

UNIVERSITATEA BABES-BOLYAI CLUJ-NAPOCA
FACULTATEA DE SOCIOLOGIE SI ASISTENTA SOCIALA

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

***RELAȚIA DINTRE PATTERN-URILE ATITUDINALE ÎN SUPORTUL
FAMILIAL SOCIAL ȘI EFECTELE LOR ASUPRA STĂRII PACIENȚILOR
VÂRSTNICI CU INSUFICIENȚĂ CARDIACĂ***

DOCTORAND: GHASAN SALAMEH

COORDONATOR: Prof. Dr. PETRU ILUȚ

2016

CUVINTE CHEIE: sănătate autodeclarată, afecțiuni cardiovasculare, capital social, suport familial-social, integrare socială, teoria modernizării, context cultural, metodologie mixtă, abordarea sistemică, perspectiva ecologică.

CUPRINSUL TEZEI

INTRODUCERE / 3

Capitolul 1. SĂNĂTATEA ȘI BOALA. ABORDĂRI SOCIOLOGICE ȘI PSIHO-SOCIOLOGICE / 10

1.1. Cadrul conceptual al sănătății și bolii. Modele asociate ale sănătății și îngrijirii / 10

1.1.1. Evoluția conceptelor / 10

1.1.2. Modele ale sănătății și îngrijirii sănătății/ 13

1.2. Sociologia sănătății și psihologia social a sănătății / 15

1.2.1. Evoluția sociologiei medicale / 17

1.2.2. Sociologia și psihologia social a sănătății și bolii / 21

1.2.3. Teorii ale sociologiei medicale / 22

1.2.4. Teorii ale psihologiei sociale legate de boală și sănătate / 26

1.2.5. Limite ale teoriilor sănătății și bolii / 34

1.3. Remarci concluzive / 37

Capitolul 2. RELAȚII FAMILIALE, SUPTUL SOCIAL-FAMILIAL ȘI CAPITALUL SOCIAL AL VÂRSTNICILOR ÎN SOCIETĂȚILE CONTEMPORANE / 39

2.1. Rolul familiei și schimbările acesteia în ultimele decenii / 39

2.2. Transformări în structura familiei / 42

2.3. Relațiile intergeneraționale în familie / 47

2.4. Suportul social-familial / 49

2.5. Capitalul social ca formă de sprijin la bătrânețe / 54

2.6. Concluzii / 62

Capitolul 3. INFLUENȚA SPRIJINULUI SOCIAL ASUPRA BOLII – AFECȚIUNEA CARDIOVASCULARĂ / 63

3.1. Suport social și sănătate: privire generală / 63

3.2. Suport social și integrare socială / 68

3.3. Efectul suportului social asupra mortalității, supraviețuirii după boală și după intervenția chirurgicală / 69

3.4. Efectul suportului social asupra recuperării după bolile cardiace și asupra morbidității / 72

3.5. Efectul suportului social asupra tipurilor de efecte comportamentale și psihologice / 76

3.6. Remarci concluzive / 77

Capitolul 4. BOLILE CARDIOVASCULARE CA O PROBLEMĂ ÎN EVOLUȚIE GLOBALĂ: O PRIVIRE SPECIALĂ ASUPRA CAZULUI ISRAEL / 80

4.1. Descrierea bolilor cardiovasculare in context demografic / 80

4.2. Caracterul de fenomen social al afecțiunilor cardiovasculare / 82

4.3. Comportamentul nesănătos și statusul financiar precar: cei mai importanți factori de risc / 85

4.4. Cazul Israelului / 87

4.4.1. Demografia Israelului: distribuția după vârstă, etnicitate și religie / 87

4.4.2 Bolile cardiovasculare în Israel / 92

4.5. Propuneri pentru a reduce riscul bolii cardiovasculare / 96

Capitolul 5. CADRUL METODOLOGIC: CHESTIONARELE ȘI INTERVIURILE CALITATIVE / 97

5.1. Abordarea cercetării: model de metodologie mixtă / 97

5. 2. Cadrul cercetării mixte / 99

5. 3. Obiective, ipoteze și întrebări ale cercetării cantitative / 101

5. 4. Chestionarul / 102

5. 5. Folosirea datelor cantitative / 105

5. 6. Scopul cercetării calitative / 106

5. 7. Eșantionarea în cercetarea calitativă / 107

5. 8. Validitatea, fidelitatea and generalizarea / 108

5.9. Interviu / 109

5.10. Întrebările interviului / 110

5.11. Limitele cercetărilor / 112

Capitolul 6. ANALIZA CANTITATIVĂ A DATELOR EMPIRICE / 113

6.1. Descrierea eșantionului cercetării cantitative / 113

6.2. Analiza descriptivă / 113

6.2.1. Variabilele de cercetare: experiența spitalizării, starea de sănătate, cunoașterea bolii, calitatea vieții / 118

6.2.2. Analiza exploratorie / 123

6.2.2.1. Ce influențează internarea ? / 128

6.2.2.2. Condiția pacienților ca funcție a etnicității și religiei acestora / 131

6.3. Discuții și concluzii ale rezultatelor cantitative / 153

Capitolul 7. ANALIZA CALITATIVĂ A RĂSPUNSURILOR LA INTERVIURILE DE PROFUNZIME / 162

7.1. Puncte de reper metodologice / 162

7.2. Puncte de reper teoretice: sănătatea auto-declarată ca și concept compozit, suportul social și capitalul social informal / 165

7.3. Analiza calitativă / 167

7.4. Sinteza analizei și discuții / 178

CONCLUZII GENERALE ȘI PROPUNERI / 182

BIBLIOGRAFIE / 197

ANEXA 1 – Chestionarul / 207

ANEXA 2 – Ghidul de interviu 210

ANEXA 3 – Răspunsurile la interviu / 211

STRUCTURA REZUMATULUI

1. PUNCTE DE REPER TEORETICE ȘI EMPIRICE ALE TEZEI	p. 5
2. CONCEPTE INSTRUMENTATE, PERSPECTIVE TEORETICE, CONTRIBUȚII ALE STUDIILOR ȘI TABLOU STATISTIC	p. 6
3. CERCETAREA PRIN MIXT METODOLOGIC – PRINCIPALELE REZULTATE ALE INVESTIGAȚIEI EMPIRICE	p. 13
4. CONCLUZII BAZATE PE REZULTATELE CERCETĂRII	p. 22
5. PROPUNERI: POLITICI DE SĂNĂTATE ȘI MĂSURI SOCIALE	p. 24
BIBLIOGRAFIA TEZEI DE DOCTORAT	p. 27

1. PUNCTE DE REPER TEORETICE ȘI EMPIRICE ALE TEZEI

Ca profesionist și ca cercetător implicat în domeniul tehnologiilor medicale și de serviciilor de nursing în aria bolilor cardiovasculare de mai mulți ani, am găsit o bună oportunitate de a crea un cadru de cercetare unde a fost inclus un eșantion de pacienți de la spitale unde am lucrat, pentru a explora cauzele sociale ale diferitelor forme de a progresa sub aspectul sănătății, ale indivizilor afectați de boli cardiovasculare.

Întregul demers doctoral este amplasat la intersecția a două domenii generoase: *sociologia sănătății* și *sociologia familiei*. În plus, abordările socio-psihologice și cele medicale au fost implicate în analiză, ca domeniu inerent de analiză conectat cu domenii științifice ale sănătății și familiei. Ca idee implicită, întreaga construcție a tezei se concentrează în tripletul: pattern-uri ale suportului social familial – bolile cardiovasculare – sănătate auto-declarată (sau auto-percepută) a pacienților.

Capitolele teoretice încercă să sintetizeze fundalul teoretic privind: i) conceptele de sănătate și boală și evoluția acestora de-a lungul timpului (istoriei), din diverse perspective sociologice și psihosociologice; ii) probleme ale familiei (schimbări în structura familiei, funcții ale familiei și relațiilor familiale, suportul social familial, relațiile intergeneraționale și capitalul social al vârstnicilor în societățile contemporane, implicând atât repere teoretice din sociologia familiei, cât și dezvoltări empirice în aceste domenii de studiu; iii) dependența cauzală dintre suport social și sănătate, în particular relația dintre suportul social și boala cardiovasculară (și mortalitatea asociată) privind intersecțiile variabilelor fiziologice, comportamentale și psihologice și modurile în care se grupează cauzele, evoluția, agravarea sau ameliorarea, dar și evoluția pe termen lung, conturând moduri diferite în care indivizii pot reacționa la evenimente neașteptate și cotituri ale vieții (schimbări de viață, paranormative, stresante), în același timp implicând contribuții din domeniul psiho-cardiologiei.

Partea empirică a tezei cuprinde două cercetări pe bază de chestionar și interviuri de profunzime privind problemele statusului sănătății (sănătate auto-declarată) și aspecte care țin de bunăstare în relație cu caracteristicile familiale ale suportului, care sunt construite special pentru scopul cercetării.

Scopul cercetării a fost de a identifica câteva pattern-uri ale viziunii pacienților obișnuiți despre propria sănătate, nivelul lor de informare medicală și despre evoluția bolii cardiovasculare (insuficiență cardiacă). Principalul obiectiv a fost de a găsi posibile asocieri, relații și interferențe dintre suportul social (familial) și evoluțiile aferente ale bolii indivizilor și de asemenea ale nivelului lor de bunăstare. Pe lângă acest scop, intenția mea a fost să contribui la reflecția și crearea unei cunoașteri explicite asupra unor probleme care pot să apară în aceste interacțiuni dintre elementele sănătate-social. Întregul studiu a avut un *caracter*

exploratoriu, folosind o metodologie mixtă. Eșantionul de pacienți din ambele investigații a fost selectat, ca eșantion teoretic, din rândul persoanelor internate în spitalele unde lucrez.

Rezultatele observațiilor, chestionarelor, interviurilor de profunzime au fost analizate statistic și calitativ. În cercetarea cantitativă și calitativă am încercat să examinez *trei tipuri diferite de suport familial* (absent, adecvat și excesiv) și relația dintre aceste tipuri de suport și modul în care pacienții fac față bolii lor (cardiace).

Atât analiza teoretică cât și cea empirică angajează *trei niveluri de cunoaștere*: dimensiunea structurală (perspectivele teoretice societale, evoluțiile și tendințele statistice asociate cu mortalitatea, etiologia, prognoza și intervenția în cazul bolilor cardiovasculare – cu focalizare specială pe situația din Israel); dimensiunea mezo-socială (instituții medicale – spitale, aziluri/centre rezidențiale, grupuri de suport și comunități – și nivelul social grupal); individual (valuri, atitudini, credințe, și patternuri comportamentale ale pacienților legate de suportul social-familial al acestora.

2. CONCEPTE INSTRUMENTATE, PERSPECTIVE TEORETICE, CONTRIBUȚII ALE STUDIILOR ȘI TABLOU STATISTIC

Scopul **Capitolului 1**, *“Sănătate și boală. Abordări sociologice și psihologice”* este de a explora conceptul de sănătate și de a identifica modurile prin care acesta poate fi obținut, promovat, susținut și recâștigat de indivizi, în lumina teoriilor și modelelor sociologice și socio-psihologice. Din punct de vedere istoric se poate presupune că atât sănătatea cât și boala au fost tratate mai mult în termenii problemelor sociale care trebuie rezolvate. Faptul că acestea reprezintă probleme sociologice și psihologice a căror investigare facilitează cunoașterea socială a constituit o abordare secundară. Specialiștii au identificat câteva exemple care susțin natura evaluativă a acestor două concepte: sănătatea poate fi definită în termeni de biologic (“corp sănătos”), psihic (“sănătate mentală”) sau atribute sociale (sănătatea ca și capacitate de a adopta un rol social). Toate aceste definiții pot diferi în semnificația lor ca o funcție a clasei sociale, vârstei sau geografiei (Goffman, 1961; Rosenstock, 1974). Distincția dintre perspectiva “negativă” (medicală) și “pozitivă” (socială) asupra sănătății rămâne în mijlocul a numeroase dezbateri; deși viziunile negative despre sănătate punctează mai ales pe “sănătatea proastă”, acest concept nu este clar definit în dimensiunile sale (Downie et al., 1991). Complexitatea definirii bolii implică atât percepții subiective cât și obiective privitoare la boală. Mai departe, efectele sociale și de mediu asupra sănătății pot fi tratate ca neimportante deși acestea pot cauza consecințe

serioase. Viziuni mai pozitive asupra sănătății cum ar fi cele redată de *Organizația Mondială a Sănătății* (World Health Organization, 1984) preiau noțiunile mult mai complexe de fitness și bunăstare ca integrare a corpului și minții văzute ca un “întreg”. (Hall & Elliman, 2003, p. 6).

Pe baza perspectivelor teoretice (din sociologie și psihologie socială) și a modelelor din aria sănătății propriu-zise (îngrijire medicală) prezentate, am reușit să detașez câteva idei majore:

Fiind concepte evaluative, sănătatea și boala pot fi văzute, în sens larg, ca și modalități și mecanisme prin care o anumită categorie percepe sănătatea după un sistem de valori specific, aspecte culturale, norme sociale și atitudini ale acestei populații. Pe de altă parte, o abordare științifică nu poate ignora evidențele obiective privind sănătatea, bazate pe indicatori măsurabili ale statusului bolii.

Aici am conturat câteva *concluzii privind sănătatea și boala ca fenomene sociale și psihologice*, în lumina teoriilor și achizițiilor în cunoaștere încorporate în acest capitol. Sănătatea și boala nu reprezintă fenomene accidentale, și nu sunt dependente doar de materialul genetic al indivizilor. Prevalența tipurilor specifice de boală este dependentă de contextual social (venit, clasă socială, etnicitate sau mediu rezidențial).

- Fiind stabilit că majoritatea domeniilor care studiază sănătatea nu se preocupă explicit de testarea și dezvoltarea teoriilor sociologice, aceste studii au doar indirect o contribuție la formularea de teorii. Astfel, sociologia medicală poate contribui la dezvoltarea explicațiilor sociologice privind sănătatea și boala; cercetarea empirică în domeniile de sănătate poate oferi informație asupra comportamentului privind sănătatea al individului, comunității sau altor structuri sociale și astfel poate ajuta la *îmbunătățirea și adaptarea agendei de sănătate publică*.
- În noile abordări de specialitate, îmbunătățirea sănătății înseamnă *un pas înspre viziunea pozitivă a sănătății care subliniază importanța fitness-ului și bunăstării*, și renunțarea la perspectiva negativă. Această schimbare cere un nou sistem de valori pentru a pune accent mai degrabă pe aspectele sociale, și mai puțin pe cele medicale ale îngrijirii (Macdonald, 1998).
- Global, primul capitol a arătat că noțiunea de sănătate individuală este mult mai complicată decât pare la prima vedere. S-a arătat că *sănătatea ca și concept încorporează mai mult decât absența bolii sau afecțiunilor fizice*. Astfel, s-a argumentat că o cunoaștere a factorilor care afectează îngrijirea sănătății, nivelul de socializare, structura familială și suportul social, clasa socială, excluziunea socială, șomajul sărăcia, rezidența, dieta, activitatea fizică sunt la fel de importante ca și cunoașterea cauzelor “naturale” ale bolii sau afecțiunii. Aceasta sugerează că *sănătatea populației nu e singura preocupare a profesiilor de*

îngrijire a sănătății, ci este responsabilitatea tuturor celor care contribuie la consolidarea unui stat al bunăstării indivizilor.

- Inegalitățile sociale au un impact major asupra sănătății populației. În virtutea *evidențelor curente ale condițiilor sociale care afectează sănătatea adulților și vârstnicilor, politicile sociale par să pună aici pe un loc important responsabilitatea familiei, rețelelor sociale, grupurilor de suport și comunităților.* Mai concret, se pare că o viziune mai holistică asupra sănătății familiei și comunității prevalează în politicile curente ale statelor dezvoltate. Proliferarea politicilor și programelor sociale și de sănătate urmăresc să prevină dar și să promoveze sănătatea, alături de îngrijirea medicală și tratamentul propriu-zis. Evaluările recente ale specialiștilor par să sugereze că intervenția socială de acest gen va îmbunătăți sănătatea populației și bunăstarea socială per ansamblu.
- *Sănătatea și boala au consecințe deopotrivă micro-, mezo- și macro-sociale.* La nivel micro-social, boala afectează condiția psihologică și fizică a oamenilor, implicând costuri economice și emoționale etc. La nivel mezo-social, boala alterează bunăstarea comunităților și a familiilor extinse, iar la macro-social ea afectează contexte sociale largi cum ar fi dezechilibrarea balanței forței de muncă, presupunând alocații și pensii pentru copii și vârstnici, prin creșterea cheltuielilor de îngrijire (Gwyn, 2002).

Capitolul 2, „Relațiile de familie, suportul social familial și capitalul social al vârstnicilor în societățile contemporane” descrie modul în care relațiile de familie, structura familiei, precum și patternul schimburilor între generații și al funcțiilor se schimbă pe parcursul anilor. Au existat o serie de transformări sociale care au modificat contextul „tradițional” al relațiilor dintre generațiile familiale din ultimele decenii, care constituie dealtfel baza procesului de modernizare în țările dezvoltate.

Importanța temei relațiilor și a legăturilor dintre generații în familie este evidentă, interesul tot mai mare fiind sugerat de multiplicarea cercetărilor empirice și a modelelor teoretice preocupate de subiect. Diversitatea tot mai mare a caracteristicilor sociale, dezvoltarea relațiilor economice și a forței de muncă pe piață și schimbările demografice au efecte asupra duratei de viață, care înseamnă mai mulți ani petrecuți în familie cu mai multe generații, o mare diversitate a structurii familiei, precum și o mai mare varietate de roluri și funcții pentru a se asigura nevoile psihologice, fizice și sociale ale membrilor familiei.

Pot apărea diverse moduri de schimburi între membrii familiei, în special între părinții în vârstă și copiii lor adulți, bazate atât pe constrângerile structurale cât și pe normele culturale.

În ciuda faptului că structura relațiilor dintre generații sunt ajustate în mod natural la schimbările demografice și macro-sociale și mezzo-sociale, legăturile dintre generații în întreaga viață rămân în miezul structurii sociale și a funcției, având și un rol social pivotal. Astfel, la diferite niveluri de importanță, relațiile dintre generații contribuie la supraviețuirea individuală și de grup, la sănătatea și bunăstarea generațiilor implicate. Un alt concept implicat în analiza a fost cel de "sprijin social" (sub- capitolul 2.4) .

Procesul de coping (a face față) este mediat de sprijinul social, conducând la diverse mecanisme ale efectelor pozitive asupra sănătății, inclusiv cu privire la aspectele adiacente sănătății (recuperare rapidă, mortalitate mai scăzută, starea de bine) . (Schwarzer & Leppin, 1991) . În lumea de astăzi , mai ales în regiunile dezvoltate, decizia de a acorda sprijin informal părinților vârstnici vulnerabili nu mai pot fi considerate ca de la sine înțeleasă. Decizia depinde de calitatea în derulare a relațiilor sociale părinți-copii, pe principiile de voluntariat și pe acordul individual (Keith, 1992).

Câteva idei importante extrase din acest capitol pot fi organizate după cum urmează:

- Amploarea schimbărilor demografice în societățile contemporane la nivel demografic, social, economic și cultural conduce la o serie de consecințe vizibile asupra relațiilor sociale și familiale și asupra altor domenii de viață. Pe măsură ce numărul persoanelor în vârstă în societățile occidentale și, de asemenea, în țările în curs de dezvoltare, continuă să crească, societățile vor avea mai multe cheltuieli pentru serviciile de sănătate și de spitalizare.
- Influențe majore ale schimbărilor macro-sociale sunt înregistrate în mecanismele de suport social, în rolurile de gen, alegerea maritală și stilul de viață în cadrul sferei vieții de familie. Dintre acestea, relațiile dintre generații (sprijin, transfer și solidaritatea între generațiile familiale), presupunând o mare varietate de manifestări în ceea ce privește schimburile, depind de constrângeri structurale și de normele culturale, dar, de asemenea, interesează opțiunile individuale și prezența sau absența valorilor de auto-determinare.
- Capitalul social informal, mai mult decât capitalul social formal, pare a fi un indicator puternic al bunăstării la persoanele în vârstă. Rețelele de familie și comunitare, adică continuumuri diverse și nivelurile de schimburi și acțiuni dintre membrii familiei, prieteni, colegi, vecini, contribuie la sănătatea și starea de bine la toate vârstele, dar mai important, în grupul de vârstnici. În mod natural, pentru că familia constituie principala sursă de îngrijire, starea de sănătate pare să fie legată direct de "relațiile de sănătate" dintre bătrâni și familia lor.

- Complexitatea problemei sănătății vârstnicilor impune o abordare cuprinzătoare, ecologică, sistemică. Așa cum subliniază literatura, menținerea sănătății, agravarea afecțiunilor dar și durata recuperării, depind de sprijinul bătrânilor primit din partea familiei și a altor grupuri sociale informale, precum și de capacitatea acestora de a face față atât bolii în sine, cât și tratamentului prescris. Ca un nucleu de factori de protecție medicală, generosul domeniu al contactelor sociale și al participării sociale pare să medieze și să reducă efectele negative ale îmbătrânirii, dintre care se evidențiază mai ales amânarea degradării fizice și funcțiile psihologice.
- Pentru a-și atinge scopurile de promovare a sănătății și de prevenire a bolilor, programele și strategiile gândite în acest sens ar trebui să ofere pe cât posibil cât mai multe activități și conținuturi specifice standardelor potrivite vârstei a treia. În acest sens, intervențiile psihosociale în rândul populației generale pot deveni rentabile pentru societate. După părerea mea, în acord cu asumțiile și propunerile din literatura de specialitate (vezi Forsman et al., 2012), sunt necesare mai multe cercetări cu privire la efectele stilului de viață, tipului de relații sociale și familiale, precum și tipurilor de aranjamente de viață, atitudinilor și comportamentelor privind independența (atât cât este posibil) la o vârstă înaintată, asupra bunăstării personale și sociale.

Capitolul 3, „Influența sprijinului social asupra bolii – afecțiunea cardiovasculară”, reprezintă sinteza conceptelor selectate, analiză focusată pe relația dintre suportul social și sănătate, în particular privind bolile cardiovasculare dar și pe mortalitatea din această cauză.

De la început, pe baza literaturii, am făcut *distincția între suportul social și integrarea socială*. Alte delimitări conceptuale sunt realizate în scopul de a îmbogăți cunoștințele cu privire la efectele asupra sănătății date de amploarea, complexitatea și funcțiile și nivelurile multiple ale proceselor de interacțiune (sub-capitolul 3.1.).

De asemenea, se arată că factorii biologici (fiziologici) nu sunt singurii implicați în sănătatea cardiovasculară. Așa cum demonstrează numeroase studii, factorii sociali și psihologici joacă roluri importante. Dintr-o perspectivă generală, care se bazează pe rezultate epidemiologice, rate mai mici de mortalitate sunt corelate pozitiv cu prezența partenerului conjugal și, de asemenea, cu participarea în rețelele sociale, ceea ce sugerează un efect pozitiv asupra longevității. Studiile selectate expuse în această secvență indică faptul că existența unor relații sociale puternice (legături sociale) tind să crească rata de supraviețuire și starea de bine a pacienților cardiaci.

La diferite niveluri de manifestări ale bolii (prevenire, debut, evoluție - îmbunătățirea sau agravarea simptomelor) pot fi detașați diferiți factori: fiziologici (moștenire biologică), comportamentali (stilul de viață - atitudini culturale și sociale, calitatea vieții - la nivel economic și la nivelul accesului la serviciile de sănătate), rezultând în diferite modalități de răspuns al oamenilor la provocările stresului și schimbărilor critice de viață.

Mecanismele mediate care pot oferi explicații cu privire la aceste asocieri epidemiologice sunt integrate în domeniul psihologiei sănătății. Conectat la aceasta, a apărut un alt domeniu psihologic: psihologia clinică în cazul bolilor cardiace, care implică și apariția psiho-cardiologiei.

În acest sens, sub-capitolul 3.2. al tezei s-a concentrat asupra bolilor cardiovasculare ținând cont de două zone de evidențe: (a) poziția dominantă a bolilor cardiovasculare (BC), ca o cauză majoră de mortalitate în societățile occidentale, precum și creșterea incidenței ratelor de mortalitate datorate BC în Europa de Est și Orientul Mijlociu, în țările în curs de dezvoltare; (b) studiile clasice și mai recente, care, solid și repetat, subliniază legăturile dintre bolile cardiovasculare și harta complexă a factorilor sociali și psihologici.

În concluzie, există numeroase studii care confirmă relațiile cauzale, la diferite niveluri, conectarea factorilor sociali (integrarea socială, familia / rețelele sociale, genul), în evoluția bolii și starea de gravitate a acesteia.

Sub-capitolele 3.3 și 3.4. descriu pe curst o serie de studii care arată că mortalitatea, supraviețuirea în cazul bolilor cronice, după intervenții chirurgicale și, de asemenea, recuperarea după boli cardiace și morbiditatea sunt puternic modelate de cantitatea și calitatea suportului social.

Sub-capitolul 3.5. constă într-o sinteză a literaturii privind efectul sprijinului social asupra pattern-urilor comportamentale și psihologice, astfel: abordarea care pune accent pe explicația comportamentală a fost confirmată de cercetările care indică faptul că rețelele sociale încurajează comportamentele pro-sănătate, contribuie puternic la prevenirea bolilor, îmbunătățind evoluția și starea afecțiunii, și afectează pozitiv procesul de recuperare, prelungind astfel durata de viață.

În concluzie, acest capitol prezintă puternice dovezi empirice în sprijinul ideii că *integrarea socială și sprijinul social sunt pozitiv asociate cu mortalitatea, sănătatea și boala.*

Capitolul 4, „Bolile cardiovasculare ca o problemă în evoluție globală: O privire specială asupra cazului Israel”, folosind unele selecții de statistici cheie, încearcă să contureze o imagine asupra bolilor de inimă, accidentului vascular cerebral, altor boli cardiovasculare și factorilor de risc. Dat fiind faptul ca bolile

cardiovasculare constituie principala cauză a deceselor, cu 17,3 milioane de decese pe an, și luând în considerare modelele estimative care calculează tendințele viitoare, această cauză pare să crească ca pondere, previziunile indicând o cifră de 23,6 milioane de decese cauzate de bolile cardiovasculare, până în 2030 (American Heart Association, 2015). Sunt descriși principalii factori de risc pentru astfel de boli, fiind subliniate două cauze majore: comportamentele nesănătoase și veniturile mici (status social, nivel de trai scăzut).

În acest capitol, m-am concentrat și pe *cazul statului Israel*, luând în considerare țara de rezidență a pacienților implicați în cercetare:

- În Israel, în 2015, *rata mortalității* a fost de 5,3 ‰ (Biroul Central de Statistică Israel, 2016). Începând cu 1999, cancerul (primul loc) și bolile de inimă (locul doi) au fost cele mai frecvente cauze de deces, ele fiind responsabile pentru aproape jumătate din totalul deceselor. Astfel, incidența acestor boli este mult mai mică în Israel față de cea a mai multor țări dezvoltate, iar decesele din cauza acestor boli apar, de obicei, la vârste mai avansate, diferența apărând mai ales la persoanele de peste 65 de ani. Pe locul al doilea privind cauzele de deces apare diabetul zaharat, care este ceva mai frecvent în rândul arabilor, comparativ cu evreii (8,4% vs. 5,3%). În parte, aceste diferențe dintre cauzele de deces după grupul etnic provin din diferențele distribuției pe vârste între cele două grupuri - populația arabă este mai tânără. Comparativ cu țările dezvoltate, în Israel apar *rate mai mari pentru diabet zaharat și bolile asociate acestuia* (dar și pentru boli infecțioase) și, prin urmare, avem rate mai mari pentru decese asociate diabetului zaharat și complicațiilor legate de diabet decât în alte state dezvoltate.

- În *cazul Israelului* se poate concluziona că indicatorii economici și sociali spun ceva despre diferențele în calitatea vieții a celor două grupuri etnice mai numeroase din Israel: evreii și arabii. Așa cum accentuează specialiștii, aceste diferențe sunt însoțite de o serie de efecte consecințe grave în parametrii de sănătate, nivelul de trai și stilul de viață, care constituie factori critici în etiologia, progresia, și tratamentul oricărei boli, în special în bolile cardiovasculare, diabetului și cancerului.

Ultima secțiune oferă un set de *propuneri în vederea reducerii bolilor cardiovasculare*, în conformitate cu achizițiile studiilor din domeniul politicilor sociale și al sănătății; aici, este implicată și opinia personală a subsemnatului.

3. CERCETAREA PRIN MIXT METODOLOGIC – PRINCIPALELE REZULTATE ALE INVESTIGAȚIEI EMPIRICE

Capitolul 5, „Cadrul metodologic: chestionarele și interviurile calitative”, justifică alegerea abordării metodologiei mixte și discută gradul aplicabilității modelului combinării metodologiei, încadrând astfel cercetarea mixtă. În această parte sunt prezentate și explicate pe larg obiectivele, ipotezele și întrebările din cercetarea cantitativă, chestionarul, demersul colectării datelor calitative, scopul cercetării calitative, validitatea, fiabilitatea și generalizabilitatea, întrebările chestionarului și interviului și limitele cercetării.

Capitolul 6, „Analiza cantitativă a rezultatelor empirice”

În cercetarea cantitativă am pornit de la întrebarea: *În ceea ce privește pacienții care suferă de insuficiență cardiacă, există o relație între modelele familiale ale pacientului, spitalizările repetate și și calitatea vieții pacientului vârstnic?*

Pentru a investiga problema de cercetat au fost urmărite următoarele obiective: stabilirea severității bolii și nivelul aferent al calității vieții, conform evaluării medicale și a instrumentelor de prognostic în boli cardiovasculare; examinarea relației dintre modelul comportamental familial față de persoanele în vârstă cu insuficiență cardiacă și frecvența re-spitalizărilor; înțelegerea celor mai bune atitudini în familie în general și față de persoanele vârstnice cu insuficiență cardiacă în special, în scopul de a reduce frecvența re-spitalizării, numărul de zile de spitalizare și calitatea vieții. Fundamentându-ne studiul pe întrebarea de cercetare, am formulat mai multe ipoteze specifice: a) cu cât tipul de sprijin familial social este adecvat situației medicale reale a pacientului în vârstă, cu atât mai mult scade frecvența spitalizării și numărul de zile de spitalizare; b) cu cât este mai adecvat suportul familial social la calitatea vieții, cu atât va scădea mai mult frecvența spitalizării. Principalele variabile implicate în analiză sunt: frecvența spitalizării / zile, nivelul informării despre afecțiune, schimbări în stilul de viață, etnie / religie. Analiza statistică a urmărit corelațiile dintre unele variabile dependente și independente.

Gradul de funcționare fizic și social și calitatea vieții au fost urmărite în chestionar prin selectarea și adaptarea elementelor inspirate din *Chestionarul de Cardiomiopatie Kansas City (KCCQ-12) 2012*¹, al lui J. Spertus, care a dezvoltat și validat acest instrument.

¹ <http://columbiaheartvalve.org/sites/default/files/PDF-Kansas-City-Questionnaire.pdf>

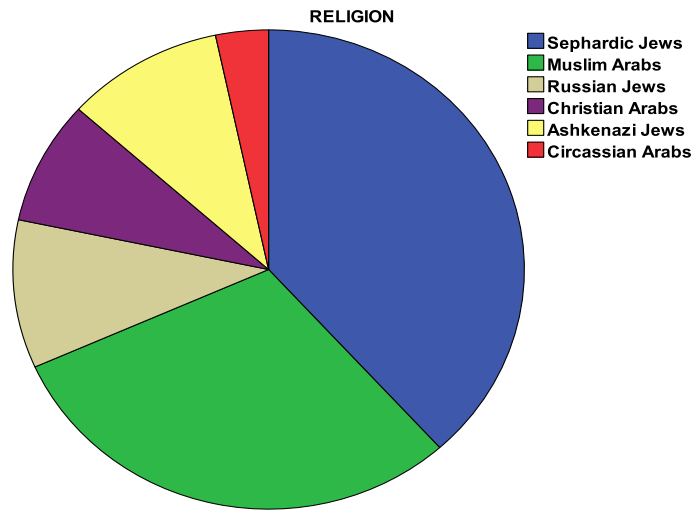
Chestionarul a inclus mai multe subiecte privind sănătatea și domenii ale vieții, fiind împărțit în 5 scale (cuprinzând 12 întrebări): *Limitarea fizică*, *Frecvența simptomelor*, *Calitatea vieții*, *Limitarea socială* și *Rezumatul scorului*. Scala de notare a KCCQ conduce la obținerea unui rezumat al scorului general care este extras din gradul de funcționare fizică, simptome (frecvență și gravitate), funcționarea socială și domenii ale calității vieții. Scorurile sunt scalate pe un interval de la 0 la 100, unde scorurile mai mari reflectă starea de sănătate mai bună. Validitatea, reproductibilitatea, capacitatea de răspuns și interpretabilitatea fiecărei teme măsurate sunt stabilite în mod independent².

În instrument au fost incluse, de asemenea, *Chestionarul de Suport Familial* – elaborat de Zimmet, Dahlem, Zimmet & Fanley (1988, citat în Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick, 2002). Acest chestionar examinează sprijinul familiei văzut în ansamblu pe care pacientul îl primește la nivel emoțional, social. În plus, la aspectele vizate prin chestionarul de sprijin în familie, am adăugat: câteva întrebări cu privire la calitatea vieții pacienților, rezultate ale observațiilor nestructurate, analizat dosarelor medicale ale pacienților (analiza documentelor) și aplicarea interviurilor semi-structurate unor respondenți dispuși să împărtășească din experiența lor.

Participanții la studiu au fost 60 de adulți în vârstă (peste 65 de ani), internați în spital cel puțin o dată în unitatea noastră medicală (în ultimii doi ani, și anume 2001 și 2012 - cercetarea cantitativă s-a desfășurat în anul 2013).

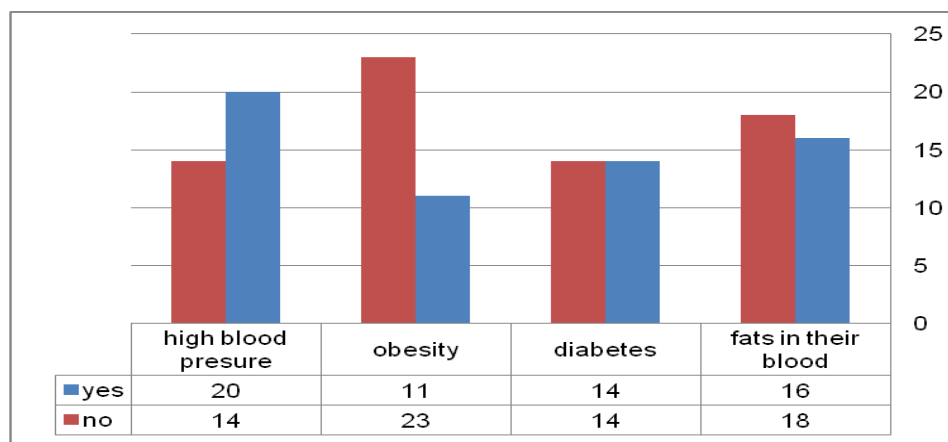
După religie și etnie, 23 de persoane din eșantion (38,3 %) sunt evrei sefarzi (cu originea în țările orientale / arabe sau Europa mediteraneană / de Sud) , 18 (30 %) arabi (musulmani), 6 (10 %) evrei ruși, 6 (10 %) evrei askenazi, 5 (8,3 %) arabi (creștini) și 2 (3,3 %) arabi cerchezi:

² <http://cvoutcomes.org/pages/3214>



Grafic 1. Distribuția eșantionului după religie și etnicitate

În ceea ce privește factorii de risc, 20 (33,3%) dintre pacienți au raportat că suferă de hipertensiune arterială, 14 (23,3 %) au raportat că nu au această afecțiune (sau lipsă date). 11 (18,3 %) suferă de obezitate, respectiv 23 (38,3 %) nu (sau lipsă date). 14 (23,3 %) au raportat că au diabet zaharat iar 14 (33,3 %) nu declară această boală (sau lipsă date). Dintre subiecți, 16 (26,7 %) au declarat că au nivel ridicat al trigliceridelor iar 18 (30%) spun că nu au - vezi graficul de mai jos :



Grafic 2. Distribuția eșantionului după factorii de risc în sănătate

Principalele constatări ale cercetării cantitative (prin analiza multivariată a / Anova) au fost:

- *Etnia* ca variabilă unică nu este poate explica integral relația cu valorile sociale și familiale. Ambele grupuri etnice (evrei și arabi) pot avea valori traditionale sau moderne, atitudini și comportamente diverse, în funcție de fondul lor cultural. Prin urmare, evreii sefarzi apar cu mai mare probabilitate similari în valori și atitudini arabilor musulmani și cerchezi. Evreii așchenazi, mulți dintre ei având originea Europa Centrală și de Est sunt cu o mai mare probabilitate similari în valori și atitudini cu marea majoritate a arabilor creștini educați. Grupul etnic al arabilor creștini sunt în medie mai educați și bine integrați în societate, nivelul lor de modernitate fiind similar celui din grupul de evrei așchenazi. În concluzie, religia sau etnia în sine nu sunt factori predictivi pentru comportamentul familial și social, nici pentru comportamentele legate de sănătate, dar contextul cultural diferit ale fiecărui grup etnic / religios reprezintă un astfel de factor predictiv.
- *Numărul internărilor* este mai mare în cazul anului precedent cercetării (2013), ceea ce ne permite să concluzionăm că pacienții revin în mod constant în cadrul instituționalizat al îngrijirii medicale și că, odată ce un pacient a suferit insuficiență cardiacă și a fost internat pentru prima dată, sunt rare cazurile în care el / ea nu se spitalizează din nou.
- *Limitările în calitatea vieții pacienților* implicate de afecțiunea cardiacă apar la un nivel destul de moderat.
- *Influența insuficienței cardiace asupra calității vieții pe diferite domenii ale acesteia* se manifestă mai ales în satisfacția în viață, în timp ce fericirea este dimensiunea cel mai puțin afectată. Acest lucru se întâmplă, probabil, datorită faptului că pacienții compensează dimensiunea fericirii cu emoții pozitive date de sprijinul venit din partea membrilor familiei și a altor persoane semnificative, în timp ce în aprecierea satisfacției, ei tind să compare starea lor reală, prezentă, cu stilul mai sănătos de viață pe care îl aveau anterior (înainte de boală).
- La variabila *limitări datorate bolii* se observă per ansamblu un grad destul de ridicat de limitare. Astfel, dacă ne uităm la date, este evident că se manifestă un pattern descrescător al bunăstării fizice în funcție de tipul de suport familial: condiția subiecților care au raportat un sprijin excesiv din partea familiei a fost cea mai gravă; apoi, avem subiecți care au raportat un suport insuficient din partea familiei; cea mai bună situația este atribuită subiecților care au raportat un sprijin adecvat al susținerii familiale (moderat).
- Ipoteza că *există o legătură între starea persoanei bolnave și susținerea din partea familiei sale* a fost confirmată. Mai mult decât atât, se pare că sprijinul excesiv din partea familiei nu scade efectul negativ al bolii asupra rutinei zilnice, ci sprijinul familial adecvat este cel care o face. Persoanele care sunt „supra-îngrijite” la domiciliu de către membrii familiei lor sunt raportate ca cele mai grave, care sugerează că

sprijinul excesiv al familiei scade independența persoanelor bolnave și aduce pacientului frustrări majore, mai puțină independență, un nivel ridicat al sedentarismului, și reducerea sau absența activităților sociale. Uchino și colab. (1996), prin meta-analiza unui număr impresionant de studii selectate din literatura de specialitate, concluzionează că un element important îl constituie accentul pus pe operaționalizarea corectă a relațiilor sociale într-un context cultural specific. În plus, se confirmă asumția că elementele specifice ale suportului pot fi mai eficiente atunci când satisfac nevoile individuale și contextul situațional al indivizilor.

- Pentru cele mai multe dintre simptome, starea subiecților care au raportat un sprijin excesiv al familiei lor a fost cea mai proastă; în al doilea rând, avem subiecți care raportează un insuficient sprijin familial; iar cea mai bună situație a corespuns subiecților care au raportat un sprijin familial adecvat, moderat, deși susținut. Tebuie să remarcăm că, uneori, sprijinul excesiv se impune (pentru situațiile medicale grave), precum faptul că și calitatea vieții ar fi oricum mai proastă, cu sau fără supra-protecția din partea familiei. Dar, în eșantionul nostru, aceste tipuri de situații sunt irelevante statistic.
- În ceea ce privește *calitatea vieții*, cei mai mulți dintre respondenți declară că boala de care suferă a cauzat un grad moderat (37%) sau scăzut (35%) de limitare; apoi, 28% din eșantion declară că boala le-a limitat puternic activitățile de zi cu zi.
- La nivelul *cunoașterii, informațiilor despre boală și tratament*, se pare că informațiile insuficiente apar la capitolul prevenire, în schimb cele privind primul ajutor și managementul bolii cardiace sunt satisfăcătoare. Aceasta este o concluzie interpretată atent, pentru că a avea un nivel scăzut de cunoștințe despre prevenție în insuficiența cardiacă - mai ales atunci când pacientul suferă deja de această boală - este crucial pentru supraviețuire și are importanță în politicile de prevenție.
- *Relația dintre etnia și religia pacientului și susținerea lui / ei de către familie* este, de asemenea, importantă în efectele asupra spitalizării. Așa cum am arătat anterior, religia în sine, la fel ca în cazul etniei, are o mică legătură cu comportamentele legate de sănătate. Această relație este de fapt mediată cultural (Richard & Sloan, 2002).
- Datele colectate din *cele patru grupuri etnico-religioase ale eșantionului* - evrei așchenazi, evrei sefarzi, arabi musulmani și arabi creștini (care au inclus și evrei ruși și arabi cerchezi) – sugerează faptul că majoritatea respondenților (aproape jumătate din eșantion) au familii numeroase, cu cinci și mai mulți copii, urmași de cei care au 1-2 sau 3-5 copii, în timp ce familiile reduse numeric, fără copii, sunt aproape absente (doar 2 din cei 60 de respondenți sunt persoane fără copii).

- *Analiza multivariată* pe mai multe dimensiuni a relevat faptul că: *nivelul de sprijin familial* a fost perceput în mod diferit de grupurile etnice / religioase. Rezultatele analizei susțin asumțiile teoriei modernizării și subliniază că adoptarea modelelor familiale tradiționale ca manifestare a relațiilor sociale și familiale este puternic păstrată în comunitățile bazate pe grupuri etnice din Israel. *Conform acestor rezultate, ierarhia grupurilor etnico-religioase în funcție de susținerea socială a familiilor pare să urmeze un continuum al valorilor, atitudinilor și comportamentelor, dinspre grupul cel mai laic (evrei ruși), spre evreii așchenazi și până la arabii creștini (cele două grupuri de populație au o serie de similitudini în spectrul atitudinal), cei mai conectați familial fiind evreii sefarzi, arabii musulmani și arabii cerchezi.*
- *Rezultatele care circumscriu factorii culturali și sociali principali implicați în modelele de suport familial sunt asociate cu două variabile cheie, cum ar fi etnia și religia (adiacent).* Dar, acest rezultat trebuie interpretat în lumina constatărilor din literatura de specialitate, care subliniază importanța contextului social și cultural, a valorilor, atitudinilor, comportamentelor și mai importanța mai mică a apartenenței etnice sau religioase în sine (Richard & Sloan, 2002). Interpretările modelelor de sprijin familial-social corelate cu sănătatea auto-percepută și suportul social sunt utile pentru a identifica soluții de îmbunătățire a stării de bine la nivel familial și comunitar.

Capitolul 7 “Analiza calitativă a răspunsurilor la interviurile de profunzime”

Obiectivul larg al *cercetării calitative* este acela de a colecta informații despre semnificația pe care o atribuie subiecții procesului analizat, precum și felul în care reacționează la cercetarea însăși, dincolo de aspectul cantitativ care vizează în principal cogniția. Așadar, investigația calitativă este una inerent multi-metodică prin obiectivul său de studiu și reflectă încercările de a folosi metode multiple sau triangulația pentru a asigura înțelegerea adâncă a fenomenelor unde realitatea obiectivă este dificil de surprins (Iluț, 1997).

Pentru a stimula colaborarea din partea subiecților interpelați, am selectat în primul rând persoane cu care avusesem anterior contacte (relație pacient – cadru medical), dezvăluindu-le scopul și obiectivele cercetării, ținând cont de faptul că interesul principal al studiului a fost de a obține descrieri cât mai detaliate a problemei investigate din partea intervievaților.

Analizând răspunsurile transcrise, trebuie menționat că situația de față este una care ilustrează în cel mai înalt grad cum o analiză cantitativă de conținut (bazată pe numărarea unor categorii tematice) a răspunsurilor ar fi fost superfluă, dat fiind, pe de o parte, numărul relativ restrâns de interviuri (8 persoane), iar pe de altă parte,

faptul că eventualele date numerice ar fi adus doar o aparentă precizie, ne semnificativă în raport cu ceea ce apare atât de evident în limbajul natural (ca analiză calitativă).

Scopul general al acestui studiu a fost de a clarifica procesul de deteriorare al sănătății cardiovasculare în grupul vizat. Acest scop ne-a conturat interogația care reiese și din studierea literaturii dar și a discuțiilor care au avut loc în timpul procesului de cercetare, cu subiecții din eșantion. M-am bazat pe asumția că noua experiență cu care se confruntă produce o nouă identitate – experiențe dependente pentru ei care întăresc sau slăbesc relațiile emoționale și cognitive pe care le au cu vechiul lor statut (ca persoană sănătoasă). M-a interesat cum, când, cu ce intensitate sunt percepute aceste schimbări. Aceste interogații de cercetare au însoțit procesul de cercetare de la început până la sfârșit și m-au ghidat în grila metodologică a studiului.

Odată cu transformările aduse de boală, pacienții au devenit, pe de o parte, mai profunzi și izolați, iar pe de altă parte mai angajați și concentrați pe măsuri adiacente specifice noilor nevoi.

Analiza răspunsurilor transcrise a indicat faptul că doar analiza cantitativă de conținut nu este suficientă, datorită numărului redus de participanți la studiu (8 pacienți). Mai mult, cifrele oferă doar o aparentă precizie, insignifiantă în raport cu bogăția limbajului natural.

Pentru a obține totuși un grad de diferențiere a datelor calitative, am încercat să găsec subiecți reprezentativi pentru *fiecare grup etnic și religios* dintre cele majore existente în Israel (arabi musulmani, arabi creștini, evrei sefarzi și evrei așkenazi). Eșantionul celor 8 participanți la interviuri au fost selectați egal după *gen* (4 bărbați și 4 femei). Intervalul de vârstă este de 65-80 ani. După *statusul lor marital*, aceștia au fost distribuiți astfel: 3 văduvi sau locuind singuri, 5 căsătoriți. Niciunul dintre participanți nu aveau diagnostice de afecțiuni psihice (demență sau Alzheimer). Interviurile au fost luate individual între Ianuarie - Martie 2015.

Caracteristicile socio-demografice ale respondenților și suportul social și familial aferent sunt ilustrate în tabelul de mai jos:

Tabel 1. Caracteristicile sociale ale subiecților și tipurile suportului familial

	S 1 E.S.	S 2 G.T.	S 3 Z.F	S 4 D.M.	S 5 A.A.	S 6 G.P.	S 7 A.S.	S 8 M.G.
Gen	bărbat	bărbat	bărbat	femeie	femeie	bărbat	femeie	femeie
Vârsta	65	66	78	77	67	65	65	77
Status marital	căsătorit	divorțat	căsătorit	căsătorită	văduvă	căsătorit	căsătorită	văduvă
Numărul copiilor	5	1	4	4	11	6	7	4
Religie / Etnie	Musulman Arab	Sephard Evreu	Ashkenad Evreu	Sephard Evreu	Creștină Arab	Creștină Arab	Musulmană Arab	Ashkenad Evreu
Alte boli	HTA ridicată Diabet	HTA ridicată Diabet Trigliceride	Colesterol ridicat	Diabet Colesterol ridicat Obezitate	Diabet Colesterol ridicat Obezitate	Nici una	Diabet Colesterol ridicat	Nici una
Număr de zile / Internări / ultimii 3 ani	4 zile O dată	65 zile De 17 ori	6 zile De 2 ori	20 zile De 5 ori	33 zile De 11 ori	4 zile O dată	30 zile internat 6 zile ambulator	3 zile O dată
Tipul suportului social-familial	Moderat	Slab	Moderat	Excesiv	Excesiv	Moderat	Slab	Moderat (trăiește în chibuț)
Îngrijitor principal	Soția	Fără îngrijitor	Soția	Soțul	Fiica	Soția	Soțul	Fiica

Principalele rezultate ale analizei calitative au fost:

1. Relația dintre *caracteristicile sociale și demografice ale subiecților și respectiv starea sănătății și tipul de suport* manifestă câteva *tendințe*: a) în cazurile în care suportul social și familial nu este suficient, numărul spitalizărilor / zilelor de internare este mai mare, în timp de în cazurile în care suportul este moderat, numărul spitalizărilor / zilelor de internare este scăzut (mai puține). În cele două cazuri de support familial și social excesiv, numărul spitalizărilor / zilelor de internare este de asemenea ridicat, dar aceste două situații par să se asocieze și cu multiple co-morbidități (inclusiv obezitate și diabet) – conducând la o independență redusă a pacientului, îngrijorările familiei; în plus, stilul de viață sedentar contribuie la o asociere negativă între numărul spitalizărilor / zilelor de internare și îngrijorarea excesivă a familiei; b) vârsta cronologică a pacienților pare să nu fie legată cu frecvența spitalizărilor – așa cum arată și studiile din domeniu; c) situațiile în care principalul îngrijitor este absent sau este bărbat (soțul) tind să indice o frecvență crescută a spitalizărilor și, în consecință, numărul de zile petrecute în spital în ultimii 3 ani să crească și ele. Toate aceste rezultate

confirmă tendințele obținute prin investigația calitativă, în acord cu literatura; d) relația dintre religie și etnicitate și tipul de suport familial indică că avem două cazuri de suport familial excesiv în tipurile de familie puternic orientate tradițional (evreu oriental, respectiv arab creștin). Asemenea rezultate susțin asumțiile teoriei modernizării care sugerează că legăturile familiale sunt înalt valorizate și traduse în comportamente de îngrijire și ajutorare ale părinților sau rudelor în vârstă; pe de altă parte, cazul bărbatului, divorțat, evreu așkenad, sugerează că atomizarea familiei, decurgând din stilul de viață modern (împărțășit de o largă categorie de familii non-tradiționale din Israel) – asemenea rezultate descriu trăsăturile modernității postulate de R. Inglehart, de ex. că modernitatea reduce drastic contactele sociale și familiale, îngreunând managerierea nevoilor cotidiene cu cât indivizii îmbătrânesc.

2. O observație generală ar fi, din *analiză calitativă a conținutului răspunsurilor la întrebările semistructurate*, că se remarcă o foarte accentuată consensualitate în răspunsuri la dimensiunile majore urmărite prin ghidul de interviu, care derivă din însăși natura interviului (întrebări ghidate). Această largă consensualitate, indicând apartenența la ontologia umană, s-ar explica astfel: i) *similaritatea generațională*, pacienții având o istorie de viață foarte asemănătoare, dată de de condiția migrațională, specifică constituirii statului Israel în anii în care subiecții erau copii și tineri (o variabilă foarte importantă aici este numărul mare de frați și surori în familia de proveniență și un număr mare de copii din familia de procreere); ii) efectul direct al *afecțiunii cardiace însăși*, de care aceștia suferă care, asociată cu bătrânețea, *reduce dramatic aria activităților, preocupărilor de viață materială și spirituală*, reconfigurând relațiile cu familia și prietenii.

3. Dincolo de accentuata consensualitate, se evidențiază și anumite *nuanțe de diferențiere și chiar contraste pe aceeași tematică*: i) Deși apare ca element comun o relativă lipsă a preocupării în prevenirea bolii, unii subiecți exprimă mai clar sau chiar direct profundul regret *că au investit prea mult în muncă și familie, neglijându-și propriile interese, timpul liber și sănătatea*, indicând din nou poziția dezavantajată a femeii, plîindu-se pe alte rezultate din domeniul genderului; ii) alte diferențe sunt cele care țin de *etnicitate și religie*: subiecții arabi par mai atașați de familie, au parte de mai mult suport din partea acestuia, uneori chiar excesiv – în cazul femeii arabe musulmane –, pe când cei evrei – evrei așkenazi, mai ales bărbați – sunt orientați mai degrabă spre o viață independentă, având mai puține interacțiuni cu familia și mai multe activități înafara muncii și familiei, ceea ce odată cu progresia bolii, îi supune unui risc crescut al efectelor psihologice negative, confirmând teoria modernizării.

4. CONCLUZII BAZATE PE REZULTATELE CERCETĂRII

Observațiile finale extrase din rezultatele ambelor cercetări, dar și în lumina studiilor și teoretizărilor din acest domeniu de analiză pot fi formulate astfel:

În Israel, suportul social din partea familiilor pacienților cu insuficiență cardiacă cunoaște mai multe nivele și aspecte, o parte dintre acestea având mai multe fațete în relație cu tipul de familie, modelele atitudinale din familie, cadrul cultural, și, desigur, cu nivelul de cunoștințe despre boală.

Pe aceeași linie de analiză, cele trei modele principale de sprijin familial (care circumscriu apropierea emoțională, frecvența contactului și suportul, mai ales cel social) par să acopere *continuum-ul secularism-tradiționalism*, așa cum reiese din cercetare: ierarhia grupurilor etnico-religioase în funcție de suportul social din partea familiei pare să urmeze o grilă ierarhică a valorilor, atitudinilor și comportamentelor dinspre grupul cel mai laic (evreii ruși), prin cluster-ul „moderat” de evrei așchenazi și arabi creștini (cu o mulțime de similitudini la aceste dimensiuni), la cluster-ul „tradițional” de evrei sefarzi, arabi musulmani și arabi cerchezi.

Raportul *a oferi – a primi* înregistrează diferențe în funcție de *genul respondenților*. Literatura indică *principalul îngrijitor ca fiind de regulă femeia*, ea internalizând mai puternic obligațiile familiale, menținând legăturile familiale și astfel oferind mai frecvent asistență și îngrijire (Giarusso et al, 2004; Mancini & Blieszner, 1989, Rossi & Rossi, 1990). Cercetarea proprie a confirmat acest rol „tradițional” al femeii, ea fiind principalul ofertant de suport social și îngrijitor în familie.

În ceea ce privește *modelul atitudinal al relațiilor dintre generațiile familiale*, poate fi detașat un alt continuum, unde se combină mai multe tipuri de pattern-uri (a se vedea tipologia Gillen et al, 2015): i) combinația *tip sociabil - tip obligatoriu* se evidențiază în special în cazul familiilor de evrei ruși; ii) combinația *tip strâns unit - tip sociabil* este caracteristică familiilor de evrei așchenazi și arabi creștini; iii) Combinația *tip strâns unit - tip obligatoriu* apare mai ales la familiile de evrei sefarzi și de arabi musulmani (și cerchezi). În sub-eșantioanele de populație studiate (atât din cercetarea cantitativă, cât și calitativă) nu a putut fi identificat *tipul detașat* (vizite rare, distanță emoțională, lipsa suportului).

Variabilele cheie *etnie și religie* acoperă, de fapt, cadrul general al *transmiterii valorilor, atitudinilor, modelelor comportamentale din culturile etnice și al factorilor sociali implicați în modelele atitudinale și în suportul familiei*. Din rezultatele cercetării se conturează ideea că, contextul social și cultural imprimă mai multe seturi de valori, atitudini și comportamente, fiind mai puțin datorat etniei sau religiei ca variabile independente.

Tabloul distribuției acestor modele atitudinale poate fi ilustrat într-o figură sintetică:

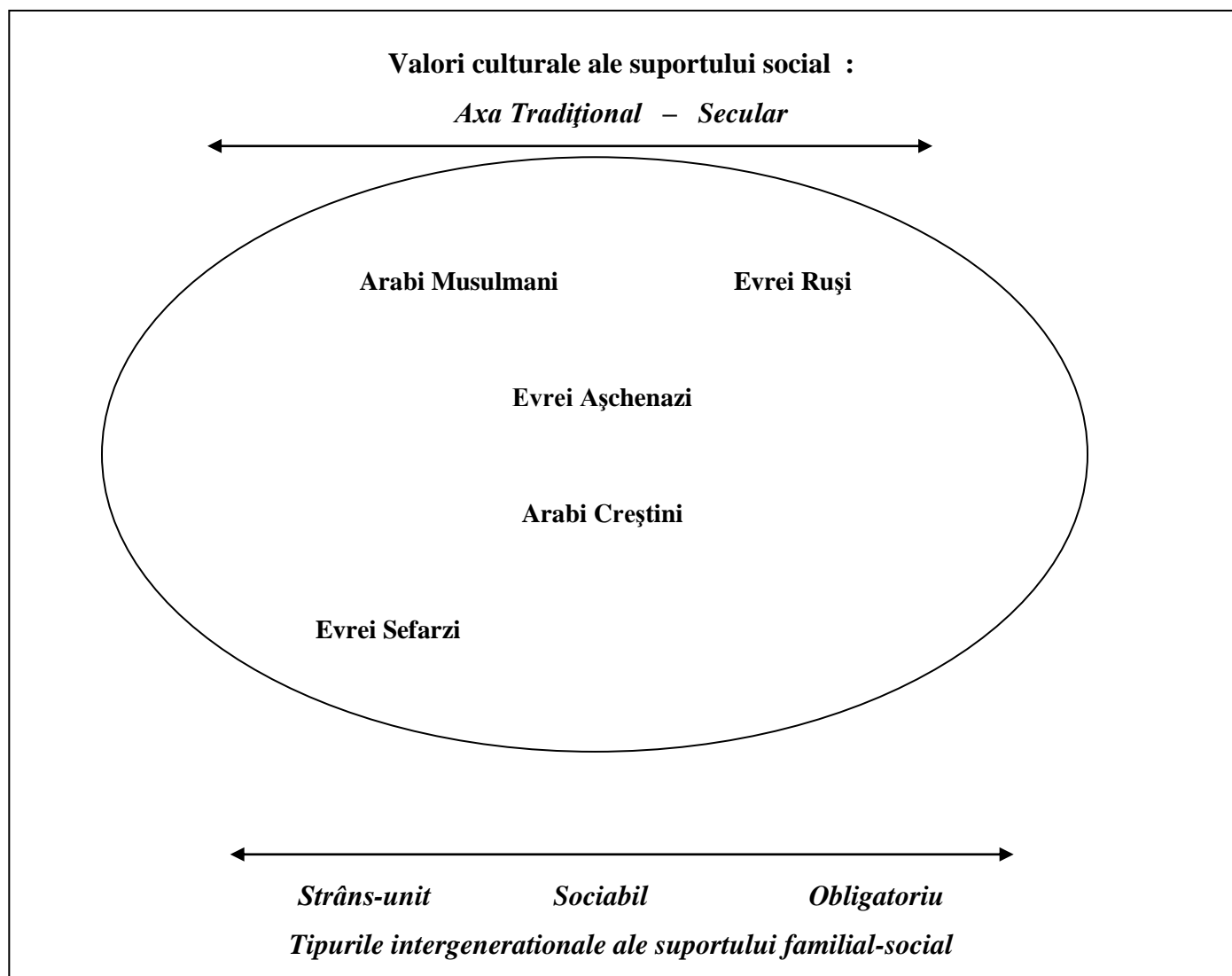


Figura 1. Patternurile atitudinale ale suportului social-familial în funcție de valori culturale și tipurile intergeneraționale ale suportului în grupurile etnico-religioase ale eșantionului cercetat

Constatările indică și anumite dificultăți cu care se pot confrunta cei mai înaintați în vârstă și mai ales pacienții cu insuficiență cardiacă, în menținerea stilului lor de viață, păstrându-și rețelele sociale și menținând o viață activă, participativă în gospodăriile și familiile lor. Ultima constatare ar trebui să fie privită ca un punct de

reper în a încuraja și susține o stare de bine la bătrânețe, prin îmbunătățirea și menținerea sănătății cu ajutorul informațiilor și serviciilor medicale, prin stilul de viață și dieta adecvate, dar, de asemenea, și prin intermediul unor strategii în ceea ce privește contactele sociale și a capitalului social informal, ambele fiind fațete ale ajutorului social. Ideea principală detașată din analiza mea exploratorie este faptul că aceste strategii ar putea fi aplicate mai bine dacă urmărim acele valori și atitudini care modelează pattern-urile din diferitele medii culturale și sociale ale familiilor și comunităților.

Dar relațiile de familie (soț - soție, părinte - copil adult și așa mai departe) precum și relațiile sociale stau adesea sub semnul ambivalenței. Mixtura de modalități și de direcții generaționale în care are loc sprijinul merge dincolo de explicațiile teoriei schimbului (a da și a lua). Această observație generală crește în importanță odată cu transformarea valorilor, atitudinilor și modelelor de comportament din societate, complicând perspectivele și modelele de acțiune tradiționale. Astfel se poate oferi o înțelegere mai clară a respectivelor aspecte și moduri de sprijin familial și social, deschizându-se noi perspective privind implicațiile asupra stării de bine și asupra altor consecințe, cum ar fi suportul social și îngrijirea.

5. PROPUNERI: POLITICI DE SĂNĂTATE ȘI MĂSURI SOCIALE

Propuneri pentru reducerea consecințelor bolilor cardiovasculare

În vederea atenuării globale a bolilor cardiovasculare, OMS (*Planul de Acțiune Globală pentru Prevenirea și Controlul Bolilor Netransmisibile 2013-2020*) a introdus o serie de scenarii pozitive, care doresc să ofere măsuri eficiente, astfel încât să poată fi aplicate și în zone mai sărace ale lumii. Acestea sunt grupate în intervențiile de nivel macro și micro (*Boli cardiovasculare (CVD)*, Fișa nr 317 - Raport PDF, Actualizat ianuarie 2015):

i) Măsuri de ordin macro-, având ca țintă populația statelor, care includ politici de reducere a fumatului, prin impozitare, și adoptarea obiceiurilor alimentare sănătoase și a unui stil de viață mai activ, prin politici și investiții specifice;

ii) La nivel micro-, se propune încurajarea persoanelor să caute sistematic asistența medicală: examene medicale repetate, periodice, aderența la tratamentul medicamentos a pacienților cu boli cronice, și de asemenea a celor cu boli cardiovasculare.

În Israel, în ceea ce privește informațiile în rândul populației legate de sănătate și de promovare a îmbunătățirii serviciilor de sănătate și tratamentelor, s-au înregistrat mai multe progrese:

i) Au fost introduse diverse programele naționale de monitorizare și colectare a datelor cu privire la sănătate și îngrijire a sănătății și Programul Național privind Indicatorii de Calitate în Domeniul Asistenței Medicale Comunitare (QICH) (*OECD Reviews of Health Care Quality: Israel – Raising Standards*, 2014).

ii) Un alt program vizează monitorizarea îngrijirii din spital, în scopul de a îmbunătăți calitatea tratamentelor oferite în instituțiile medicale. În ciuda acestor încercări laudabile, ar putea fi introduse măsuri mai ferme iar cetățenii ar trebui să se implice mai mult, în scopul de a obține rezultate mai bune în ceea ce privește promovarea sănătății și reducerea incidenței și gravității bolilor (*Cardiovascular diseases (CVDs)*, Fact sheet N°317 – PDF Report, Updated January 2015).

La nivelul social al intervenției, programele deja existente se concentrează pe inegalități, abordând sprijinirea familiilor, comunităților și rețelor sociale, cu implicarea tuturor cetățenilor în alegerile acestora privind îngrijirea, vizând și integrarea și parteneriatul între organele îndreptățite și agențiile voluntare care au scopul de a îmbunătăți starea de sănătate.

Propuneri privind noi căi ale măsurilor sociale în aspecte legate de sănătate

După cum atrag atenția editorii cărții *Health Behavior and Health Education* în capitolul introductiv (Glanz, Rimer și Viswanath, 2008), teoria, cercetarea și practica în aria promovării sănătății, în pofida tensiunilor tradiționale dintre ele, trebuie să fie strâns legate și să contribuie una la dezvoltarea celeilalte. În final, în acest domeniu, mai mult decât în altele, utilitatea teoriei și a cercetării este demonstrată prin eficiența practicii de a asigura o stare bună de sănătate a comunităților.

Din literatura de specialitate descrisă în teza de doctorat (vezi Glanz et al, 2008;. Forsman et al, 2012;. Helliwell & Putnam, 2004; Kawaki și colab, 2008; Wenger, 1984), pot fi extrase o serie de *idei pe problema îmbunătățirii măsurilor din aria sănătății*:

- Este nevoie de mai multe *studii mixte*, în care ar trebui să fie combinate date statistice, chestionare și informații de profunzime, pentru a servi drept fundament pentru îmbunătățiri în elaborarea politicilor în domeniile sănătății dar și ale gerontologiei. Printre acestea, apare utilă colectarea informațiilor despre: starea civilă a persoanelor vârstnice, distribuția aranjamentelor de viață în rândul lor (inclusiv noi tipuri de aranjamente), frecvențele și calitatea contactelor și schimburilor din cadrul generațiilor familiale, nivelul capitalului social și extinderea rețelei în familie și comunitate.

- Un *accent mai mare pus pe măsurile de intervenție*, care ar trebui să se concentreze pe modurile de comunicare tip mass-media, adică pe *e-learning*. În absența contactelor directe, față-în-față, ar putea fi utilă intensificarea informării și comunicării bazate pe aceste căi de comunicare (folosirea resurselor electronice). Oricum, procesele de planificare, implementare și evaluare a sănătății ar putea fi îmbunătățită prin astfel de intervenții, aceasta fiind o nevoie reală într-o societate informațională.
- Un alt domeniu de cercetare viitoare identificat pe baza rezultatelor tezei se referă la *asocierea statistică dintre sănătate și aranjamentele familiale, sprijinul / suportul social și îngrijirea persoanelor vârstnice, dar și asocierea sănătății cu relațiile interpersonale în familie*. În plus, rezultatele care confirmă asumptia efectelor pozitive ale relațiilor familiale asupra diverselor aspecte și evoluții ale sănătății, precum și asupra aspectelor subiective ale bunăstării (auto-declamate), este necesară analiza unor modalități noi prin care aceste variabile ale sănătății (ca resursă) ar putea fi înțelese mai bine și promovate într-un mod adecvat.
- În plus, viitoarele strategii de cercetare ar trebui să ia în considerare *diferitele aplicații în ariile de intervenție pentru vârstnici ale capitalului social*, angajând în scopurile lor strategice diferitele beneficii, dovedite prin studii sistematice, la multe niveluri sociale (social, comunitar, individual) și domenii ale vieții (muncă, familie, timp liber).

BIBLIOGRAFIA TEZEI DSE DOCTORAT

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (2004). Questions Raised by a Reasoned Action Approach: Comment on Ogden (2003). *Health Psychology*, 23, 4, 431-434.
- American Heart Association (2012). *Heart failure*. Retrieved from: www.heart.org [Accessed: 20.8.2012].
- American Heart Association (2015). *Heart disease and stroke statistics - 2015 update: a report from the American Heart Association* [published online ahead of print December 17, 2014]. *Circulation*. doi: 10.1161/CIR.000000000000152.
- Antonucci, T. (1990). Social Supports and Social Relationships. In R. Binstock & L. George (eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (third ed., pp. 205-226). New York: Academic Press.
- Arnold, M., Miller, F. (2002). *Congestive Heart Failure in the Elderly*. pdf (pp. 1-12). Retrieved from http://www.ccs.ca/download/consensus_conference/consensus_conference_archives/2002_05.pdf
- Astin, F., Atkin, K., & Darr, A. (2008). A Comparative Study of The Experiences of South-Asian and White –European Patients and Their Carer's Living in the United Kingdom. *Eur J Cardiovas Nursing*, 7, 43-51.
- Atchley, R. & Barusch, A. (2004). *Social Forces and Aging, An Introduction to Social Gerontology*, 10th Edition. United States: Thomson-Wadsworth.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.
- Baron, R., Byrne, D., & Johnson, B. (1998). *Exploring Social Psychology*. Boston: Allyn&Bacon.
- Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (1996). Individualization and 'precarious freedoms': perspectives and controversies of a subject-orientated sociology. In P. Heelas, S. Lash & P. Morris (eds.), *Detraditionalization: Critical Reflections of Authority and Identity* (pp. 22-48). Oxford, United Kingdom: Blackwell.
- Beckman Murray, R. & Proctor Zentner, J. (1985). *Nursing Assessment and Health Promotion through the Lifespan*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Best, J. (1995). Typifications and social problems construction. In J. Best (ed.), *Images of issues: Typifying contemporary social problems* (pp. 1-10). New York: Aldine De Gruyter.
- Berger, P. L. & Luckman, T. (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York: Anchor Books.
- Berkman, L.F., Leo-Summers, L., & Horwitz, R.I. (1992). Emotional support and survival following myocardial infarction: A prospective population-based study of the elderly. *Ann Intern Med* 117, 1003-1009.
- Bland, S.H., Krogh, V., Winkelstein, W., & Trevisan, M. (1991). Social network and blood pressure: A population study. *Psychosomatic Medicine*, 53, 598-607.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Botev, N. (1999). Older persons in countries with economies in transition. In *Population Ageing, Challenges for Policies and Programmes in Developed and Developing Countries* (pp. 85-100). New York and Brussels: United Nations Population Fund and CBGS.
- Bourdieu, P. (1985). The forms of capital. In J. Westport (ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (pp. 214-258). New York: Greenwood.
- Bourdieu, P. (1993). *Sociology in Question*. London: Sage.
- Bowling, A. (1987). Mortality after bereavement: A review of the literature on survival periods and factors affecting survival. *Social Science and Medicine* 24, 24-117.
- Broadbent, E., Petrie K.J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Broadhead, W.E., Kaplan, B.H., James, S.A., Wagner, E.H., Schoenbach, V.J., Crimmon, R., Heyden, S., Tibblin, G., & Gehlbach, S.H. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521-537.
- Brubaker, T. (1990). Families in later life: A burgeoning research area. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 959-982.
- Bryant, L., Corbett, K. & Kutner, J. (2001). In their own words: A model of healthy aging. *Social Science and Medicine*, 53, 927-41.
- Bryman, A. (2009). *Social Research Methods* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Bumpass, L.J. Sweet, A., & Martin, T.C. (1990). Changing patterns of remarriage. *Journal of Marriage and the Family*, vol. 52, 747-756

- Burch, T.K. (1985). Changing age-sex roles and household crowding: a theoretical note. *Proceedings, International Population Conference, Florence, 1985, International Union for the Scientific Study of Population, Vol. 3*, 253-261.
- Call, K.T., Finch, M.A., Huck, S.M., et al. (1999). Caregiver Burden from a Social Exchange Perspective: Caring For Older People After Hospital Discharge. *Journal of Marriage and Family*, 61, 688-699.
- Cardiovascular diseases (CVDs)*, Fact sheet N°317 – PDF Report, Updated January 2015
- Case, R.B., Moss, A.J., Case, N. (1992). Living alone after myocardial infarction. *JAMA* 267, 515- 519.
- Chase, S.E. (2003). Learning to listen: narrative principles in a qualitative research methods course. In R. Josselson, A. Lieblich, and D.P. McAdams (eds.), *Up Close and Personal: The Teaching and Learning of Narrative Research*. Washington (pp. 79–100). DC American Psychological Association.
- Cherlin, A. (1983). Changing family and household: contemporary lessons from historical research. *Annual Review of Sociology*, vol. 9, 51-66.
- Chunk, M.L., Lennie, T.A., Riegel, B. et al. (2009). Marital Status as an Independent Predictor of Event-Free Survival of Patients with Heart Failure. *AJC*, 8, 562-570.
- Clarke, C.J. & Neidert, L.J. (1992). Living arrangements of the elderly: an examination of differences according to ancestry and generation. *The Gerontologist*, vol. 32, No. 6, 796-804.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cockerham, W.C. & Ritchey, F.J. (1997). Introduction: An Overview of Medical Sociology. In W.C. Cockerham & F.J. Ritchey (eds.), *Dictionary of Medical Sociology* (i-xxiv). Westport, Connecticut: Greenwood Publishing Group.
- Cockerham, W.C. (1998). *Medical Sociology*. Westport, Connecticut: Greenwood Publishing Group.
- Cockerham, W.C. (2001). Medical Sociology and Sociological Theory. In W.C. Cockerham (ed.). *The Blackwell Companion to Medical Sociology* (pp. 3-22). Malden, Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Cockerham, W.C. (2007). *Social Causes of Health and Disease*. Malden, MA: Polity Press.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2003). *Research Methods in Education* (5th ed.). London, New York: Routledge.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Cohen, S. & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Coleman, J. (1990). *Foundation of Social Theory*. Cambridge: Harvard University Press.
- Coleman, J. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94 (Supplement), 95-120.
- Collins, H.M. (1985). *Changing order: Replication and induction in scientific practice*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Collins, N.L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S.C.M. (1993). Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1243-1258.
- Collijn, D.H., Appels, A., & Nijhuis, F. (1995). Psychosocial risk factors for cardiovascular disease in women: The role of social support. *International Journal of Behavioral Medicine* 2(3), 219-232.
- Cooney, T.M. (1993). Recent demographic change: implications for families planning for the future. *Marriage and Family Review*, vol. 18, No. 3/4, 37-55.
- Coyne, J.C. & Smith, D.A.K. (1991). Couples coping with a myocardial infarction: A contextual perspective on wife's distress. *Journal of Personality and Social Psychology* 61, 404-412.
- Craigs, C.L., Twiddy, M., Parker, S.G., & West, R.M. (2014). Understanding causal associations between self-rated health and personal relationships in older adults: A review of evidence from longitudinal studies. *Arch Gerontol Geriatr. Sep-Oct; 59(2)*, 211-26.
doi: 10.1016/j.archger.2014.06.009. Epub 2014 Jul 8.
- Creswell, J. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Creswell, J.W. & Plano-Clark, V.L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*” (second ed.). London: Sage Publication.
- Davey, A., Savla, J., & Belliston, L.M. (2003). Intergenerational Relations. In J. J. Ponzetti, jr. (ed.), *International Encyclopedia of Marriage and Family* (pp. 918-922). New York: Macmillan Reference USA.
- De Jong Gierveld, J. (1988) Older adults between kin solidarity and independence. In *Ménages, comportements démographiques et sociétés en mutation. Households, Demographic Behaviour and Changing Societies*. Qu Ételet, Institut de Démographie, Université Catholique de Louvain. Louvain-la-Neuve, Belgium: Academia Bruylant/Harmattan.
- De Jong Gierveld, J. & Van Solinge, H. (1995). Ageing and its Consequences for the Socio-medical System. *Population Studies No. 29*. Strasbourg, France: Council of Europe Press.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Eds.). (2000). *Handbook of Qualitative Research* (second ed.) Thousand Oaks, London, New Delhi; Sage Publications.

- DePaulo, P. (2000 December). *Sample size for qualitative research*. Quirk Enterprises, Inc.
Retrieved from: <http://www.quirks.com/articles/a2000/20001202.aspx?searchID=215035&sort=5&pg=1> (Accessed: 4.5.2015)
- De Silva, M.J., McKenzie, K., Harpham, T., & Huttly, S.R.A. (2005). Social capital and mental illness. A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 619-27.
- Downie, R., Fyfe, C., & Tannahill, A. (1991). *Health Promotion Models and Values*. Oxford: Oxford University Press.
- Dunbar, S., Clark, P., Quinn, C., et al. (2008). *J Cardiovas NURS*, 23, 258-265.
- Durant, T.J. & Christian, O.G. (2006). *Caregiving to Aging Parents* (pp. 1-24). Forum on Public Policy. <http://forumonpublicpolicy.com/archive07/durant.pdf> pp. 1-24
- Engels, F. (1845). The Conditions of the Working-Class in England. Leipzig. Retrieved from: http://www.marxists.org/archive/marx/works/download/Engles_Condition_of_the_Working_Class_in_England.pdf [Accessed: 19.10.2015].
- Erikson, E.H., Erikson, J.M., & Kivnick, H.Q. (1986). *Vital involvement in old age*. W.W. New York: Norton & Co. Inc.
- European Commission (1993). *Age and Attitudes: Main Results from a Eurobarometer Survey*. Brussels. Report pdf.
- European Commission (2010). *Population Activities Unit of the Economic Commission for Europe* Strasbourg. Report pdf.
- Ferlander, S. (2007). The Importance of Different Forms of Social Capital for Health. *Acta Sociologica* vol. 50 no. 2, 115-128. doi: 10.1177/0001699307077654
- Ferraro, K.F. (1989). Widowhood and health. In K.S. Markides & C.L. Cooper (eds.), *Aging, stress and health* (pp. 69-90). New York: Wiley.
- Filstead, W. J. (1970). *Qualitative Methodology*, Chicago: Markham Publication.
- Finegold, J., Azaria, P., & Francis, D. (2013). Mortality from ischaemic heart disease by country, region, and age: Statistics from World Health Organisation and United Nations, *International Journal of Cardiology*, Sep 30; 168(2): 934-945. doi: [10.1016/j.ijcard.2012.10.046](https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2012.10.046)
- Fink, A.S. (2000). The Role of the Researcher in the Qualitative Research Process. A Potential Barrier to Archiving Qualitative Data. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: *Qualitative Social Research*, 1(3), Art. 4. Retrieved from: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs000344>. [Accessed: 5.05.2015].
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. US, MA: Addison-Wesley. (available at: <http://www.people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>) [Accessed: 12.01.2016]
- Forsman, A.K., Herberts, C., Nyqvist, F., Wahlbeck, K., & Schierenbecks, I. (2012). Understanding the role of social capital for wellbeing among older adults. In *Aging & Society* (pp. 1-22). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Foucault, M. (1971). Appendix: The discourse on language. In *The Archaeology of Knowledge* (pp. 215-237). New York: Pantheon.
- Fritz, J.M. (2000). Clinical Sociology. In E.F. Borgatta & R.J. Montgomery, (eds.), *Encyclopedia of Sociology*, vol. I (second ed., pp. 323-329). New York USA: Macmillan Reference.
- Fuchs, R. (1997). *Psychology and physical exercise*. Göttingen: Hogrefe.
- Gallant, M.P. (2003). The influence of social support on chronic illness self-management: A review and directions for research. *Health Education and Behavior* 30, 170-195.
- Giarrusso, R., Feng, D., & Bengtson, V.L. (2004). The intergenerational stake phenomenon over 20 years. In M. Silverstein & K. Schaie (eds.), *Focus on intergenerational relations across time and place: Annual review of gerontology and geriatric*, Vol. 24 (pp. 55-75). Austin, TX: Springer.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge, United Kingdom: Polity Press.
- Gillen, M., Mills, T., & Jump, J. (2015). Family Relationships in an Aging Society. In C. Wilken (coord.), *Aging in the 21st Century*. FCS2210, Family, Youth and Community Sciences Series (available at: <http://edis.ifas.ufl.edu>) [Accessed: 2.11.2015]
- Giorgi, A.P., (1995). Phenomenological psychology, In J.A. Smith, R. Harre, & L. Van Langenhove (eds.), *Rethinking Psychology* (pp.24-42). London: Sage Publications.
- Given, C.C., & Given C.W. (1981). Family caregiving for the elderly. *Annual Review of Nursing Research*, 9, 77-102.
- Glanz, K., Rimer, B., & Viswanatah, K. (2008). Theory, Research and Practice in Health Behavior and Health Education. In K. Glanz, B. Rimer & K. Viswanatah (eds.), *Health Behavior and Health Education* (fourth ed., pp. 23-44). San Francisco: Jossey-Bass.
- Glynn, L.M., Christenfeld, N., & Gerin, W. (1999). Gender, social support, and cardiovascular responses to stress. *Psychosomatic Medicine* 61, 234-242.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.
- Goldberger, N., Applbaum, Y., Meron, J., & Haklai, J. (2015). High Israeli mortality rates from diabetes and renal failure - Can international comparison of multiple causes of death reflect differences in choice of underlying cause?. *Israel Journal of Health Policy Research* 1, 4: 31. doi: 10.1186/s13584-015-0027-6.

- Gonseth, J., Pilar, G., & Jose, R. (2004). The Effectiveness of Disease Management Programs in Reducing Hospital Re-Admission in Older Patients With Heart Failure: A Systematic. *Review and Meta-Analysis of Published Reports*, p.1565.
- Gordon, H.S. & Rosenthal, G.E. (1995). Impact of marital status on outcomes in hospitalized patients: Evidence from an academic medical center. *Archives of Internal Medicine* 155, 2465-2471.
- Gove, W.R., Hughes, M., & Galle, O.R. (1983). *Overcrowding in the Household: An Analysis of Determinants and Effects*. New York: Academic Press.
- Green, M.S. (1998). Differences between Israeli Jews and Arabs in morbidity and mortality rates for diseases potentially associated with dietary risk factors. *Public Health Rev* 26, 31-40.
- Grundy, E. (1992). The living arrangements of elderly people. *Reviews in Clinical Gerontology*, vol. 2, 353-361.
- Gwyn, R. (2002). *Communicating Health and Illness*. London: Sage Publications.
- Hall, D. & Elliman, D. (2003). *Health for all children* (4th Ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Hall, S. (1992). *Modernity and its Futures*. Cambridge: Polity Press.
- Hammersley, M. (1992). *What's wrong with ethnography: Methodological explorations*. London: Routledge.
- Harper, S. (2004). The Challenge for Families of Demographic Ageing. In S. Harper (ed.), *Families in Ageing Societies. A Multi-Disciplinary Approach* (pp. 6-30). Oxford: Oxford University Press.
- Hazzan, O., Dubinsky, Y., Eidelman, L. Sakhnini, V., & Teif, M. (2006). Qualitative Research in Computer Science Education. *Qualitative research in computer science education*, 38(1), 408-412.
- Helgeson, V.S. (1993). The onset of chronic illness: its effect on the patient-spouse relationship. *Journal of Social and Clinical Psychology* 12, 406-428.
- Helliwell, J.F. & Putnam, R.D. (2004). The social context of well-being. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 359, 1435-46.
- Hemingway, H. & Marmot, M. (1999). Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: Systematic review of prospective cohort studies. *British Medical Journal* 318, 1460-1467.
- Herbert, T.B. & Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine* 55, 364-379.
- Hobfoll, S.E. (1998). *Stress, culture, and community. The psychology and philosophy of stress*. New York: Plenum Press.
- Hollingshead, A.B. (1973). Medical Sociology: A Brief Review. *Health and Society*, 51, 4, 531-542.
- Huijts, T. (2012). Formal and informal social capital and self-rated health in Europe: A new test of accumulation and compensation mechanisms using a multi-level perspective. *Acta Sociologica June 2012 vol. 55 no. 2*, 143-158. doi: 10.1177/0001699312439080
- Hwang, B., Fleischmann, K.E., Howie-Esquivel, J. (2011). Caregiving for patients with Heart Failure Impact on Patients' Families. *Am J Crit Care*, 20, 431-442.
- Hwu, Y.-J. & Yu, Chin-Ching. (2006). Exploring Health Behavior Determinants for People With Chronic Illness Using the Constructs of Planned Behavior Theory. *Journal of Nursing Research*, 14, 4, 261-269.
- Iluț, P. (1997). *Qualitative approach of sociohuman (Abordarea calitativă a socioumanului)*. Iași: Ed. Polirom.
- Iluț, P., Nistor, L., & Tîrhaș, C. (2012). Some Findings Regarding Intergenerational Exchanges and Volunteering in the Romanian Family. A Synthesis. *Romanian Journal of Population Studies*, vol. VI. No.1: 151-172. (Available at http://centre.ubbcluj.ro/csp/Ilut_2012.html.) [Accessed: 2.04.2015].
- Inglehart, R., Basanez, M., Diez-Medrano, J., Halman, L., & Ruud Luijkx, R. (2004). *Human Beliefs and Values. A cross-cultural sourcebook based on the 1999-2002 values surveys*. Mexico City: Siglo Veintiuno Editores.
- Ingoldsby, B.B., Smith, S.R., & Miller, J.E. (2004). *Exploring family theories*. Los Angeles: Roxbury.
- Institute of Statistics of Quebec, Canada (2004). *Country Population Statistics*. www.isq.can.
- Irvine H. & Gaffikin M. (2006). Getting In, Getting On and Getting Out: Reflections on a Qualitative Research Project, *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 19(1), 115-145.
- Israel Central Bureau of Statistics (2016). *Population of Israel on the eve of 2016*. Press Release. 31 December 2015. Retrieved January 26 2016.
- Israel Central Bureau of Statistics (2012). *Population, by Population Group. Statistical Abstract of Israel*. 11 September 2012. Retrieved April 5 2013.
- Janesick, V.J. (2000). The choreography of qualitative research design. In N.K. Denzin and Y.S. Lincoln (eds.), *Handbook of Qualitative Research* (second ed., pp. 379-399). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Jensen, C. & Lauritsen, P. (2005). Qualitative Research as partial connection: bypassing the power-knowledge nexus. *Qualitative Research*, Sage Publications, vol. 5 (I), 59-77.
- Johnson, J. (2001). In-depth interviewing. In J. F. Gubrium & J. A.Holstein (eds.), *Handbook of interview research: Context and method* (pp. 103-120). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Kark, J., Fink, R., Adler, B., Goldberger, N., & Goldman, S. (2006). The incidence of coronary heart disease among Palestinians and Israelis in Jerusalem. *Heart Journal*, 5, 312-336.
- Kawachi, I., Subramanian, S.V. & Kim, D. (2008). Social capital and health: A decade of progress and beyond. In: Kawachi, I., S.V. Subramanian, & D. Kim (eds.), *Social Capital and Health* (pp. 1-26). New York: Springer.
- Keith, J. (1992). Caretaking in cultural context: anthropologized queries. In H.L. Kendig, A. Hashimoto & L.C. Coppard (eds.), *Family Support for the Elderly. The International Experience*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Kendig, H. (1999). Social support of older people in Australia and Japan. *Ageing and Society*, vol. 19, 185-208.
- King, K.B., Reis, H.T., Porter, L.A. & Norsen, L.H. (1993). Social support and long-term recovery from coronary artery surgery: Effects on patients and spouses. *Health Psychology* 12, 56-63.
- Klauer, T. & Winkeler, M. (2002). Gender, mental health status, and social support during a stressful event. In G. Weidner, M. Kopp & M. Kristenson (eds), *Heart Disease: Environment, Stress, and Gender*, NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Sciences, Volume: 327. Amsterdam: IOS Press.
- Kulik, J.A. and Mahler, H.I.M. (1993). Emotional support as a moderator of adjustment and compliance after coronary bypass surgery: A longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine* 16, 45-63.
- Kulik, J.A. & Mahler, H.I.M. (1989). Social support and recovery from surgery. *Health Psychology* 8, 221-238.
- Larson, C.U. (2001). *Persuasion: Reception and Responsibility*. Belmont: Wadsworth, Thompson Learning.
- Latour, B. (1987). *Science in Action*. Cambridge: Harvard University Press.
- Lesthaeghe, R. & Surkyn, D. (1988). Cultural dynamics and economics of fertility change. *Population and Development Review*, vol. 14, 1-45.
- Light, K.C., Dolan, C.A., Davis, M.R., & Sherwood, A. (1992). Cardiovascular responses to an active coping challenge as predictors of blood pressure patterns 10 to 15 years later. *Psychosomatic Medicine*, 54, 217-230.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.
- Lindenberg, S. (1998). Solidarity: its microfoundations and macrodependence. A framing approach. In P. Doreian & T. Fararo (eds.), *The Problem of Solidarity: Theories and Models* (pp. 61-112). Australia: Gordon and Breach Publishers.
- Logan, J.R. & Spitze, G.D. (1995). Self-interest and altruism in intergenerational relations. *Demography*, vol. 32, No. 3, 353-364.
- Luttik, M.L., Jaarsma, T., Mose, D., Sanderman, R., & Van Velduisen, D. (2005). The Importance and Impact of Social Support on Outcome in Patients with Heart Failure. *Journal Cardio-vas Nursing*, 20,162-169.
- Luszczynska, A. & Schwarzer, R. (2005). Social Cognitive Theory. In *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models* (second ed., pp. 127-169). Buckingham: Open University Press.
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions and emerging confluences. In N. K. Denzin, & Lincoln, Y. S. (eds.), *Handbook of qualitative research*, (second ed., pp. 163-188). London: Sage Publications Publication.
- Loscke, D.R. (2003). *Thinking about social problems: An introduction to constructionist perspectives* (second ed.). New York: Aldine de Gruyter.
- Lupton, D. [1994] (2003). *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies* (second ed.). London: Sage Publications.
- Quaglietti, S.E., Ackerman, J.E & Froelicher, V. (2000). Management of the patient with congestive heart failure using outpatient, home, and palliative care. *Progress in Cardiovascular Diseases* 43(3), pp. 259–274.
- Macdonald, J. (1998). *Primary Health Care*. London: Earthscan.
- Mancini, J. & Bleszner, R. (1989). Aging parents and adult children: Research themes in intergenerational relations. *Journal of Marriage and the Family*, 51(2), 275-290. doi: 10.2307352492.
- Markides, C.S. & Cooper, C.L. (eds.) (1989). *Aging, stress and health*. New York: Wiley.
- Martin-Matthews, A. & Kobayashi, K.M. (2003). Intergenerational Transmission. In J.J. Ponzetti, jr. (ed.), *International Encyclopedia of Marriage and Family* (pp. 922-927). New York: Macmillan Reference USA.
- Maxwell, J.A. (1996). *Qualitative research design: An interactive approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Maykut, P. & Morehouse, R. (1994). *Beginning qualitative research: A philosophic and practical guide*. London: Falmer Press.
- Mendes da Costa, E.; Godin, I., Peppersack, T., Coppieters, Y., & Levêque, A. (2013). Analysis of factors influencing self-rated health among older persons: synthesis of the biomedical literature. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. Dec; 11(4), 339-50. doi: 10.1684/pnv.2013.0431.
- Mengani, M. & Lamura, G. (1995). Elderly women, family structure and care patterns in Italy. In G. Dooghe & N. Appleton (eds.), *The Elderly Women in Europe: Choices and Challenges*. Brussels: CBGS.
- Molinari, E., Compare, A., & Parati, G. (Eds.) (2006). *Clinical Psychology and Heart Disease*. New York: Springer.

- Montaño, D.E. & Kasprzyk, D. (2008). The theory of reasoned action, the theory of planned behavior, and the Integrated Behavioral Model. In K. Glanz, B. Rimer & R. Viswanatah (eds.), *Health Behavior and Health Education* (fourth ed., pp. 67-96). San Francisco: Jossey-Bass.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). *The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)*. *Psychology and Health*, 17, 1, 1-16.
- Myers, G.C. (1986). Cross-national patterns and trends in marital status among the elderly. In M. Loriaux, D. Remy & E. Vilquin (eds.), *Populations Agées et Révolution grise*. Chaire qu'Ételet, Louvain-la-Neuve, Belgium: Institut de Démographie.
- Newman, I., Ridenour, C.S., Newman, C., & DeMarco, G.M.P. Jr. (2003). Typology of purpose: A tool for thinking about research questions, designs, and mixed methods. In A. Tashakkori, & C. Teddlie (eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 167-188). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Noar, S.M. & Zimmerman, R.S. (2005). Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction?. *Health Education Research. Theory and Practice*, 20, 3, 275-290.
- OECD (2011), "Mortality from heart disease and stroke", in *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-6-en
- OECD (2012). *Population Growth* (PDF). www.oecd.org/population
- OECD (2014). *Reviews of Health Care Quality: Israel – Raising Standards*. <http://www.oecd.org/els/health-systems/healthcare-quality-reviews.htm>
- OECD (2014). *Society at a Glance 2014 Highlights: ISRAEL, OECD* (PDF). Retrieved 19 April 2014.
- OECD (2015). *Health Statistics*. www.oecd.org/health
- Ogden, J. (2003). Some problems with social cognition models: A pragmatic and conceptual analysis. *Health Psychology*, 22, 424-428.
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology. A Text Book* (fourth ed). Berkshire: Open University Press.
- Oldman, C. & Quilgars, D. (1999). The last resort? Revisiting ideas about older people's living arrangements. *Ageing and Society*, vol. 19, 363-384.
- Oman, D. & Thorensen, C.E. (2002). Does religion cause health?: Differing interpretation and diverse meanings. *Journal of Health Psychology*, 7, 365-380.
- Onwuegbuzie, A.J. & Leech, N.L. (2007 June). Sampling designs in qualitative research: making the sampling process more public. *The Qualitative Report* 12(2). Retrieved from: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR12-2/onwuegbuie1.pdf> [Accessed: 4.05.2014].
- Petersen S., Peto V., Scarborough P., & Rayner M. (2006). *Coronary Heart Disease Statistics - 2005 edition*. British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health: University of Oxford. Available online at: <http://www.heartstats.org>. [Accessed: 9.05.2015].
- Pierce, G.R., Sarason, I.G., & Sarason, B.R. (1991). General and relationship-based perceptions of social support: Are two constructs better than one?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 1028-1039.
- Ponce, M.S.H., Rosas, I.R.P.E., & Lorca, M.B.F. (2014). Social capital, social participation and life satisfaction among Chilean older adults. *Rev Saude Publica* 48(5), 739-749. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048004759
- Porter, D. (ed.). (1997). *Social Medicine and Medical Sociology*. Atlanta: Editions Rodopi.
- Porumb, E.M. & Iluț, P. (2010). From the Family to Social Network. Trust, Commitment, Participation. *Romanian Journal of Population Studies*, Vol. 4, (2).
- Prigerson H.G., Kasl S.V., Reynolds C.F., Bierhals A.J., Frank, E., & Jacobs, S. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry* 154, 616-623.
- Putnam, R.D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon and Schuster.
- Putnam, R.D. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Rennert, G. & Peterburg, Y. (2001). Prevalence of Selected Chronic Diseases in Israel. *Israel Medical Annual J*, Vol 3. June 2001.
- Rich M.W, Beckham, V., Wittenberg, C., Leven, C.L., Freedland, K.E., & Carney, R.M. (1995). A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med*. 333(18), pp. 1190-5.
- Richard P. & Sloan, E.B. (2002). Claims About Religious Involvement and Health Outcomes. *Ann Behav Med*, 24(1), 14-21.
- Ricoeur, P. (1988). *Time and Narrative*, Vol. 2. Chicago: University of Chicago Press.
- Roseland, A.M. (2009). *Sharing the care: The role of family in chronic illness*. California Health Care Foundation.
- Rosengren, A., Wilhelmsen, L., & Orth-Gomér, K. (2003). Coronary disease in relation to social support and social class in Swedish men, *European Heart Journal*, 56-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ehj.2003.10.005>.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*. Vol. 2, No. 4.
- Ross, L., Kohler, C.L., Grimley, D.M., & Anderson-Lewis, C. (2007). The Theory of Reasoned Action and Intention to Seek Cancer Information. *American Journal of Health Behavior*, 31, 2, 123-134.

- Rossi, A.S., & Rossi, P.H. (1990). *Of human bonding: Parent-Child Relations Across the Life Course*. New York: Aldine de Gruyter.
- Ruberman, W., Weinblatt, E., Goldberg, J.D., & Chaudhary, B.S. (1984). Psychological influences on mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine* 311, 552-559.
- Saabneh, A. (2015). Arab–Jewish gap in life expectancy in Israel. *European Journal of Public Health*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv211> First published online: 26 November 2015.
- Sallis, J.E., Trevorrow, T.R., Johnson, C.C., Hovell, M.E., & Kaplan, R.M. (1987). Worksite stress management: A comparison of programs. *Psychology and Health*, 1, 237-255.
- Sandberg, J. (2005). How Do We Justify Knowledge Produced Within Interpretive Approaches?. *Organizational Research Methods*, Vol. 8, No 1, Sage Publications.
- Saunders, M.M. (2008). Factors Associated With Caregiver Burden in Heart Failure Family Caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 30, 943-959.
- Schröder, K., Schwarzer, R., & Endler, N.S. (1997). Predicting cardiac patients' quality of life from the characteristics of their spouses. *Journal of Health Psychology* 2 (2), 231-244.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). Social support and health: A meta-analysis. *Psychology and Health: An International Journal* 3, 1-15.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships* 8, 99-127.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1992). Possible impact of social ties and support on morbidity and mortality. In H.O.F. Veiel & U. Baumann (eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 65-83). Washington, DC: Hemisphere, 1992.
- Schwarzer, R & Rieckmann, N. (2001). *Social support, cardiovascular disease, and mortality*. (pp.1-15). http://userpage.fu-berlin.de/~health/support/schwarzer_riECKmann_in_weidner.pdf
- Seedhouse, D. (1990). *Health: The Foundation for Achievement*. Chichester: Wiley.
- Smith, E.L. (1984). Special considerations in developing exercise programs for the older adult. In J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller, & S.M. Weiss (eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 525-546). New York: Wiley.
- Solomon, Z., Mikulincer, M., & Hobfoll, S.E. (1986). Effects of social support and battle intensity on loneliness and breakdown during combat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1269- 1276.
- Stake, R.E. (1995). *The art of case study research*. London: Sage Publications.
- Statistical Abstract of Israel 2014 (in Hebrew) - 2014 השנתון הסטטיסטי לישראל [Accessed: 16.1.2016]
- Stokes, J.P. (1985). The relation of social network and individual differences in loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 981-990.
- Stoller, E.P. (1999). Gender differences in the experiences of caregiving spouses. In J. Dwyer & R. Coward (eds.), *Gender, Families, and Elder Care*. Newbury Park, CA: Sage Publication.
- Strauss A. & Corbin J. (1998). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. London: Sage Publications.
- Stroebe, W. [1995] (2000). *Social Psychology and Health* (second edition). Buckingham: Open University Press.
- Taylor, B. (2001). HIV, stigma and health: integration of theoretical concepts and lived experiences of individuals. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 5, 792-798.
- Tibaldi, Y., Isaia, G., & Scarafioti, C. (2009). Hospital at Home for Elderly Patients with Acute De-compensation of Chronic Heart Failure. *Arch Int Med*, 169, 1569-1575.
- Tîrhaş, C. (2013). The Healthist Ideology: Towards a New Form of Health Awareness in the Contemporary Life-Style?. *Studia Universitatis Babeş-Bolyai*, seria Philosophia, 58 (LVIII), Sp.Issue, 55-70.
- Tîrhaş, C. (2011). The Ties between Adult Generations in Family. *Romanian Journal of Population Studies*, vol.V, no.1, 83-101.
- Townsend, P. & Tunstall, S. (1973). Sociological explanations of the lonely. In P. Townsend (ed.). *The Social Minority* (pp. 240-266). London, Lane.
- Tucker, J.S., Schwartz, J.E., Clark, K.M. & Friedman, H.S. (1999). Age-related changes in the associations of social network ties with mortality risk. *Psychology and Aging* 14, 564-571.
- Turner, B.S. (1992). *Regulating Bodies. Essay in Medical Sociology*. London: Routledge.
- Uchino, B.N., Kiecolt-Glaser, J.K., & Cacioppo, J.T. (1992). Age related changes in cardiovascular response as a function of a chronic stressor and social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 839-846.
- Uchino, B.N., Cacioppo, J.T., & Kiecolt-Glaser, J. (1996). The Relationship between Social Support and Physiological Processes: A Review With Emphasis on Underlying Mechanisms and Implications for Health. *Psychological Bulletin* 3, Vol. 119, 488-531 (available at: <http://psych.utah.edu/people/people/uchino/Publications/1996%20Uchino%20PB.pdf>).

- Umberson, D. (1987). Family status and health behaviors: Social control as a dimension of social integration. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 306-319.
- U.N. Department of Economic and Social Affairs. *Population Data*.
- United Nation, Population Division, DESA (2001). *World Population Ageing, 1950-2050*.
- U.S. Census Bureau. 2010. *The Older Population in the United States: 2010 to 2050*. (Available at http://www.aoa.gov/AoARoot/Aging_Statistics/future_growth/DOCS/p25-1138.pdf) [Accessed: 2.11.2015].
- U.S. Census Bureau (2005). *U.S. population projections for selected age groups by state: 2005 – 2030*. available at: <http://www.census.gov/population/projections/> [accessed: April 18 2015].
- U.S. Department of Health and Human Services Administration on Aging. (2006). *A statistical profile of older Americans aged 65+*. available at: http://www.aoa.gov/AoARoot/Aging_Statistics/Profile/2007/index.aspx [accessed: April 19 2015].
- Van de Kaa, D. J. (1987). Europe's second demographic transition. *Population Bulletin*, vol. 42, No 1, 57.
- Van de Kaa (1994). The second demographic transition revisited: theories and expectations. In G.C.N. Beets (ed.), *Population and Family in the Low Countries, 1993: Late Fertility and Other Current Issues* (pp. 81-126). Lisse, Netherlands: Swets and Zeitlinger.
- Waltz, M. (1986). Marital context and postinfarction quality of life: is it social support or something more? *Social Science and Medicine* 22, 791-805.
- Wankel, L.M., Mummery, W.K., Stephens, T., & Craig, C.L. (1994). Prediction of physical activity intention from social psychological variables: Results from the Campbell's Survey of Well-Being. *Journal of Sport and Exercise Psychology* 16, 56-69.
- Webster, N.J., Antonucci, T.C., Ajrouch, C.J., & Abdulrahim, S. (2015). Social Networks and Health Among Older Adults in Lebanon: The Mediating Role of Support and Trust. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 70 (1), 155-166. doi: 10.1093/geronb/gbu149
- Weidner, G. (2000). Why do men get more heart disease than women? An international perspective. *Journal of American College Health*, 48, 291-294.
- Weller, S.C. (1984). Cross-cultural Concepts of Illness: Variation and Validation. *American Anthropologist*, 86, 2, 341-351.
- Wenger, G.C. (1984). *The Supportive Network. Coping with Old Age*. London: Allen and Unwin.
- White, K. (2002). *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. London: Sage Publications.
- Wilken, C. (ed.) (2015). *Aging in the 21st Century*. FCS2210, Family, Youth and Community Sciences Series (available at: <http://edis.ifas.ufl.edu>) [Accessed: 2.11.2015]
- Williams, F. (1989). *Social Policy: A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press.
- Williams, R.B., Barefoot, J.C., Califf, R.M., Haney, T.L., Saunders, W.B., Pryor, D.B., Hlatky, M.A., Siegler, I.C., & Mark, D.B. (1992). Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *Journal of the American Medical Association* 267, 520-524.
- Willis, G. (1991). Phenomenological inquiry: Life perception. In E. C. Short (ed.), *Forms of Curriculum Inquiry* (173-186). Albany: State University of New York.
- Wortman, C. B. & Miller, M. (2001). Gender differences in mortality and morbidity following a major stressor: The case of conjugal bereavement. In G. Weidner, M. Kopp & M. Kristenson (eds.), *Heart Disease: Environment, Stress, and Gender*, NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Sciences, Volume: 327. Amsterdam: IOS Press.
- World Bank Bureau (2015). *World Population Data*. Report 3 (pdf).
- World Health Organization (1984). *Summary Report of the Working Group on Concepts and Principles of Health Promotion*. Copenhagen: WHO (pdf).
- World Health Organization (2002). *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. World Health Organization: Geneva, 2002. (pdf).
- Yeh, P.M. & Bull, M.B. (2011). Use of the resiliency model of family stress, adjustment and adaptation in the analysis of family caregiver reaction among families of older people with congestive heart failure. *Intern J Older people Nursing*, 7(2), 117-126.
- Web sources:**
<http://www.cbs.gov.il/publications/tec27.pdf>
<http://columbiaheartvalve.org/sites/default/files/PDF-Kansas-City-Questionnaire.pdf>
<http://cvoutcomes.org/pages/3214>
<http://edis.ifas.ufl.edu>
www.medscape.com
www.worldlifeexpectancy.com