate:

- 1.....
- 2.....

Scor

Limite de timp: între 5.4 și 19.4 secunde

Timp mediu: 9.1 (femei: 9.2, bărbați: 9.0)

Deviație standard: 1.97, Mediană: 8.9

Anexă : Test cronometrat de ridicat în picioare și mers – Time Up and Go (TUG)

(Zaino, Marchese & Westcott, 2004)

Instrucțiuni pentru examiner: Pregătiți o cursă de trei metri. Puneți un scaun de dimensiuni standard (înălțime 44-47 centimetri), cu sprijin pentru mâini, la punctul de start al cursei. Porniți cronometrul când începe mișcarea de ridicare (de exemplu la desprinderea spatelui de spătar). Opriți cronometrul când participantul revine la punctul de plecare.

Prima cursă se consideră a fi de antrenament. Scorurile se notează la a doua măsurătoare.

Punct de plecare: participantul stă pe scaun cu spatele sprijinit de spătar.

Instrucțiuni pentru participanți: Atunci când vi se spune să vă ridicați, vă rugăm să vă ridicați, să mergeți cât de repede puteți fără a vă forța până la linie (distanță de 3 metri), să vă întoarceți la scaun și să vă așezați. (Participanții pot folosi sprijinul pentru mâini dacă doresc).

Padsledio, D, Richardson, S. Test cronometrat “up and go” de mobilitate de bază pentru persoane vârstnice fragile. J Am Geriatric Soc. 1991; 38; 142-6

Test cronometrat “Up and Go” (TUG)

Nume participant: _____ Diagnostic _____

Instrucțiunile pentru participanți: Atunci când vi se spune să vă ridicați, vă rugăm să vă ridicați, să mergeți cât de repede puteți fără a vă forța până la linie (distanță de 3 metri), să vă întoarceți la scaun și să vă așezați.

Data	Rezultat în secunde	Numele examinatorului
(1)		
(2)		
(3)		
(4)		
(5)		

0-14 secunde – în siguranță; 15-20 secunde – are nevoie de puțin ajutor; 20-30 secunde – are nevoie de ajutor complet

Anexă : Scala durerii (VAS)

(Scott & Hukisson, 1976)

Mai jos regăsiți trei scale care înregistrează nivelul durerii pe care o simțiți pe parcursul unei zile: în timpul somnului, când vă mișcați și în perioadele de repaus. Valoarea 0 (zero) indică lipsa durerii, iar 10 (zece) indică durerea intensă. Încercuiți pentru fiecare dintre cele trei scale numărul care corespunde nivelului de durere pe care o resimțiți.

Nivelul durerii în timpul somnului

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lipsa durerii	Durere minimă		Durere ușoară		Durere moderată		Durere puternică		Durere extremă	

Nivelul durerii când vă mișcați

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lipsa durerii	Durere minimă		Durere ușoară		Durere moderată		Durere puternică		Durere extremă	

Nivelul durerii în perioadele de repaus

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No pain	Minimal pain	Light pain	Moderate pain	Strong pain	Extreme pain					

Anexă : Chestionarul BMSR -21

Stimate participant,

Acest chestionar folosește pronumele la masculin, dar este destinat persoanelor de ambele genuri. Vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări:

- a. Vă rugăm să încercuiți numărul care corespunde cel mai exact nivelului dumneavoastră de activitate fizică săptămânală din acet moment:

1	De obicei nu fac niciun fel de activitate fizică (precum exerciții în cadrul unui grup sau mers în ritm susținut)
2	Particip la până la 2.5 ore de activitate fizică pe săptămână: particip la activitate fizică de grup sau practic mersul în ritm susținut.
3	2.5 – 4 ore de activitate fizică pe săptămână: activitate fizică de grup, înot, mers în ritm susținut, urcatul scărilor sau gimnastică acvatică
4	Între 4-6 ore de activitate fizică pe săptămână: activitate fizică de grup, urcatul scărilor, înot, tenis, dansuri populare sau gimnastică acvatică
5	6 sau mai multe ore de activitate fizică pe săptămână such as: mers în ritm susținut, activitate fizică de grup, dansuri populare, înot, tenis, urcatul scărilor, gimnastică acvatică sau plimbare în grup

- b. Parcurgeți chestionarul și încercuiți răspunsul care descrie situația dumneavoastră actuală.

1. Care este nivelul dumneavoastră de durere din viața de zi cu zi?	Deloc	Puțin	Moderat	Mult	Foarte mult
2. Ați simțit vreo durere în timpul exercițiilor?					
3. Ați simțit vreo durere după efectuarea exercițiilor?					
4. Cât vă simțiți de puternic?					
5. Ce nivel de control simțiți că aveți asupra propriului corp?					
6. În ce măsură puteți să vă sprijiniți pe un singur picior pentru câteva momente?					
7. În ce măsură credeți că vă puteți menține echilibrul?					
8. În ce măsură vă puteți ajusta gama de mișcări din timpul zilei ca să reduceți nivelul de durere?					

9. În ce măsură vă puteți mișca fără durere în viața de zi cu zi?					
10. Cât de încrezător vă simțiți în viața de zi cu zi?					
11. În ce măsură puteți participa la lecții în general?					
12. V-ați gândit vreodată să nu mai luați parte la aceste lecții?					
13. Cât de mulțumit sunteți de participarea la program?					
14. Corespunde programul BMSR așteptărilor dumneavoastră de a dobândi instrumente pentru o mai bună gestionare a vieții dumneavoastră zilnice?					

- c. **Următoarele întrebări se referă la auto-gestionare. Auto-gestionarea este abilitatea de a gestiona circumstanțele personale (boală, dizabilitate sau funcționalitate redusă) în mod adecvat, astfel încât să vă mențineți sau să vă îmbunătățiți starea de sănătate și starea mentală de bine. Parcurgeți chestionarul și încercuiți răspunsul care descrie circumstanțele dumneavoastră actuale.**

	Deloc	Puțin	Moderat	Mult	Foarte mult
1. Evitați să ieșiți pentru diverse treburi casnice din orice fel de motiv fizic precum teama de a cădea, lipsa de putere, durere sau lipsa de echilibru?	1	2	3	4	5
2. Cât de mult vă încurajează circumstanțele fizice și funcționarea actuală?	1	2	3	4	5
3. Cât de mult practicați exerciții fizice în orice fel de cadru organizat sau individual pentru a vă menține sau a vă îmbunătăți funcționarea fizică?	1	2	3	4	5
4. Folosiți instrumentele de gestionare fizică pe care le-ați achiziționat în cadrul programului BMSR?	1	2	3	4	5
5. Cât este de important pentru dumneavoastră să vă mențineți sau chiar să vă îmbunătățiți condiția fizică?	1	2	3	4	5

- d. **Din lista de mai jos, încercuiți toți factorii care vă încurajează să continuați programul BMSR:**

1	Simt că durerea s-a diminuat
2	Pot face mai multe exerciții
3	Echilibrul mi s-a îmbunătățit

4	Simt că sunt mai puternic și mă simt mai puțin obosit în timpul zilei
5	Mă simt mai bine în general
6	Mă bucur să-mi întâlnesc prietenii la lecții
7	Majoritatea prietenilor mei merg la ședințele BMSR
8	Familia mă presează să continui programul
9	Simp că achiziționez instrumente pentru a gestiona viața de zi cu zi
10	Simt că abilitatea mea de a avea grijă de mine în viața de zi cu zi s-a îmbunătățit
11	Programul mă motivează să evoluez și să mă îngrijesc

Vă mulțumim pentru participare

Dafna și echipa de cercetare

Anexă : Interviu semi-structurate

1. Vă rugăm să descrieți starea dumneavoastră la începutul sesiunilor (înainte de studiu).
2. Vă rugăm să descrieți starea dumneavoastră actuală.
3. Cum a intervenit schimbarea? Care au fost etapele / procesele? În opinia dumneavoastră, ce a ajutat la producerea acestei schimbări?
4. Vă rugăm să descrieți evenimentele cele mai pozitive pe care le-ați experimentat în cadrul grupului de exerciții fizice.
5. Vă rugăm să descrieți evenimentele cele mai negative pe care le-ați experimentat în cadrul grupului de exerciții fizice.
6. Care au fost beneficiile secundare pe care le-ați dobândit în urma participării la sesiuni (de exemplu, v-ați făcut noi prieteni)?
7. Care este, în opinia dumneavoastră, elementul cheie pe care l-ați dobândit din metoda de exerciții BMSR?
8. V-a ajutat BMSR să vă cunoașteți mai bine comportamentul corporal? Cum? În ce privințe?
9. Ați simțit că BMSR v-a conferit instrumente pentru comportamentul conștient în viața de zi cu zi? Ce instrumente ați dobândit? Ce faceți acum diferit față de ce făceați înainte?
10. În opinia dumneavoastră, ar putea reprezenta BMSR un instrument eficient care să-i ajute pe adulți să se comporte mai bine și în mod mai controlat în viața de zi cu zi? Cum? În ce mod specific?

11. Ce recomandări ați avea pentru îmbunătățirea ședințelor?
12. Ați recomanda această metodă și prietenilor dumneavoastră?

Vă mulțumim pentru interes și cooperare
Dafna și echipa de cercetare