



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020



Factorii de personalitate și serviciile sociale





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020



ASOCIAȚIA SF. DAMIAN
Îngrijire Vârstnici



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

ROLUL COGNIȚIILOR ȘI FACTORILOR DE PERSONALITATE CARE INFLUENȚEAZĂ GRADUL DE DESCHIDERE AL VÂRSTNICILOR FAȚĂ DE SERVICIILE SOCIALE LA DOMICILIU

Cercetare realizată de psiholog Băețica Livia Cătălina
în cadrul proiectului „Nicăieri nu-i ca acasă”
implementat de Asociația Sf. Damian.

Iași, 2021



ASOCIAȚIA SF. DAMIAN
Îngrijire Vârstnici



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020



ASOCIAȚIA SF. DAMIAN
Îngrijire Vârstnici



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Cuprins

Partea I	7
ASISTENȚA ȘI SERVICIILE SOCIALE DESTINATE PERSOANELOR VÂRSTNICE.....	9
BENEFICIILE SOCIALE DESTINATE PERSOANELOR VÂRSTNICE	13
Filosofie și valori, considerații etice	15
IMPLICAȚII PSIHOLOGICE	16
Mecanismele de coping.....	17
Perspectiva cognitivă	18
Perspectiva psihanalitică.....	19
Constructul reprimare - sensibilizare (Byrne, 1964; Eriksen, 1966)	20
Modelul modurilor de coping - MCM (Krohne, 1993).....	20
Căutarea suportului social, ca modalitate de coping.....	21
Auto-eficacitatea / Auto-eficiența percepută	21
Surse ale informațiilor privind eficiența personală	24
Eficiența personală și problemele de adaptare.....	26
Anxietatea	26
Autoeficacitatea și starea de sănătate	27
Scheme disfuncționale timpurii (<i>Jeffrey E. Young</i>).....	29
Experiențele adverse/ traumatice timpurii.....	30
Extraversiunea	32
Partea a II-a	35
CERCETAREA „ROLUL COGNIȚIILOR ȘI FACTORILOR DE PERSONALITATE CARE INFLUENȚEAZĂ GRADUL DE DESCHIDERE AL VÂRSTNICILOR FAȚĂ DE SERVICIILE SOCIALE LA DOMICILIU”	37
Obiectivul și justificarea utilității studiului	37
Ipotezele studiului.....	37
Subiecții.....	39
Instrumentele aplicate.....	41



ASOCIAȚIA SF. DAMIAN
Îngrijire Vârstnici



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Variabilele măsurate	42
Prelucrarea statistică a datelor și interpretarea statistică și psihologică a rezultatelor	42
Validitatea instrumentelor folosite	42
Rezultatele obținute.....	43
Relația între gradul de deschidere spre a primi servicii de îngrijire la domiciliu și celelalte variabile.	43
Diferențe între bărbați și femei.....	46
Diferențe între subiecți în funcție de vârstă.....	49
Rezultate adiacente	50
Rezultatele studiului și interpretarea lor. Concluziile studiului.....	50
Limitele studiului și direcții viitoare de cercetare	54
BIBLIOGRAFIE	55





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Partea I



ASOCIAȚIA SF. DAMIAN
Îngrijire Vârstnici



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020



ASOCIAȚIA SF. DAMIAN
Îngrijire Vârstnici



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

ASISTENȚA ȘI SERVICIILE SOCIALE DESTINATE PERSOANELOR VÂRSTNICE

Sistemul de asistență socială este o componentă a sistemului public de protecție socială. Obiectivul acestor servicii este de a veni în întâmpinarea nevoilor persoanelor vulnerabile pentru a le asigura un trai decent și pentru a le dezvolta abilități de viață.

Serviciile sociale pot fi definite ca programe, activități organizate, tehnici de intervenție socială și de identificare a necesităților și tipurilor specifice de disfuncționalități ce apar la nivel de comunitate sau la nivel individual. Asistența socială, componentă a sistemului național de protecție socială, cuprinde serviciile sociale și beneficiile sociale acordate în vederea dezvoltării capacităților individuale sau colective pentru asigurarea nevoilor sociale, creșterea calității vieții și promovarea principiilor de coeziune și incluziune socială. Persoanele vârstnice au dreptul la asistență socială, în raport cu situația socio-medicală și cu resursele economice de care dispun. Pe lângă asigurarea unui venit reprezentat de pensie, persoanele de vârstă a treia au nevoie, în egală măsură și de servicii sociale. Serviciile sociale sunt componente structurale ale sistemului de asistență socială, contribuind alături de prestațiile sociale la incluziunea socială a grupurilor defavorizate, vulnerabile, la creșterea calității vieții, la reducerea sărăciei și nu în ultimul rând la dezvoltarea socială și economică.

Serviciile sociale sunt definite ca reprezentând „*ansamblul de activități realizate pentru a răspunde nevoilor sociale, precum și celor speciale, individuale, familiale sau de grup, în vederea depășirii situațiilor de dificultate, prevenirii și combaterii riscului de excluziune socială, promovării incluziunii sociale și creșterii calității vieții*”. Serviciile sociale sunt asigurate de către autoritățile administrației publice locale, precum și de persoane fizice sau persoane juridice publice ori private, în condițiile actelor normative în vigoare.

Principalele tipuri de servicii sociale adresate persoanelor vârstnice, acordate atât de furnizorii publici cât și de cei privați (asociații, fundații), sunt următoarele:

1. îngrijirea temporară sau permanentă la domiciliu;
2. îngrijirea temporară sau permanentă într-un cămin pentru persoane vârstnice;
3. îngrijirea în centre de zi, cluburi pentru vârstnici, case de îngrijire temporară, locuințe sociale, precum și altele asemenea.





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Îngrijirea temporară sau permanentă la domiciliu constă în acordarea de:

- a) servicii sociale - îngrijirea persoanei, prevenirea marginalizării sociale și sprijinirea pentru reintegrarea socială, consiliere juridică și administrativă, sprijin pentru plata unor servicii și obligații curente, îngrijirea locuinței și a gospodăriei, ajutor pentru menaj și prepararea hranei;
- b) servicii socio-medicale - activități de bază ale vieții zilnice, în principal: asigurarea igienei corporale, ajutor la îmbrăcare și dezbrăcare, readaptarea capacităților fizice și psihice, adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice, deplasare în interior și comunicare, precum și îngrijirea temporară în centre de zi, aziluri de noapte sau alte centre specializate;
- c) servicii medicale - constau în acordarea de consultații și îngrijiri medicale la domiciliu sau în instituții de sănătate, consultații și îngrijiri stomatologice, administrarea de medicamente, acordarea de materiale sanitare și dispozitive medicale.

Exemple de servicii ce se pot acorda la domiciliul persoanelor vârstnice:

- ajutor acordat pentru îndeplinirea activităților uzuale ale vieții zilnice: activități de bază ale vieții zilnice, în principal: asigurarea igienei corporale, îmbrăcare și dezbrăcare, hrănire și hidratare, asigurarea igienei eliminărilor, transfer și mobilizare, deplasare în interior, comunicare;
- activități instrumentale ale vieții zilnice, în principal: prepararea hranei, efectuarea de cumpărături, activități de menaj și spălătorie, facilitarea deplasării în exterior și însoțire, activități de administrare și gestionare a bunurilor, acompaniere și socializare;
- servicii de reabilitare și adaptare a mediului: mici amenajări, reparații și altele asemenea;
- alte servicii de recuperare/ reabilitare: kinetoterapie, fizioterapie, gimnastică medicală, terapie ocupațională, psihoterapie, psihopedagogie, logopedie, podologie și altele asemenea;
- servicii medicale, sub forma consultațiilor și îngrijirilor medicale la domiciliu sau în instituții de sănătate, consultații și îngrijiri stomatologice, administrarea de medicamente, acordarea de materiale sanitare și de dispozitive medicale.

Îngrijirea temporară sau permanentă într-un cămin pentru persoane vârstnice constă în:

- a) servicii sociale: ajutor pentru menaj, consiliere juridică și administrativă, modalități de prevenire a marginalizării și de reintegrare socială în raport cu capacitatea psiho-afectivă;
- b) servicii socio-medicale: ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale, asigurarea unor programe de ergoterapie, sprijin pentru realizarea igienei corporale;





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

c) servicii medicale: consultații și tratamente la cabinetul medical, în instituții medicale de profil sau la patul persoanei, dacă aceasta este imobilizată, servicii de îngrijire-infirmerie, asigurarea medicamentelor, asigurarea cu dispozitive medicale, consultații și îngrijiri stomatologice.

Exemple de servicii ce se pot acorda într-un cămin pentru persoane vârstnice:

- supraveghere;
- îngrijiri medicale curente asigurate de asistente medicale;
- cazare pe perioadă nedeterminată;
- masă, inclusiv preparare hrană caldă;
- curățenie;
- socializare și activități culturale;
- alte activități după caz: asistență medical asigurată de medic geriatru, internist sau medic de familie, terapii de recuperare fizică/ psihică/ mintală, terapie ocupațională, menaj, pază, alte activități administrative etc..

Căminul pentru persoane vârstnice este centrul rezidențial cu sau fără personalitate juridică, finanțat integral din bugetul local, care acordă, pe perioadă nedeterminată, îngrijire persoanelor vârstnice.

Principalele obiective ale unui cămin sunt:

- a) să asigure persoanelor vârstnice îngrijite maximum posibil de autonomie și siguranță;
- b) să ofere condiții de îngrijire care să respecte identitatea, integritatea și demnitatea persoanei vârstnice;
- c) să permită menținerea sau ameliorarea capacităților fizice și intelectuale ale persoanelor vârstnice;
- d) să stimuleze participarea persoanelor vârstnice la viața socială;
- e) să faciliteze și să încurajeze legăturile interumane, inclusiv cu familiile persoanelor vârstnice;
- f) să asigure supravegherea și îngrijirea medicală necesară, potrivit reglementărilor privind asigurările sociale de sănătate;
- g) să prevină și să trateze consecințele legate de procesul de îmbătrânire.

Accesul unei persoane vârstnice în cămin se face avându-se în vedere următoarele criterii de prioritate:

- a) necesită îngrijire medicală permanentă deosebită, care nu poate fi asigurată la domiciliu;
- b) nu se poate gospodări singură;
- c) este lipsită de susținători legali sau aceștia nu pot să își îndeplinească obligațiile datorită stării de sănătate sau situației economice și a sarcinilor familiale;
- d) nu are locuință și nu realizează venituri proprii.

Principalele cauze ale instituționalizării pe termen lung identificate sunt:





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

- singurătatea și lipsa rețelei de suport;
- dorința manifestă a vârstnicului;
- lipsa veniturilor;
- diferite afecțiuni cronice;
- handicapul fizic sau mental;
- pierderea locuinței;
- inadaptarea la serviciile de îngrijire la domiciliu;
- neînțelegerile din sânul familiei;
- imobilizarea la pat;
- abuzul îngrijitorilor/ aparținătorilor.





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

BENEFICIILE SOCIALE DESTINATE PERSOANELOR VÂRSTNICE

Conform legii asistenței sociale nr. 292/2011, **beneficiile de asistență socială** reprezintă „o formă de sprijin în scopul promovării incluziunii sociale și creșterii calității vieții anumitor categorii de persoane ale căror drepturi sociale sunt prevăzute expres de lege”.

Beneficiile pe care persoanele vârstnice le pot solicita sunt:

- a) beneficiile de asistență socială selective, bazate pe testarea mijloacelor de trai ale persoanei singure sau familiei;
- b) beneficii de asistență socială universale, acordate fără testarea mijloacelor de trai ale persoanei singure sau familiei;
- c) beneficii de asistență socială categoriale, acordate pentru anumite categorii de beneficiari, cu sau fără testarea mijloacelor de trai ale persoanei singure ori familiei.

Scopul acordării are în vedere combaterea sărăciei și excluziunii sociale în rândul persoanelor vârstnice, dar și acordarea de sprijin pentru acele persoane care au nevoi speciale sau pentru situații deosebite în care se pot găsi persoanele vârstnice la un anumit moment dat. Beneficiile se acordă în natură sub formă de alocații, indemnizații, ajutoare sociale, facilități (acces la mediul fizic, informațional și comunicațional), alocații în natură (alimente, încălțăminte, îmbrăcăminte, medicamente, dispozitive medicale). Fondurile necesare acordării beneficiilor sociale se suportă fie din bugetul de stat, fie din bugetele locale.

Ajutoare pentru încălzirea locuinței

Persoanele vârstnice cu venituri medii lunare mici pe membru de familie beneficiază de un ajutor lunar la plata facturii la energia termică aferentă sezonului rece (1 noiembrie - 31 martie). Ajutorul se acordă atât pentru cei care sunt utilizatori ai sistemului centralizat de încălzire, cât și pentru cei care locuiesc în locuințe încălzite cu gaze, lemne, cărbuni și combustibili petrolieri.

Ajutorul de urgență

În cazul în care persoanele vârstnice se află în situații de urgență datorate unor calamități naturale, incendii sau accidente, stării de sănătate sau unor alte cauze generatoare de excluziune socială, Guvernul, la propunerea Ministerului Muncii și Protecției Sociale, poate aproba plata de ajutoare de urgență. În astfel





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

de situații se efectuează o anchetă socială de către serviciile publice de asistență socială. Ajutoarele de urgență se acordă în bani sau în natură.

Indemnizația socială pentru pensionari

Se acordă pensionarilor a căror pensie este sub nivelul minim, având valoarea echivalentă cu diferența dintre pensia socială minimă garantată și pensia primită de beneficiar.

Ajutorul de înmormântare

Ajutorul de înmormântare/ deces este un sprijin financiar care se acordă în cazul decesului persoanei vârstnice și se achită soțului supraviețuitor al persoanei vârstnice decedate și asigurate în sistemul public de pensii.

Bilete de tratament și odihnă

Vârstnicii pot beneficia și de bilete de tratament balnear în baza unei cereri depuse și aprobate de casele teritoriale de pensii. Pentru a beneficia de aceste bilete de tratament balnear, persoana vârstnică trebuie să facă dovada că suferă de o afecțiune medicală ce necesită tratament balnear. Persoanele vârstnice pensionate pe caz de invaliditate, inclusiv văduvele de război și persoanele cu handicap, beneficiază gratuit de bilete de tratament balnear în cadrul programului întocmit de medicul expert al asigurărilor sociale. Persoanele vârstnice care nu se află în categoriile menționate anterior pot opta pentru bilete de tratament balnear cu suportarea unei contribuții bănești individuale.

Cantinele de ajutor social

Cantinele de ajutor social sunt unități publice de asistență socială, care prestează servicii sociale gratuite sau contra cost persoanelor aflate în situații economico-sociale sau medicale deosebite. Printre categoriile de beneficiari se numără și persoanele care au împlinit vârsta de pensionare, aflate într-una dintre următoarele situații: sunt izolate social, nu au susținători legali, sunt lipsite de venituri, sunt invalizi sau bolnavi cronici.

Cantinele de ajutor social prestează, după caz, următoarele servicii sociale:

- pregătirea și servirea a două mese, zilnic, de persoană, prânzul și cina, în limita alocației de hrană prevăzute de reglementările legale;
- aprovizionarea, contra cost, de la sediul cantinei cu produse agroalimentare de bază, la prețurile la care acestea au fost achiziționate;
- transport gratuit numai pentru persoanele care beneficiază de distribuirea hranei la domiciliu;
- pregătirea și distribuirea hranei prin centre mobile, pentru situații deosebite.





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Filosofie și valori, considerații etice

Filosofia serviciului de abordare multidisciplinară asupra persoanelor vârstnice se bazează pe crearea unui context în care persoana vârstnică are o voce care este auzită și respectată de către toți profesioniștii implicați.

Fiecare etapă a intervenției este construită în funcție de preferințele și dorințele manifestate de persoana vârstnică, de drepturile pe care le are, de filosofia ei de viață, de percepția asupra situației în care se află, de aspectele de ordin cultural (mai ales dacă este din mediul rural), de credințele religioase, de convingerile legate de relațiile familiale.

De asemenea, se ține cont de considerațiile etice - pentru a crea relații lucrative de încredere și de siguranță ca o modalitate de a împuternici și de a încuraja pe cei implicați în direcția unei vieți autonome:

- respectarea confidențialității (care este mai mult decât o condiție impusă de codurile deontologice ale profesioniștilor implicați) ca o formă de a respecta demnitatea persoanei vârstnice prin asigurarea că poveștile împărtășite vor rămâne sub imperiul anonimatului;
- respectarea alegerii de a accepta sau refuza ajutorul ca o recunoaștere a exercițiului abilității de a decide asupra situației în care se află;
- desfășurarea unor intervenții empaticе, respectuoase, calde, care oferă libertatea de a decide nivelul de autodezvăluire confortabil pentru cel asistat;
- informarea cu privire la drepturile pe care le are, la serviciile sociale disponibile în comunitate, la faptul că abuzul este un comportament inacceptabil, la dreptul de a trăi în demnitate conform propriilor valori și principii.





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

IMPLICAȚII PSIHOLOGICE

Mecanismele de prevenție și adaptare la stres sunt cunoscute în literatura de specialitate sub denumirea de **coping** sau **management al stresului**. Lazarus și Folkman (1984) definesc copingul ca „eforturile cognitive și comportamentale în continuă schimbare pentru a face față unor cerințe specifice externe și interne care sunt evaluate ca depășind resursele persoanei”. Această definiție face distincție între coping și comportamentul adaptativ automatizat, limitând copingul la cerințele care sunt evaluate ca depășind resursele persoanei. Copingul este văzut ca un proces care se schimbă, un proces de-a lungul căruia persoana trebuie să se bazeze în anumite momente mai mult pe o formă de coping, de exemplu strategiile defensive, iar în alte momente pe altele, de exemplu pe strategiile de rezolvare de probleme, pe măsură ce relația persoană-mediul se schimbă.

De-a lungul timpului, abordările copingului au fost diferite. Trei mari abordări sunt frecvent amintite în literatura de specialitate și par a fi influențat semnificativ cercetările în acest domeniu: abordări bazate pe persoană, abordări bazate pe situație și abordări cognitive. În literatura de specialitate găsim multiple clasificări ale mecanismelor de coping. Lazarus și Folkman (1984) au clasificat strategiile de coping în strategii centrate pe probleme și în strategii centrate pe emoții. Scheier, Wintraub și Carver (1986) și Endler și Parker (1990) propun o clasificare mai complexă, în trei categorii. Astfel, alături de strategiile de coping centrate pe problemă, apar strategiile de coping centrate pe emoții însă împărțite în strategii care reflectă o „stare” afectivă și cognitivă într-o situație stresantă (centrate pe emoții/ abordare) și strategii prin care se evită confruntarea cu factorul stresant (centrate pe emoții/ evitare). Mikulincer și Florian propun patru categorii ale copingului: strategii centrate pe problemă, reevaluare, reorganizare și strategii de evitare.

Reevaluarea implică utilizarea atenției selective asupra informației pozitive, crearea unor iluzii pozitive și negarea parțială a aspectelor negative ale realității (Lazarus și Folkman, 1984; Taylor și Brown, 1988).

Reorganizarea implică o serie de pași intrapsihici (acceptare, managementul experienței și restructurarea structurilor interne) care atrag după sine o mai bună acomodare cu realitatea.

Strategiile de evitare pot avea inițial efecte benefice prin reducerea distresului, însă pe termen lung au efect negativ asupra eforturilor de adaptare.





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Un alt grup mai mic de strategii de coping vizează creșterea suferinței emoționale. Unii indivizi au nevoie să se simtă mai rău înainte de a putea să se simtă mai bine. Pentru a se vindeca au nevoie ca mai întâi să trăiască suferința acut și pentru asta se autoînvinovătesc sau se angajează în alte forme de autopedepsire. Astfel, indivizii pot ca în mod deliberat să-și sporească suferința emoțională cu scopul de a se mobiliza pentru acțiune (Lazarus și Folkman, 1984).

După cum susțin Lazarus și Folkman (1984) strategiile de coping nu sunt prin ele însele bune sau rele, adaptative sau maladaptative. Eficiența strategiei de coping depinde de gradul în care este potrivită cerințelor interne sau externe ale situației. Același lucru se aplică și evaluărilor cognitive. Evaluările legate de amenințare, pierdere sau provocare sau de caracterul irelevant și lipsit de amenințare al unor situații, nu sunt prin ele însele potrivite sau nepotrivite, eficiente sau ineficiente. Eficacitatea lor depinde de ceea ce se întâmplă efectiv și orice judecată este bine să fie făcută în contextul situației. Eficiența copingului depinde de asemenea de evaluarea secundară a resurselor în cursul evenimentelor. Cele mai multe evaluări nu se potrivesc perfect cu cursul evenimentelor. Ambiguitatea situațiilor stresante, anumite modele de angajament ale persoanei și implicit vulnerabilitatea selectivă provoacă această nepotrivire. Cele mai multe situații sunt ambigue dintr-un motiv sau altul. Fie informația lipsește, fie cea care există este neclară, sau ambele. Vulnerabilitatea este predispoziția unei persoane de a interpreta anumite tipuri de situații ca stresante și merge mână în mână cu angajamentele - cu cât un angajament este mai puternic cu atât unei persoane îi pasă mai mult sau este mai vulnerabilă la un anumit eveniment sau situație stresantă.

Mecanismele de coping

Există numeroase modalități prin care indivizii pot face față factorilor de stres din viața lor: să reinterpreteze eșecul, să depășească provocările, să evite confruntarea cu un opozant, să caute ajutor. Mecanismele de coping nu reprezintă un construct omogen, copingul poate fi descris în termeni de strategii, tactici, răspunsuri, cogniții, comportament. Fenomenul poate fi observat atât prin introspecție, cât și prin observație și include aspecte interne individului, cât și acțiuni externe acestuia.

Copingul (engl. *cope* = a face față) este efortul cognitiv și comportamental prin care o persoană face față (reduce, stăpânește sau tolerează) solicitărilor externe și/ sau interne care îi depășesc resursele personale. Astfel, prin coping are



ASOCIAȚIA SF. DAMIAN
Îngrijire Vârstnici



loc o tranzacție între persoană, care are propriul set de valori și resurse, și mediu, care are propriile cerințe și constrângeri.

Natura copingului

Există două viziuni asupra naturii copingului:

- **copingul ca trăsătură de personalitate** (N. Haan, G. Vaillant) - acesta presupune existența unui set de mecanisme de apărare, adaptative și inconștiente;
- **copingul ca efort de control al stresului** - parte componentă a relației dintre persoană și mediul extern.

Există două perspective de explicare a mecanismelor de a face față stresului, respectiv perspectiva cognitivă și perspectiva psihanalitică.

Perspectiva cognitivă

Lazarus și Folkman au considerat stresul ca o relație între persoană și mediu, perceput ca scăzând resursele individului. Atunci când se confruntă cu o situație stresantă, individul evaluează potențialul personal și obiectivele, etapă denumită „evaluare primară”, ce poate fi împărțită în daună/ pierdere, amenințare, provocare și benign.

Evaluarea de tip „daună/ pierdere” se referă la o leziune care deja s-a petrecut, evaluarea de tip „amenințare” se referă la o potențială daună sau pierdere, evaluarea de tipul „provocare” este o oportunitate pentru dezvoltarea personală, iar atunci când o sursă de stres este considerată „benignă”, nu se mai realizează nici o evaluare sau acțiune.

Evaluări diferite ale stresului determină diferite mecanisme de coping. În literatura de specialitate au fost propuse și măsurate numeroase astfel de strategii. Cercetătorii au reușit să reducă numărul lor și să păstreze cele mai importante dimensiuni ale conceptului.

Conform lui R.S. Lazarus și Folkman (1980), există două tipuri de strategii de coping:

- *copingul centrat pe rezolvarea problemei* sau „copingul direct”, este denumit astfel deoarece se adresează problemei, cuprinde strategii de acceptare a confruntării cu agentul stresor și presupune analiza problemei, strategii de planificare, creșterea nivelului de efort și prioritizare.
- *copingul centrat pe emoție, orientat spre reglarea emoțională* sau „copingul indirect” se centrează pe capacitatea sau incapacitatea persoanei de a face față stresului. Prin acest tip de coping persoana încearcă să-și regleze emoțiile apărute ca rezultat al evenimentului stresant (spre exemplu, prin monologuri, reinterpretări, diverse metode de liniștire).





Aceiași specialiști susțin că nu există strategii de coping mai bune decât altele, ci eficiența strategiilor necesită adaptarea lor la evaluările situaționale și la alegerea unor resurse. Mai specific, percepția controlului asupra situației trebuie să determine utilizarea într-un procent mai mare a strategiilor centrate pe problemă, în comparație cu strategiile centrate pe emoții. Deseori, cele două tipuri de coping se produc împreună.

Conform copingului orientat spre rezolvarea problemelor, Taylor distinge următoarele strategii de coping:

- *Confruntarea* - se caracterizează prin eforturile cu conotație agresivă de a schimba situația: „mi-am mobilizat toate eforturile pentru a-mi atinge scopul”;
- *Căutarea suportului social* - se caracterizează prin efortul de a obține suport emoțional și informații de la alte persoane: „am vorbit cu cineva pentru a afla mai multe despre această situație”;
- *Planificarea rezolvării de probleme* - se caracterizează prin eforturile deliberate pentru rezolvarea problemei și prin analiza problemei: „mi-am făcut un plan de acțiune și l-am urmat”.

Conform copingului centrat spre reglarea emoțională, Taylor distinge următoarele strategii de coping:

- *Distanțarea* - se caracterizează prin eforturile de a ne autodetașa de situația stresantă: „am refuzat să mă mai gândesc la acest lucru”;
- *Autocontrolul* - se caracterizează prin efortul depus pentru a ne regla propriile emoții: „nu am zis nimănui ceea ce am simțit”;
- *Acceptarea responsabilității* - se caracterizează prin conștientizarea propriului rol în respectiva problemă concomitent cu încercarea de a o rezolva: „m-am criticat și m-am muștră singur”;
- *Evadare/ evitare* - se caracterizează prin efortul de a evita, de a ieși din respectiva situație stresantă mâncând, bănd, fumând, consumând medicamente și/ sau cufundându-ne într-o lume a iluziilor și dorințelor: „tot ce mi-am dorit a fost ca problema să dispară”;
- *Reevaluare pozitivă* - se caracterizează prin efortul de a găsi o semnificație pozitivă în respectiva problemă cu efecte benefice propriei dezvoltări: „nu știam că mă pot organiza așa bine până să am această problemă”.

Perspectiva psihanalitică

În anul 1894, în articolul intitulat „Psihonevrozele de apărare”, Sigmund Freud încearcă să identifice locul ocupat de diverse tipuri de apărare în psihonevroze și emite termenul de „apărare psihică”. Printre formele de apărare pe care le identifică Freud se numără: *deplasarea afectului* (afectul asociat unei





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

reprezentări este deplasat asupra altei reprezentări psihice), *proiecția* (individul expulzează din sine și proiectează în alți indivizi sentimente, dorințe, trăsături pe care nu le acceptă la propria persoană), *refularea* (individul plasează în inconștient reprezentări ce țin de situații neplăcute). În legătură cu acest fenomen al apărării psihice, ulterior în literatura psihanalitică se lansează sintagma „mecanisme de apărare”.

Tradiția psihanalitică asupra mecanismelor de apărare situează conflictul dintre *id* (sine) și *ego*, ca tip de conflict primar, sursă a mecanismelor defensive. Ego-ul, subordonat „principiului realității”, se află în încercarea de a concilia tendințele contrare dintre sine, subordonat „principiului plăcerii” și supraego, subordonat „datoriei”. Maniera în care se poate realiza acest proces de conciliere depinde de nivelul de maturizare al mecanismelor defensive.

Constructul reprimare - sensibilizare (Byrne, 1964; Eriksen, 1966)

Acest construct rezumă diferitele forme ale copingului centrat pe emoții la o dimensiune bipolară. Odată confruntată cu o situație stresantă, persoana situată la polul „reprimare” neagă sau minimizează existența factorului stresor, nu reușește să-și verbalizeze emoțiile și evită să se gândească la eventualele consecințe negative. Pe de altă parte, persoana care se află la polul „sensibilizare” reacționează la stres prin căutarea unor informații, ruminare și grijă excesivă.

Modelul modurilor de coping - MCM (Krohne, 1993)

Modelul MCM pune accent pe diferențele dintre indivizi în ceea ce privește orientarea atenției și reglarea emoțional - comportamentală în situații de stres. Acest model presupune că cele mai stresante și anxioase situații sunt caracterizate de două aspecte principale: prezența stimulării aversive și a unui grad ridicat de ambiguitate. Perechile acestor aspecte situaționale sunt stimularea emoțională (relaționată cu stimularea aversivă) și incertitudinea (relaționată cu ambiguitatea). Indivizii care sunt susceptibili la stresul determinat de stimularea emoțională, se presupune că se angajează în evitare cognitivă. Pe de altă parte, indivizii care sunt afectați de incertitudinea situațiilor, se vor angaja în mod constant în coping vigilent, vor urma un plan cu scopul de a reduce probabilitatea apariției unor situații neașteptate.

Modelul MCM concepe tendințele de coping vigilent și de evitare cognitivă ca fiind dimensiuni distincte ale personalității. De aici rezultă patru modele de coping: persoanele care au un nivel ridicat de vigilență și nivel scăzut al evitării cognitive, sunt numiți „sensibilizatori”; indivizii cu pattern opus, sunt numiți „represori”; persoanele cu niveluri scăzute pentru ambele dimensiuni sunt numiți





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

„nondefensivi” și se adaptează cu ușurință la evenimentul stresor; indivizii cu niveluri ridicate la cele două dimensiuni sunt numiți „puternic anxioși”. Ei încearcă să reducă atât incertitudinea subiectivă, cât și excitarea emoțională și, pentru că cele două scopuri sunt incompatibile, ei nu vor avea succes în utilizarea strategiilor de coping.

Căutarea suportului social, ca modalitate de coping

Căutarea suportului social este o strategie de coping comportamental prin care persoana apelează la alte persoane pentru ajutor, sfaturi, informații și sprijin emoțional, în vederea ameliorării sau a rezolvării situației stresante. Ea se sfătuiește cu familia și cu prietenii în legătură cu ceea ce are de făcut. În general, studiile (Monnier și colab., 1998 și Hobfoll și colab., 2001) arată că folosirea acestei strategii poate fi asociată unui nivel crescut al stării emoționale de bine (dimensiunea *prosocial*-antisocială).

Auto-eficacitatea / Auto-eficiența percepută

Adoptarea de către persoane a unor strategii de coping depinde de încrederea acestora în capacitatea proprie de a le pune în act. Oamenii au tendința de a se angaja în comportamente despre care cred că le vor aduce ce-și doresc și pe care cred că le pot face. Alegem acele acțiuni și acele strategii despre care credem că le vom putea duce la bun sfârșit, și nu acele acțiuni care ne depășesc posibilitățile.

Câteva teorii psihologice importante s-au aplecat asupra problemelor competenței percepute, a eficienței personale și a controlului, printre care și *Teoria eficienței personale* (Bandura 1977; 1982). Conform lui Bandura (1982) autoeficiența percepută se referă la credințele unei persoane în capacitățile sale de a-și mobiliza resursele cognitive și motivaționale necesare pentru îndeplinirea cu succes a sarcinilor propuse. Astfel, auto-eficiența percepută poate fi definită ca o anticipare a rezultatelor pozitive în acțiunile întreprinse datorită cunoștințelor și abilităților posedate.

Esența acestei teorii poate fi exprimată astfel: inițierea și persistența în comportamente este determinată de:

1. Valoarea rezultatelor (importanța anumitor rezultate, consecințe sau scopuri);





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

2. Expectanța cu privire la rezultate (expectanțele privind eficiența anumitor mijloace comportamentale în a produce aceste rezultate);

3. Expectanța cu privire la auto-eficiență (judecățile și expectanțele privind abilitățile comportamentale și probabilitatea de a fi capabil să implementeze cu succes cursul acțiunii ales).

Expectanța de eficiență personală are cea mai puternică influență asupra comportamentului. Judecățile de auto-eficiență se referă la ceea ce individul poate să facă cu abilitățile pe care le are sau la abilitatea individului de a executa acțiuni ce fac față în mod eficient situațiilor problematice și în urma cărora sunt atinse scopurile dorite.

Expectanțele de eficiență personală nu sunt trăsături de personalitate. Ele sunt cogniții specifice ce pot fi înțelese și definite numai în raport cu comportamente specifice în situații specifice. Deși eficiența personală este folosită pentru a ne referi la **credițele despre competență și eficiență** ale individului, termenul este mai util atunci când este definit, operaționalizat și măsurat ca o expectanță cu privire la un comportament specific sau la un set de comportamente într-un context specific. De pildă, cea mai bună modalitate de a prezice succesul unui individ în a se lăsa de fumat este de a măsura expectanța sa de eficiență personală cu privire la abandonarea fumatului, și nu nivelul general al încrederii în sine sau al stimei de sine.

Jean-François Decker consideră că esențiale pentru obținerea eficienței personale sunt:

- 1) **dorința** puternică de a atinge obiectivele formulate;
- 2) **credița**, convingerea în izbândă, în posibilitatea atingerii obiectivelor, concomitent cu credința în propriile capacități;
- 3) **decizia** de a atinge obiectivele, altfel spus ceea ce permite mobilizarea resurselor și exploatarea capacităților, finalizată prin realizarea efectivă a obiectivelor.

Cu alte cuvinte, cele trei resurse psihice necesare obținerii eficienței personale sunt: **motivația, convingerea și voința**.

Astfel de concepții favorizează realizările personale, reduc nivelul reacțiilor la stres și vulnerabilitatea la depresie. Persoanele care se îndoiesc de abilitățile lor sunt predispuse la **anxietate și depresie**, respectiv la reacții negative la stres. Astfel, ele:

- evită implicarea în sarcini dificile, considerându-le amenințări la adresa propriei persoane;
- au un nivel scăzut de aspirație și o angajare deficitară față de scopurile pe care și le stabilesc;
- când înfruntă situații dificile, în loc să se concentreze asupra găsirii unei soluții, insistă asupra abilităților percepute ca fiind deficitare, asupra obstacolelor pe care





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

le-ar putea întâmpina în atingerea scopului și asupra unor posibile rezultate negative;

- în fața dificultăților au tendința de a reduce efortul necesar atingerii scopului și sunt predispuse spre abandonarea rapidă a sarcinii;
- în urma unui eșec sau obstacol își recapătă foarte greu sentimentul de eficacitate;
- consideră nivelul scăzut de performanță ca fiind rezultatul unor deficite aptitudinale;
- chiar și un eșec minim poate determina pierderea încrederii în forțele și abilitățile proprii.

Persoanele cu un sentiment puternic de autoeficacitate:

- abordează sarcinile dificile ca fiind mai degrabă provocări decât amenințări care ar trebui evitate;
- se implică mai mult în activități;
- își stabilesc obiective mai complexe și mai provocatoare, perseverând până la finalizarea acestora;
- în cazul unui eșec, ele sporesc efortul depus și își recapătă mai repede sentimentul de autoeficacitate;
- de obicei, atribuie nereușitele unui efort insuficient, cunoștințelor deficitare sau lipsei unor abilități care pot fi dobândite în timp;
- abordează situațiile amenințătoare cu sentimentul că le pot (le vor putea) controla.

Autoeficacitatea percepută reprezintă convingerile oamenilor cu privire la capacitățile lor de a realiza nivelele de performanță necesare pentru a influența evenimente care le afectează viețile. Un simț puternic al autoeficacității dezvoltă realizările umane și bunăstarea personală în multe moduri. Oamenii cu o încredere puternică în capacitățile lor, văd sarcinile dificile ca provocări ce trebuie înfruntate și nu ca pericole ce trebuie evitate. Asemenea perspectivă eficace determină un interes intrinsec și o angajare profundă în activități. Ei își stabilesc obiective dificile și mențin un angajament puternic față de acestea. Ei își măresc și susțin efortul în fața eșecului. Ei își redobândesc repede simțul eficacității după eșecuri și piedici. Ei atribuie eșecul efortului insuficient sau unor cunoștințe și abilități deficiente care pot fi dobândite. Ei abordează situațiile dificile cu siguranța că le pot stăpâni. Această concepție eficace generează realizări personale, reduce stresul și scade vulnerabilitatea în fața depresiei.

Bandura postulează existența a trei factori cognitiv - motivaționali implicați în dezvoltarea convingerilor legate de propria eficacitate: atribuirile cauzale, expectanțele asupra rezultatelor și scopurile formulate.

1. Persoanele cu un puternic sentiment al propriei eficacități atribuie în general eșecul efortului insuficient, deficitului de cunoștințe sau unor deprinderi insuficient consolidate. Una dintre funcțiile importante ale acestor atribuiri o





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

reprezintă reducerea nivelului de stres și a vulnerabilității la trăirea emoțiilor negative (de exemplu, depresia). În schimb, persoanele cu un nivel redus al auto-eficacității atribuie eșecurile proprii lipsei unor abilități funcționale, respectiv unor incapacități proprii stabile);

2. Motivația este influențată de rezultatele așteptate ca urmare a acțiunilor întreprinse. Multe persoane cu nivel redus de auto-eficacitate refuză nenumărate posibilități atractive, cu șanse mari de reușită, din simplul motiv că nu cred că ar fi în stare să îndeplinească sarcinile respective;

3. Încrederea în propriile capacități permite stabilirea unor scopuri explicite și realiste. După cum am constatat anterior, scopurile sunt elementele care direcționează și susțin acțiunile necesare obținerii performanțelor dorite.

Surse ale informațiilor privind eficiența personală

Bandura consideră că există patru **surse ale auto-eficacității**: experiența succesului, modelarea socială, persuasiunea socială și stările emoționale și fiziologice.

1. **Situațiile de performanță**, mai ales cele de succes clar sau de eșec clar, sunt cele mai puternice surse de informație privind eficiența personală. Succesul într-o sarcină sau comportament, abilitatea evidentă întăresc expectanțele de eficiență personală pentru acea sarcină, abilitate sau comportament. Percepțiile de eșec diminuează expectanțele de eficiență personală. O persoană care a încercat să abandoneze practica fumatului pentru o zi dar n-a reușit, se va îndoii probabil de capacitatea sa de a lăsa fumatul pentru o zi în viitor.

2. **Modelele sociale** (învățare observațională, modelare, imitare) afectează de asemenea auto-eficacitatea, persoanele fiind influențate de exemplul celor cu care consideră că se aseamănă. Observăm comportamentul altora, constatăm ce sunt ei capabili să facă, notăm consecințele comportamentului lor, apoi folosim această informație pentru a ne forma expectanțe asupra propriului comportament. Astfel, cineva care se consideră similar cu o persoană capabilă într-un domeniu se va percepe și pe sine la fel de capabil. Mecanismul funcționează și în cazul perceperii asemănării cu o persoană cu capacitate scăzută.

3. **Persuasiunea socială** reprezintă influența celorlalți asupra auto-eficacității persoanei prin aprecierile lor despre cât de capabilă de sarcină este individul. Ia forma unei „contagiuni” și poate să ridice sau să coboare auto-eficacitatea personală. Persuasiunea verbală (sau persuasiunea socială) constituie o sursă mai puțin puternică de schimbare durabilă în expectanțele de eficiență personală decât celelalte două surse, iar impactul persuasiunii verbale este stabilit de gradul de expertiză al sursei, atractivitatea și măsura în care ea este demnă de încredere.





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

4. **Stările emoționale și excitarea fiziologică** influențează expectanțele de eficiență personală atunci când indivizii asociază stări emoționale neplăcute cu performanța scăzută, cu incompetența și eșecul perceput. Ca atare, când o persoană devine conștientă de excitarea fiziologică neplăcută, ea se va îndoii de competența ei într-o mai mare măsură decât atunci când starea ei fiziologică este plăcută ori neutră. Senzațiile fiziologice confortabile (sentimente de relaxare) îl fac pe individ să se simtă încrezător în capacitatea sa.

Conform definiției lui Bandura autoeficiența nu are o natură generală, ci se referă la **domenii specifice**. Bandura atrage atenția asupra faptului că un subiect se poate percepe foarte eficient într-un anumit comportament sau situație și puțin eficient în alte situații. De exemplu, o persoană are expectanța succesului în profesie, dar are expectanța eșecului în viața personală. Acest exemplu stă la baza diferențierii între autoeficiența globală (credința în obținerea succesului/ eșecului în majoritatea situațiilor) și cea specifică unei situații particulare. Auto-eficiența poate acționa și ca un factor motivațional ce orientează persoana spre atingerea scopurilor propuse, spre delimitarea intereselor.

Autoeficiența percepută este diferită de **stima de sine**. Bandura (1997) explică că autoeficiența percepută implică judecăți asupra capacităților personale pe când stima de sine este centrată pe judecăți de valoare a sinelui. S-ar putea spune că eficiența de sine este o noțiune subordonată stimei de sine. Poți avea o stimă de sine ridicată dar o eficiență de sine scăzută privind un anumit gen de activitate.

Cercetători precum Schwarzer & Jerusalem (1995) sau Sherer și colab. (1982) au extins sensul conceptului de autoeficiența percepută, descriindu-l în termeni mai generali, făcând referire la provocările de fiecare zi. Autoeficiența generală percepută reflectă credințele generale ale unei persoane despre cât de eficientă este în mai multe domenii de funcționare. Aceasta poate explica un rang mai mare de **comportamente și strategii de coping** atunci când contextul este mai puțin specific.

Studiile arată că autoeficiența generală poate „reconstitui” **schemele cognitive**, chiar și imaginea de sine și că poate influența stima de sine. Potrivit lui Judge și colab. (1997) autoeficiența generală este strâns legată de conceptele de autoevaluare, stimă de sine, locul controlului sau neuroticism, dar și de alte trăsături motivaționale cum ar fi nevoia de realizare și conștiinciozitate (Lightsey și colab.).

Constructul de eficiență personală, elaborat în cadrul mai larg al teoriei social-cognitive a lui Albert Bandura (1986), reprezintă o structură cu rol important în explicarea diversității oamenilor în ceea ce privește **adaptarea**. O serie de probleme emoționale sau comportamentale, cum ar fi **depresia, anxietatea, fobiile sau dependențele de substanțe**, se leagă de un nivel scăzut al încrederii în eficiența proprie. În aceste cazuri, adaptarea psihologică este dificilă și chiar





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

imposibilă deoarece lipsesc convingerile persoanei cu privire la posibilitatea de a controla comportamentele proprii și factorii de mediu cu care interacționează.

Eficiența personală și problemele de adaptare

Abordarea din perspectiva eficienței personale a problemelor psihologice și a tratamentului lor, pleacă de la premisa că indivizii devin stresați, nefericiți sau anxioși, intră în conflict cu alții, au diverse probleme emoționale și de adaptare atunci când au expectanțe nerealiste privind propriul comportament și comportamentul celorlalți, atunci când nu extimează corect anumite rezultate sau consecințe, atunci când cred că nu poate fi făcut nimic pentru a controla evenimentele importante din viață sau se cred incapabili să facă ceva pentru a controla evenimentele și a-și atinge scopurile (scopuri pe care alții par capabili să le îndeplinească). Eficiența personală e importantă în anxietatea socială, în fumat, alcool, obezitate, orientarea profesională (alegerea carierei), realizarea în cercetare și mediul universitar, performanțele sportive etc.

Teoria eficienței personale a inspirat numeroase cercetări asupra etiologiei și tratamentului unor probleme psihologice și emoționale. De exemplu, expectanțele de eficiență personală scăzute se află în legătură cu **depresia**. Indivizii depresivi cred în general că ei sunt mai puțin capabili decât alții să realizeze anumite sarcini și au un control perceput foarte slab asupra mediului. Eficiența personală scăzută este un aspect însemnat al **anxietății** și al fricilor specifice.

Anxietatea

Chestiunile ce implică frica și anxietatea au constituit un teren foarte fertil pentru dezvoltarea cercetărilor asupra eficienței personale. În primele studii în acest domeniu, Bandura și colaboratorii săi au făcut apel la subiecți cu frici specifice sau fobii pentru a testa ipotezele de bază ale teoriei și pentru a-i proba utilitatea practică clinică. Modelul anxietății din perspectiva eficienței personale include două propoziții de bază:

1. Persoana anticipează (sau are expectanțe) un pericol sau un rău ca fiind iminent;
2. Persoana nu se crede în stare să prevină sau să facă față cu succes acestui eveniment.

Potrivit lui Bandura (1986), anxietatea este rezultatul direct al expectanțelor de eficiență personală foarte scăzute. Indivizii care au încredere în capacitatea lor de a face față în mod eficient unei situații amenințătoare vor aborda situația calmi, siguri pe ei; dimpotrivă, cei ce au îndoieli cu privire la capacitățile lor de a o duce cu bine la capăt vor anticipa catastrofe și vor genera o stare de excitație afectivă care îi va împiedica să acționeze cu eficiență. Un studiu





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

al lui Tilley și Maddux (1989) a pus în evidență legătura cauzală dintre expectanțele de eficiență personală și anxietate. Acest studiu a indus diferite niveluri de eficiență personală în a face față unor evenimente imaginare (un examen dificil). S-a constatat că subiecții cu expectanțe de eficiență personală scăzute anticipau anxietate. Teoria eficienței personale afirmă că elementul cheie comun tuturor intervențiilor clinice de succes în anxietate îl reprezintă amplificarea expectanțelor de eficiență personală ale clientului în ceea ce privește stăpânirea situației care provoacă anxietate.

Autoeficacitatea și starea de sănătate

S-a descoperit că un puternic simț al eficacității personale se relaționează cu o mai bună stare de sănătate, cu realizări mai mari și cu o mai bună integrare socială. Opțiunile care influențează sănătatea, cum ar fi fumatul, exercițiile fizice, regimul alimentar, igiena dentară, complianța la tratament, gestionarea durerii cronice, depind de autoeficacitate.

Convingerile de autoeficacitate sunt cogniții care determină dacă schimbarea comportamentului în sănătate va fi inițiată, cât de mult efort va fi cheltuit și cât timp va fi susținut în fața obstacolelor și eșecurilor. Eficiența de sine influențează modul în care oamenii își stabilesc obiectivele de sănătate (de exemplu, „intenționez să-mi reduc consumul de alcool” sau „intenționez să renunț la alcool”). Probabilitatea de a ne angaja în comportamente sănătoase (exerciții fizice, dietă, renunțarea la fumat) este mai mare atunci când avem încredere în capacitatea noastră de a realiza cu succes acele comportamente. Cu o autoeficacitate crescută, indivizii au o încredere mai mare în capacitatea lor și, prin urmare, sunt mai predispuși să se angajeze în comportamente sănătoase. O implicare mai mare în comportamente sănătoase, duce la rezultate pozitive asupra sănătății pacientului, cum ar fi îmbunătățirea calității vieții.

Un număr mare de cercetări au examinat rolul auto-convingerilor optimiste ca un predictor de schimbare a comportamentului în domeniul sănătății (Bandura, 1992; Maddux, 1993; Schwarzer, 1992). Aceste convingeri supraestimează ușor capacitățile de adaptare percepute mai degrabă decât să reflecte doar cele existente.

Adoptarea comportamentelor ce promovează sănătatea, și reținerea de la comportamente nesănătoase este dificilă. Majoritatea oamenilor iau greu decizia de a se schimba și, ulterior, de a-și menține modificările adoptate atunci când se confruntă cu tentații.

Probabilitatea ca oamenii să adopte un comportament de sănătate (cum ar fi exerciții fizice), sau să schimbe un obicei dăunător (cum ar fi renunțarea la fumat), poate depinde, prin urmare, de trei tipuri de percepții:





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

(1) speranța că nu se află într-o situație de risc prea mare („Riscul meu de a face cancer de la fumat este peste medie.”);

(2) speranța că schimbările de comportament ar putea reduce amenințarea („Dacă m-am lasat de fumat, se va reduce riscul meu.”);

(3) speranța că este suficient de capabil de a adopta un comportament pozitiv sau să se abțină de la un obicei riscant („Sunt capabil de a renunța la fumat permanent.”).

Un om care se luptă să-și gestioneze boala cronică și se simte încrezător că poate reveni pe drumul cel bun, își îmbunătățește sănătatea urmând recomandările medicului său.

Potrivit lui Luszczynska și Schwarzer, autoeficacitatea joacă un rol în influențarea adoptării, inițierii și menținerii comportamentelor sănătoase, precum și în reducerea practicilor nesănătoase. Furnizorii de servicii medicale pot integra intervențiile de autoeficacitate în educația pacienților. O metodă este de a oferi exemple de alte persoane care acționează pe un comportament de promovare a sănătății și apoi să lucreze cu pacientul pentru a-i încuraja credința în propria capacitate de a se schimba. Mai mult, când asistenții medicali au monitorizat telefonic după externare pacienții cu boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC), s-a constatat că aceste persoane au auto-eficacitate crescută în gestionarea dificultăților de respirație. În acest studiu, asistentele medicale au ajutat la consolidarea educației și au liniștit pacienții cu privire la tehnicile lor de auto-îngrijire în mediul lor de acasă.

Există studii referitoare la adoptarea unor practici de sănătate ce au evidențiat influența autoeficacității în inițierea schimbării de comportament.

Motivarea oamenilor de a face **exercitii fizice** regulate depinde de mai mulți factori. Autoeficacitatea percepută pare a fi o forță majoră în formarea intențiilor de a face exerciții, și de a menține această practică pentru o perioadă îndelungată de timp (Dzewaltowski, Noble și Shaw, 1990; Feltz și Riessinger, 1990; McAuley, 1992, 1993).

Pacienții cu artrită reumatoidă au fost motivați să se angajeze în exerciții fizice regulate datorită consolidării eficacității percepute a acestora în cadrul unui program de auto-management (Holman și Lorig, 1992). În aplicarea teoriei autoeficacității în recuperarea bolilor de inimă, pacienților care au suferit un infarct miocardic li s-a prescris un regim moderat de exerciții fizice (Ewart, 1992). Ewart a constatat că convingerile de eficacitate au prezis atât delăsarea cât și suprasolicitarea în timpul exercițiului programat. Respectarea regimurilor medicale s-a îmbunătățit după ce pacienții care suferă de boli pulmonare obstructive cronice au primit un tratament cognitiv-comportamental conceput pentru a spori încrederea în capacitățile lor.

Dieta și controlul greutății sunt comportamente de sănătate legate care pot fi, de asemenea, reglementate de convingerile de autoeficacitate. Chambliss și





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Murray (1979) a constatat ca persoanele supraponderale ce au fost mai receptive la tratament comportamental s-a datorat faptului că au avut un înalt simț al eficacității și un locus de control intern. S-a constatat că autoeficacitatea funcționează cel mai bine împreună cu modificări generale ale stilului de viață, inclusiv a exercițiilor fizice și **oferirea de suport social**.

În concluzie, autoeficacitatea percepută s-a dovedit a fi predictor pentru intențiile și acțiunile în diferite domenii de funcționare a sănătății. Intenția de a se angaja într-un anumit comportament de sănătate și comportamentul în sine, sunt pozitiv asociate cu credințele în eficacitatea personală. Convingerile de eficacitate, determină evaluarea resurselor personale în situațiile de stres și contribuie la formarea intențiilor comportamentale. Cu cât sunt mai puternice convingerile oamenilor despre eficacitate, cu atât mai mari sunt obiectivele stabilite pentru ei înșiși și mai fermă dedicarea lor de a se angaja în comportamentul dorit, chiar și în fața eșecurilor.

Scheme disfuncționale timpurii (*Jeffrey E. Young*)

Schemele cognitive sunt, în egală măsură, structuri și procese mentale, care permit oamenilor să stocheze informația perceptivă și conceptuală din mediu și să interpreteze în mod abstract evenimentele. Schemele sunt structuri mentale care organizează și simplifică cunoașterea noastră despre lume: avem scheme despre sine, despre alte persoane, despre lucruri etc. Schemele afectează modul în care observăm, interpretăm, luăm decizii și acționăm. Ele acționează ca niște filtre, accentuând sau estompând anumite percepții sau comportamente. Le utilizăm ca să clasificăm lucruri, persoane sau pentru a face predicții în legătură cu evenimente viitoare. Aceste scheme se formează în copilărie și adolescență, dar se pot forma și în perioada vieții adulte. Ele sunt perpetuate comportamental prin stilurile adaptative de menținere a schemei, de evitare a schemei sau de compensare a schemei.

Schemele disfuncționale timpurii își au originea în experiențele timpurii ale copilului, în temperamentul său și în influențele culturale. Ele sunt învățate în copilăria timpurie și sunt deosebit de rezistente și autoconservative. Aceste modele constau în gânduri și sentimente negative sau disfuncționale, care s-au repetat și s-au elaborat pe parcursul vieții și care împiedică o persoană să își îndeplinească scopurile. Dintre experiențele timpurii potențial traumatizante, menționăm: ignorarea nevoilor de bază ale copilului, victimizarea, interiorizarea





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

unor modele negative sau traumatizante, suprasatisfacerea nevoilor, supraprotecția.

Experiențele adversive/ traumatice timpurii

Când vorbim de traumă psihică, ne referim la consecințele în plan psihic ale evenimentelor și situațiilor traumatice. Trauma este rana produsă în interiorul sistemului nostru de personalitate, de la cele mai superficiale nivele, la cele mai profunde, fiind o rupere a integrității personalității (splitare, clivaj sau disociere traumatică). Consecințele acestei splitări/ disocieri traumatice pot fi extrem de dureroase și de perturbatoare, ele constituind bazele unor transformări psihologice consistente.

Gottfried Fischer și Peter Riedesser definesc trauma psihică ca fiind o experiență vitală de discrepanță între factorii situaționali amenințatori și capacitățile individuale de stăpânire, care este însoțită de sentimente de neajutorare și abandonare lipsită de apărare și care duce astfel la o prăbușire de durată a înțelegerii de sine și de lume.

Trauma psihică este „o experiență personală de splitare generată de factorii situaționali amenințatori care copleșesc posibilitățile personale de auto-reglare, provocând sentimente profunde de neputință, teamă și vulnerabilitate, care duce la o deteriorare de lungă durată a vitalității, identității și mecanismelor de auto-reglare” (Diana Vasile, 2015). Aceste mecanisme de autoreglare pot fi cele fizice, somatice ale corpului sau cele psihologice ale psihicului uman. Dintre acestea, mecanismele somatice cele mai des perturbate de experiențele traumatice (mai ales cele timpurii) sunt: mecanismele care reglează echilibrul hormonal, mecanismele aparatului cardio-respirator, mecanismele aparatului digestiv. Mecanismele psihice des perturbate de experiențele traumatice sunt: cele care reglează emoțiile, cele care reglează scopul și voința, mecanismele cognitive - cele implicate în procesarea informației din mediul intern și extern al persoanei.

Young a identificat 18 scheme disfuncționale, pe care le-a grupat în cinci categorii, pornind de la categoriile de nevoi pe care le manifestă un individ în dezvoltare. Reprezentative pentru deschiderea vârstnicilor de a primi servicii de îngrijire la domiciliu am considerat relevante următoarele scheme, grupate pe domenii:

- I. **Separare și respingere:** constă în expectanța că nu vor fi satisfăcute nevoile de securitate, siguranță, îngrijire, empatie, acceptare și respect.
- **Abandon / instabilitate (AB)** - sentimentul că cei apropiați nu vor putea să ne ofere susținerea emoțională de care avem nevoie și să ne protejeze, deoarece ei, la rândul lor, sunt instabili emoțional, nu sunt prezenți, vor muri curând sau ne vor părăsi pentru altcineva.





- **Neîncredere / abuz (NA)** - credința că, într-un final, tot vom fi înșelați, că ceilalți ne înșală, abuzează de noi, ne fac să suferim, ne umilesc sau ne mint. Acest rău creat de ceilalți este perceput ca fiind intenționat.
 - **Izolare socială / înstrăinare (SI)** - senzația de izolare față de restul lumii, că suntem diferiți de alții și că nu putem face parte dintr-un grup.
- II. **Slabă autonomie și performanță:** așteptări de a nu reuși să se separe, să supraviețuiască, să funcționeze independent sau să performeze cu succes într-un domeniu sau altul. În acest caz contextul familial este de tip fuzional, subminând încrederea în sine, supraprotectiv ceea ce va conduce la eșecul de a concura și performa competent în afara familiei.
- **Dependență / incompetență (DI)** - credința că suntem incapabili să ne îndeplinim bine responsabilitățile zilnice, fără un sprijin considerabil din partea celorlalți (a avea grijă de sine, a rezolva probleme curente, a judeca corect, a aborda noi sarcini, a lua decizii corecte. Adeseori este resimțită neajutorarea.
 - **Vulnerabilitate în fața pericolelor sau bolilor (VH)** - implică frică exagerată de potențial catastrofe iminente ce pot să ni se întâmple oricând și nu le putem preveni. Frica se focalizează pe una sau mai multe din următoarele: catastrofe medicale (atacuri de cord, SIDA, cancer etc.), catastrofe emoționale (înnebunire), catastrofe externe (lifturi care cad, atacuri criminale, catastrofe aviatice, cutremure).
- III. **Dependența de alții:** focalizarea excesivă pe satisfacerea dorințelor, nevoilor altora, în detrimentul satisfacerii propriilor dorințe și nevoi, acest lucru realizându-se pentru a câștiga dragostea și aprobarea celor din jur.
- **Sacrificiul de sine (SS)** - fixarea excesivă asupra satisfacerii voluntare a nevoilor zilnice ale celorlalți cu propriile noastre costuri. De ce? Pentru a preveni îndurerarea celorlalți, pentru a evita sentimentul de a fi egoist, pentru a menține relația cu acea persoană percepută ca fiind în nevoie.
- IV. **Hipervigilență și inhibiție:** sentimentele, impulsurile, alegerile spontane sunt împiedicate să se exprime, persoana nu-și rezervă dreptul de a fi fericită, relaxată. Sănătatea, relațiile apropiate au de suferit în urma acestui fapt.
- **Standarde nerealiste / criticism (SN)** - credința că trebuie să atingem niște standarde interiorizate foarte ridicate de comportament și performanță, cu scopul de a evita critica. Aceste standarde nerealiste pot apărea sub forma perfecționismului, atenției deosebite la detalii, regulii rigide de tipul „trebuie”, nemulțumirii că s-ar fi putut realiza mai multe.
 - **Negativism / pesimism (NP)** - aspectele negative ale vieții sunt exagerat conturate, subliniate, scoase la iveală, maximizate (durere, moarte, pierdere, dezamăgiri, conflicte, vină, resentimente, probleme nerezolvate,





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

greșeli potențiale, trădări etc.), în timp ce evenimentele pozitive, optimiste sunt minimalizate.

Extraversiunea

Personalitatea ar putea fi definită ca o identificare a variabilelor care permit descrierea diferențelor individuale. Ea a fost concepută ca un ansamblu de trăsături sau dimensiuni fundamentale care permit caracterizarea individului. Astfel, în opinia lui Cattell, personalitatea permite de a prezice ce va face individul într-o situație dată. Pentru Eysenck, personalitatea este o organizare relativ stabilă de dispoziții motivaționale ale individului care survin din interacțiunea dintre pulsunile biologice și anturajul social și fizic. În opinia autorului, termenul „personalitate” se referă, de regulă, la trăsături afective și conative, la sentimente, atitudini, complexe și mecanisme inconștiente, la interese și idealuri care determină comportamentul și gândirea caracteristică omului. Astfel, personalitatea este stabilă, componentele sale interacționează, fiind rezultatul factorilor ereditari și ai mediului. După Aiken, o definiție a personalității trebuie să cuprindă variabile afective, cognitive și comportamentale care diferențiază indivizii.

În Big Five, extroversiunea este una dintre cele cinci caracteristici principale ale personalității. Persoanele cu un grad ridicat de extraversiune tind să caute în mod constant stimularea și sprijinul social, precum și posibilitatea de a interacționa cu alte persoane. Acești oameni sunt deseori percepuți ca fiind plini de viață, de energie și pozitivi. În situații de grup, extrovertii au tendința de a vorbi mult, contribuind la auto-afirmare. Persoanele cu un grad scăzut de extraversiune se numesc introverte. Dimpotrivă, ei sunt liniștiți, restrânși și implicați mai puțin activ în situații sociale. Este important de observat că introversiunea și timiditatea nu sunt același lucru. Persoanele introvertite nu se tem de situațiile sociale, ci preferă să-și petreacă mai mult timp singuri, nu au nevoie de stimulare socială la fel de mult ca persoanele extroverte.

Extraversiunea evaluează sociabilitatea și afectele pozitive, activismul și faptul de a fi sigur de sine. Cele 6 fațete ale acestei dimensiuni sunt: sociabilitatea, activismul, asertivitatea, căldura sufletească, căutarea senzațiilor și emoțiile pozitive.

Extraversiunea este caracterizată de excitabilitate, sociabilitate, vorbire, asertivitate și cantități mari de expresivitate emoțională. Persoanele care au un nivel înalt de extraversiune se bucură când sunt în centrul atenției, inițiază





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

conversații, sunt vorbărețe, au un cerc larg de prieteni și cunoștințe și tind să câștige energie în situații sociale.

Persoanele care au un nivel scăzut de extraversiune (sunt introvertite) tind să fie mai rezervate, vorbesc mai puțin, le este mai greu să inițieze conversații, preferă singurătatea și tind să se simtă epuizate când trebuie să socializeze mult.



ASOCIAȚIA SF. DAMIAN
Îngrijire Vârstnici



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Partea a II-a



ASOCIAȚIA SF. DAMIAN
Îngrijire Vârstnici



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020



ASOCIAȚIA SF. DAMIAN
Îngrijire Vârstnici



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

CERCETAREA „ROLUL COGNIȚIILOR ȘI FACTORILOR DE PERSONALITATE CARE INFLUENȚEAZĂ GRADUL DE DESCHIDERE AL VÂRSTNICILOR FAȚĂ DE SERVICIILE SOCIALE LA DOMICILIU”

Obiectivul și justificarea utilității studiului

Studiul își propune să investigheze și să înțeleagă rolul pe care cognițiile și factorii de personalitate îl au în determinarea gradului de deschidere al vârstnicilor față de serviciile de asistență și îngrijire la domiciliu.

Acest studiu urmărește să vină în sprijinul specialiștilor care oferă servicii de asistență și îngrijire la domiciliu și care se pot confrunta uneori cu diverse dificultăți cum ar fi reticența vârstnicilor de a-i primi în casă și de a oferi informații, atitudinile negative ale acestora față de persoanele care oferă îngrijire și asistență.

Reticența sau chiar rezistența pot fi justificate de starea de vulnerabilitate și neputință a vârstnicilor care se tem pentru securitatea lor, dar se pot explica și prin stări depresive și/ sau anxioase, pe care mulți vârstnici le traversează, de aceea este important să cunoaștem aspecte care țin de personalitatea și starea dispozițională a vârstnicilor.

Ipotezele studiului

Ipoteza 1: Există o corelație pozitivă între nivelul de extraversiune și gradul de deschidere față serviciile de asistență și îngrijire la domiciliu. Cu atât nivelul de Extraversiune este mai ridicat, cu atât subiecții sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu.



ASOCIAȚIA SF. DAMIAN
Îngrijire Vârstnici



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Ipoteza 2: Există o corelație pozitivă între gradul de activare al schemelor cognitive de Abandon, Incompetență practică / Dependență, Vulnerabilitate la traumă sau boală și gradul de deschidere față serviciile de asistență și îngrijire la domiciliu. Cu cât schemele cognitive de Abandon, Incompetență practică / Dependență, Vulnerabilitate la traumă sau boală sunt mai active, cu atât subiecții sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu.

Ipoteza 3: Există o corelație negativă între gradul de activare al schemelor cognitive de Neîncredere, Izolare socială / Grad de alienare, Autosacrificiu / Sacrificiu de sine, Standarde nerealiste/ inflexibile, Pesimism / Nivel de îngrijorare și gradul de deschidere față serviciile de asistență și îngrijire la domiciliu. Cu cât schemele cognitive de Neîncredere, Izolare socială / Grad de alienare, Autosacrificiu / Sacrificiu de sine, Standarde nerealiste/ inflexibile, Pesimism / Nivel de îngrijorare sunt mai active, cu atât subiecții sunt mai puțin deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu.

Ipoteza 4: Există o corelație negativă între nivelul de Autoeficiență și gradul de deschidere față serviciile de asistență și îngrijire la domiciliu. Cu atât sentimentul de Autoeficiență personală este mai ridicat, cu atât subiecții sunt mai puțin deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu.

Ipoteza 5: Există o corelație pozitivă între modalitatea de coping Căutarea suportului social și gradul de deschidere față serviciile de asistență și îngrijire la domiciliu. Cu cât subiecții folosesc mai mult ca modalitate de coping Căutarea suportului social, cu atât sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu.

Ipoteza 6: Există o corelație negativă între nivelul de Anxietate și gradul de deschidere față serviciile de asistență și îngrijire la domiciliu. Cu atât nivelul de Anxietate este mai ridicat, cu atât subiecții sunt mai puțin deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu.

Ipoteza 7: Există o corelație negativă între numărul de experiențe adverse/ traumatiche timpurii și gradul de deschidere față serviciile de asistență și îngrijire la domiciliu. Cu cât numărul de experiențe adverse/ traumatiche timpurii prin care a trecut persoana este mai ridicat, cu atât subiecții sunt mai puțin deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu.

Ipoteza 8: Femeile au un nivel de anxietate mai crescut decât bărbații.

Ipoteza 9: Femeile au schema Autosacrificiu / Sacrificiu de sine mai activă decât bărbații.





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Subiecții

Grupul țintă: 71 de persoane vârstnice, cu vârsta egală sau peste 65 de ani, imobilizate la pat sau la domiciliu, sau cu multiple afecțiuni care le afectează calitatea vieții.

Distribuția pe sexe a fost: 19 bărbați (26,8%) și 52 de femei (73,2%).

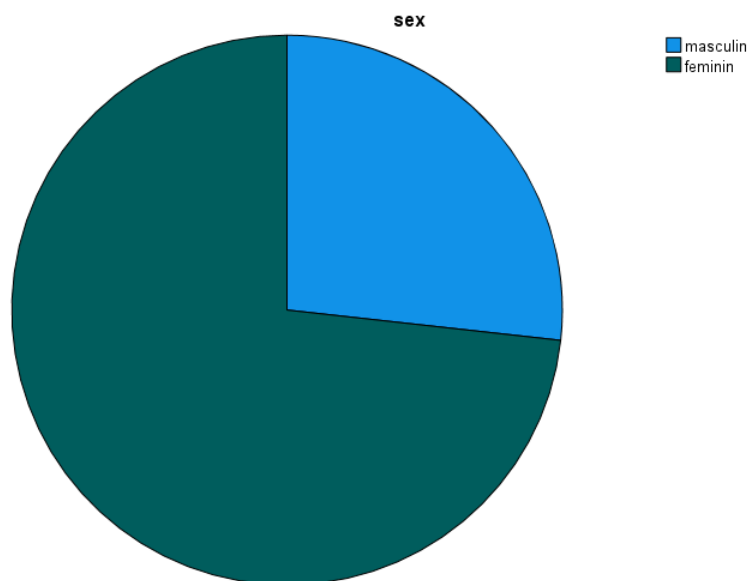


Fig. 1. Distribuția subiecților pe sexe.

În ceea ce privește vârsta subiecților, aceștia au între 65 și 89 de ani, cu o medie de 74,92 și o deviație standard de 7,61. Distribuția subiecților în funcție de vârstă arată astfel :

Tabel I. Vârsta subiecților.

	Valid	Frequen y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	65	7	9,9	9,9	9,9
	66	7	9,9	9,9	19,7
	67	4	5,6	5,6	25,4
	68	1	1,4	1,4	26,8
	70	6	8,5	8,5	35,2
	71	6	8,5	8,5	43,7
	72	2	2,8	2,8	46,5





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
73	2	2,8	2,8	49,3
74	1	1,4	1,4	50,7
75	4	5,6	5,6	56,3
77	4	5,6	5,6	62,0
78	4	5,6	5,6	67,6
79	2	2,8	2,8	70,4
80	3	4,2	4,2	74,6
81	1	1,4	1,4	76,1
83	3	4,2	4,2	80,3
84	3	4,2	4,2	84,5
85	3	4,2	4,2	88,7
86	1	1,4	1,4	90,1
87	3	4,2	4,2	94,4
88	2	2,8	2,8	97,2
89	2	2,8	2,8	100,0
Total	71	100,0	100,0	

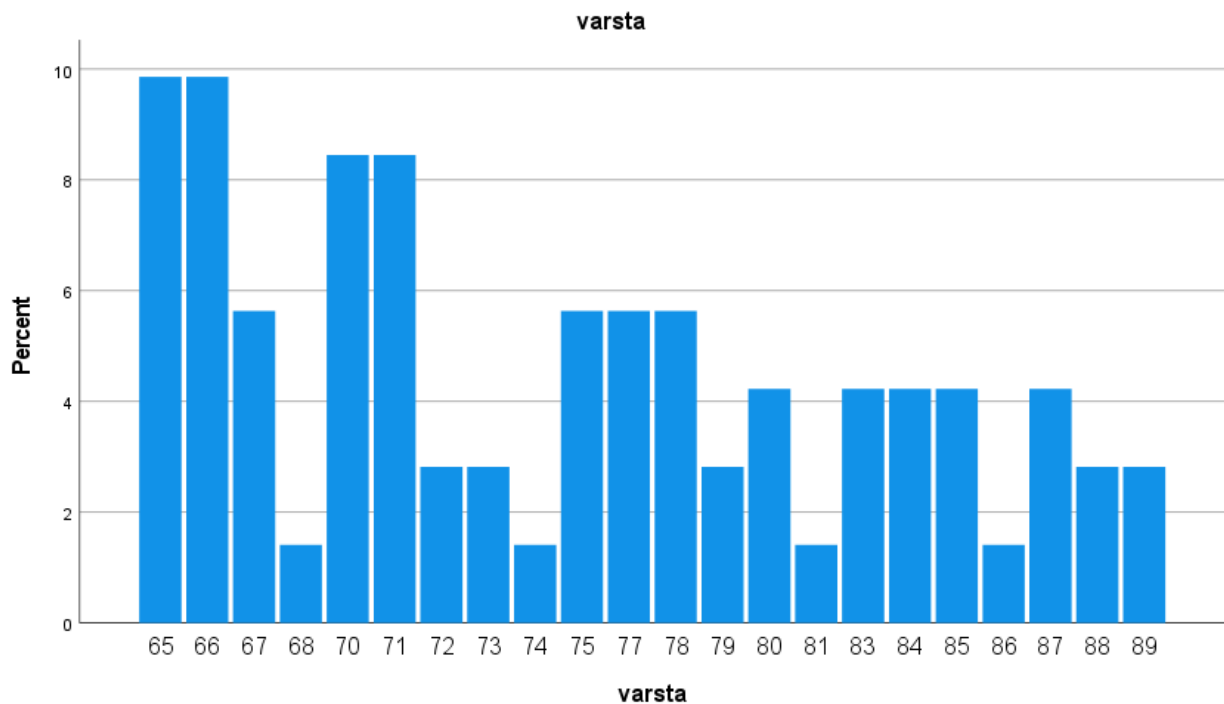


Fig.2. Distribuția subiecților în funcție de vârstă.





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

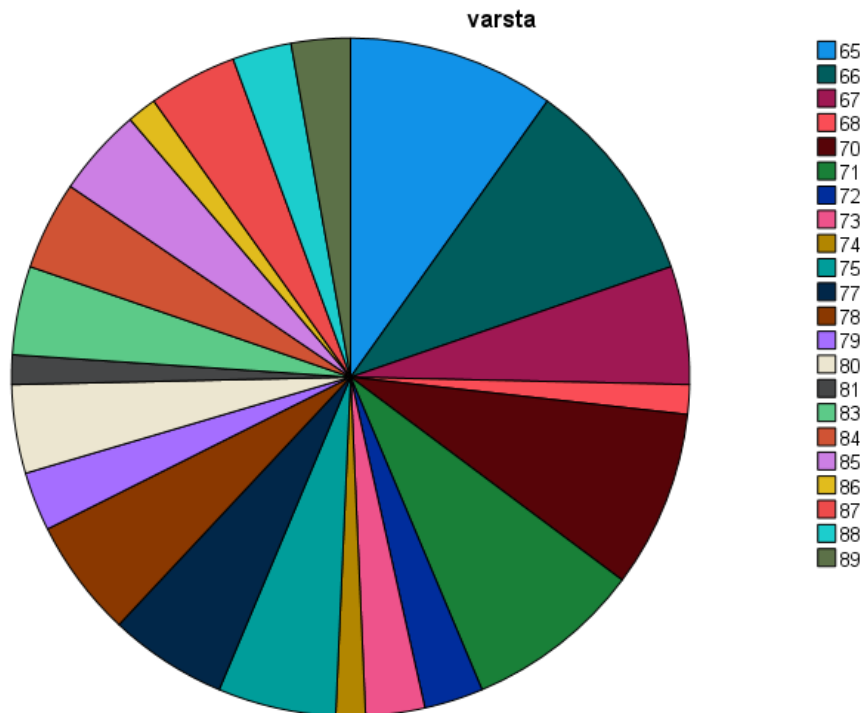


Fig.3. Distribuția subiecților în funcție de vârstă.

Instrumentele aplicate

- Scala de **Extraversiune-introversiune** din Chestionarul de personalitate **Big-Five**
- Chestionar **YSQ** (Jeffrey Young - Scheme cognitive) - selectate doar scalele care măsoară schemele de Abandon, Neîncredere, Izolare socială / Grad de alienare, Incompetență practică / Dependență, Vulnerabilitate la traumă sau boală, Autosacrificiu / Sacrificiu de sine, Standarde nerealiste/ inflexibile, Pesimism / Nivel de îngrijorare
- Chestionar **Autoeficiență** (construit)
- Scala **Căutarea suportului social** din Chestionarul **SACS** (Scala de abordare strategică a coping-ului)
- Scale care măsoară **Anxietatea** - din Chestionarul **ZKPQ**
- **ACE** - Chestionar care măsoară Experiențele adverse/ traumatice timpurii



ASOCIAȚIA SF. DAMIAN
Îngrijire Vârstnici



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

- Chestionar construit care să măsoare **Gradul de deschidere** al vârstnicilor față serviciile de asistență și îngrijire

Variabilele măsurate

- Gradul de de deschidere al vârstnicilor față serviciile de asistență și îngrijire la domiciliu
- Extraversiune / introversiune
- Schemele cognitive: Abandon, Neîncredere, Izolare socială / Grad de alienare, Incompetență practică / Dependență, Vulnerabilitate la traumă sau boală, Autosacrificiu / Sacrificiu de sine, Standarde nerealiste/ inflexibile, Pesimism / Nivel de îngrijorare
- Auto-eficiența
- Copingul - Căutarea suportului social
- Anxietatea
- Experiențele adverse/ traumatice timpurii

Prelucrarea statistică a datelor și interpretarea statistică și psihologică a rezultatelor

În analiza statistică a datelor s-a utilizat SPSS 28.0. Procedeele statistice folosite au fost următoarele:

- Coeficientul de corelație Pearson, pentru verificarea relației dintre variabile
- Testul T pentru eșantioane independente (Independent T Test) pentru Analizele adiacente

Validitatea instrumentelor folosite

Pentru verificarea validității chestionarelor aplicate s-a calculat coeficientul alpha-Cronbach pentru fiecare chestionar. Nu a fost necesară eliminarea niciunui





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

item, coeficienții alpha-Cronbach fiind următorii pentru chestionarele care măsurau:

- ✓ Gradul de deschidere spre a primi servicii de îngrijire la domiciliu, $\alpha = 0,82 > 0,70$
- ✓ Extraversiune / introversiune, $\alpha = 0,96 > 0,70$
- ✓ Abandon, $\alpha = 0,96 > 0,70$
- ✓ Neîncredere, $\alpha = 0,94 > 0,70$
- ✓ Izolare socială / Grad de alienare, $\alpha = 0,92 > 0,70$
- ✓ Dependență / Incompetență practică, $\alpha = 0,93 > 0,70$
- ✓ Vulnerabilitate la traumă sau boală, $\alpha = 0,82 > 0,70$
- ✓ Autosacrificiu / Sacrificiu de sine, $\alpha = 0,96 > 0,70$
- ✓ Standarde nerealiste/ inflexibile, $\alpha = 0,89 > 0,70$
- ✓ Pesimism / Nivel de îngrijorare, $\alpha = 0,87 > 0,70$
- ✓ Autoeficiență, $\alpha = 0,93 > 0,70$
- ✓ Căutare suport social, $\alpha = 0,87 > 0,70$
- ✓ Anxietate, $\alpha = 0,77 > 0,70$

Rezultatele obținute.

Relația între gradul de deschidere spre a primi servicii de îngrijire la domiciliu și celelalte variabile.

S-a utilizat coeficientul de corelație Pearson, pentru verificarea relației dintre **gradul de deschidere al subiecților spre a primi servicii de îngrijire la domiciliu** și celelalte variabile măsurate.

S-au obținut corelații semnificative statistic cu următoarele variabile:

- Izolare socială - corelație negativă, $p = 0,014 < 0,05$; cu atât schema cognitivă de Izolare socială este mai activă, cu atât subiecții sunt mai puțin deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu.
- Dependență / Incompetență practică - corelație pozitivă, $p = 0,001 < 0,05$; cu atât schema cognitivă de Dependență / Incompetență practică este mai activă, cu atât subiecții sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu.
- Vulnerabilitate la traumă sau boală - corelație pozitivă, $p = 0,041 < 0,05$; cu atât schema cognitivă de Vulnerabilitate la traumă sau boală este mai activă, cu atât subiecții sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu.





- Autoeficiență - corelație negativă, $p = 0,005 < 0,05$; cu atât sentimentul de Autoeficiență personală este mai ridicat, cu atât subiecții sunt mai puțin deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu.
- Căutarea suportului social - corelație pozitivă, $p = 0,001 < 0,05$; cu cât subiecții folosesc mai mult ca modalitate de coping Căutarea suportului social, cu atât sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu.

S-au verificat și relațiile dintre fiecare item al chestionarului care măsoară gradul de Deschidere spre a primi servicii de îngrijire la domiciliu (care se referă la câte un tip de serviciu oferit) și celelalte variabile măsurate.

Ajutor pentru asigurarea igienei, hrănirii personale și deplasare - S-au obținut corelații semnificative statistic cu următoarele variabile:

- Abandon - corelație pozitivă, $p = 0,031 < 0,05$; cu cât schema cognitivă de Abandon este mai activă, cu atât subiecții sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip ajutor pentru asigurarea igienei, hrănirii personale și deplasare.
- Dependență / Incompetență practică - corelație pozitivă, $p = 0,008 < 0,05$; cu cât schema cognitivă de Dependență / Incompetență practică este mai activă, cu atât subiecții sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip ajutor pentru asigurarea igienei, hrănirii personale și deplasare.
- Autoeficiență - corelație negativă, $p = 0,019 < 0,05$; cu cât sentimentul de Autoeficiență personală este mai ridicat, cu atât subiecții sunt mai puțin deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip ajutor pentru asigurarea igienei, hrănirii personale și deplasare.
- Căutarea suportului social - corelație pozitivă, $p = 0,002 < 0,05$; cu cât subiecții folosesc mai mult ca modalitate de coping Căutarea suportului social, cu atât sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip ajutor pentru asigurarea igienei, hrănirii personale și deplasare.

Prepararea hranei, cumpărături, curățenie - S-au obținut corelații semnificative statistic cu următoarele variabile:

- Abandon - corelație pozitivă, $p = 0,016 < 0,05$; cu cât schema cognitivă de Abandon este mai activă, cu atât subiecții sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip prepararea hranei, cumpărături, curățenie.
- Dependență / Incompetență practică - corelație pozitivă, $p = 0,001 < 0,05$; cu cât schema cognitivă de Dependență / Incompetență practică este mai activă, cu atât subiecții sunt mai deschiși să primească servicii





de îngrijire la domiciliu de tip prepararea hranei, cumpărături, curățenie.

- Căutarea suportului social - corelație pozitivă, $p = 0,001 < 0,05$; cu cât subiecții folosesc mai mult Căutarea suportului social ca modalitate de coping, cu atât sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip prepararea hranei, cumpărături, curățenie.

Îngrijiri medicale - S-au obținut corelații semnificative statistic cu următoarele variabile:

- Vulnerabilitate la traumă sau boală - corelație pozitivă, $p = 0,039 < 0,05$; cu cât schema cognitivă de Vulnerabilitate la traumă sau boală este mai activă, cu atât subiecții sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip îngrijiri medicale.
- Autoeficiență - corelație negativă, $p = 0,004 < 0,05$; cu cât sentimentul de Autoeficiență personală este mai ridicat, cu atât subiecții sunt mai puțin deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip îngrijiri medicale.
- Căutarea suportului social - corelație pozitivă, $p = 0,001 < 0,05$; cu cât subiecții folosesc mai mult ca modalitate de coping Căutarea suportului social, cu atât sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip îngrijiri medicale.

Gimnastică medicală, masaj - S-au obținut corelații semnificative statistic cu următoarele variabile:

- Extraversiune - corelație pozitivă, $p = 0,001 < 0,05$; cu cât nivelul de Extraversiune este mai ridicat, cu atât subiecții sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip gimnastică medicală, masaj.
- Dependență / Incompetență practică - corelație pozitivă, $p = 0,048 < 0,05$; cu cât schema cognitivă de Dependență / Incompetență practică este mai activă, cu atât subiecții sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip gimnastică medicală, masaj.
- Standarde nerealiste/ inflexibile - corelație pozitivă, $p = 0,049 < 0,05$; cu cât schema cognitivă de Standarde nerealiste/ inflexibile este mai activă, cu atât subiecții sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip gimnastică medicală, masaj.
- Căutarea suportului social - corelație pozitivă, $p = 0,001 < 0,05$; cu cât subiecții folosesc mai mult ca modalitate de coping Căutarea suportului social, cu atât sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip gimnastică medicală, masaj.

Consiliere și susținere psihologică - S-au obținut corelații semnificative statistic cu următoarele variabile:





- Dependență / Incompetență practică - corelație pozitivă, $p = 0,043 < 0,05$; cu cât schema cognitivă de Dependență / Incompetență practică este mai activă, cu atât subiecții sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip consiliere și susținere psihologică.
- Vulnerabilitate la traumă sau boală - corelație pozitivă, $p = 0,043 < 0,05$; cu cât schema cognitivă de Vulnerabilitate la traumă sau boală este mai activă, cu atât subiecții sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip consiliere și susținere psihologică.
- Autoeficiență - corelație negativă, $p = 0,012 < 0,05$; cu cât sentimentul de Autoeficiență personală este mai ridicat, cu atât subiecții sunt mai puțin deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip consiliere și susținere psihologică.
- Căutarea suportului social - corelație pozitivă, $p = 0,001 < 0,05$; cu cât subiecții folosesc mai mult ca modalitate de coping Căutarea suportului social, cu atât sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip consiliere și susținere psihologică.
- Extraversiune - corelație aproape semnificativă statistic, pozitivă, $p = 0,051$; cu cât nivelul de Extraversiune este mai ridicat, cu atât subiecții sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip consiliere și susținere psihologică.

Servicii religioase (spovedit, împărtășit) - S-au obținut corelații semnificative statistic cu următoarele variabile:

- Dependență / Incompetență practică - corelație pozitivă, $p = 0,001 < 0,05$; cu cât schema cognitivă de Dependență / Incompetență practică este mai activă, cu atât subiecții sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip servicii religioase (spovedit, împărtășit).
- Căutarea suportului social - corelație aproape semnificativă statistic, pozitivă, $p = 0,052$; cu cât subiecții folosesc mai mult ca modalitate de coping Căutarea suportului social, cu atât sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip servicii religioase (spovedit, împărtășit).

Diferențe între bărbați și femei

S-a utilizat Testul T pentru eșantioane independente (**Independent T Test**) pentru a compara **bărbații** cu **femeile** din punct de vedere al variabilelor măsurate.





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

S-au obținut diferențe semnificative statistic între bărbați și femei pentru dimensiunile: Anxietate ($p = 0,019 < 0,05$), Autosacrificiu / Sacrificiu de sine ($p = 0,002 < 0,05$) și pentru itemii 2 ($p = 0,019 < 0,05$) și 3 ($p = 0,027 < 0,05$) din cadrul chestionarului care măsoară gradul de Deschidere spre a primi servicii de îngrijire la domiciliu, astfel :

- nivelul de anxietate al bărbaților (media = 0,25) este mai scăzut decât nivelul de anxietate al femeilor (media = 0,39).

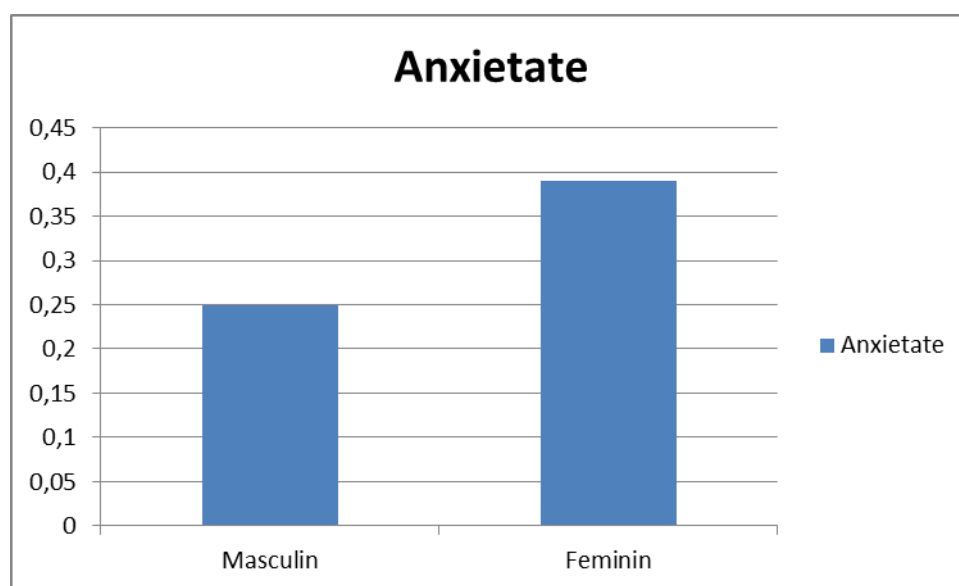


Fig. 4. Nivelul de anxietate - diferențe între bărbați și femei.

- nivelul de Autosacrificiu / Sacrificiu de sine al bărbaților (media = 2,27) este mai scăzut decât nivelul de Autosacrificiu / Sacrificiu de sine al femeilor (media = 3,59)



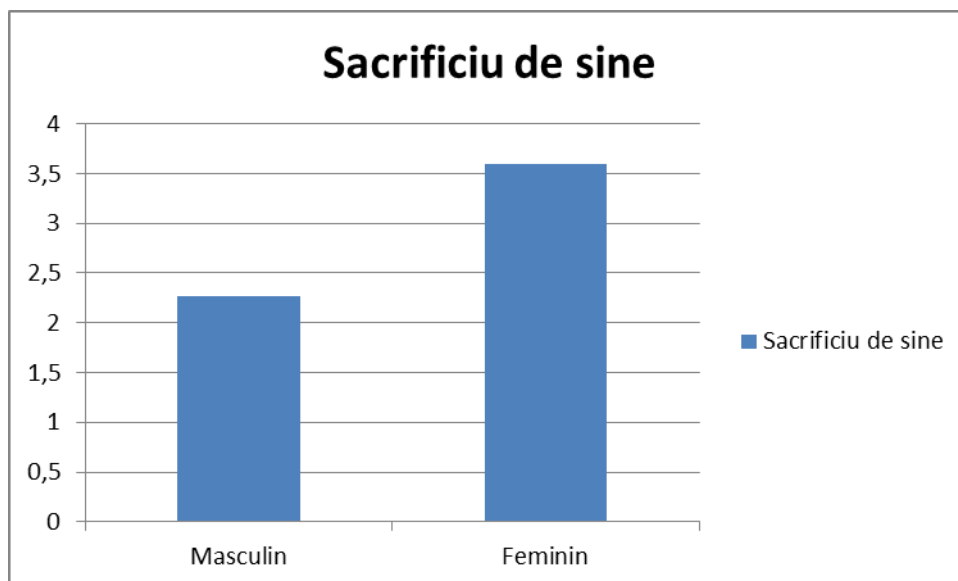


Fig. 5. Nivelul de Sacrificiu de sine - diferențe între bărbați și femei.

- gradul de deschidere al bărbaților (media = 3,58) de a primi ajutor pentru asigurarea igienei, hrănirii personale și deplasare este mai ridicat decât gradul de deschidere al femeilor (media = 2,56) de a primi ajutor în această privință.

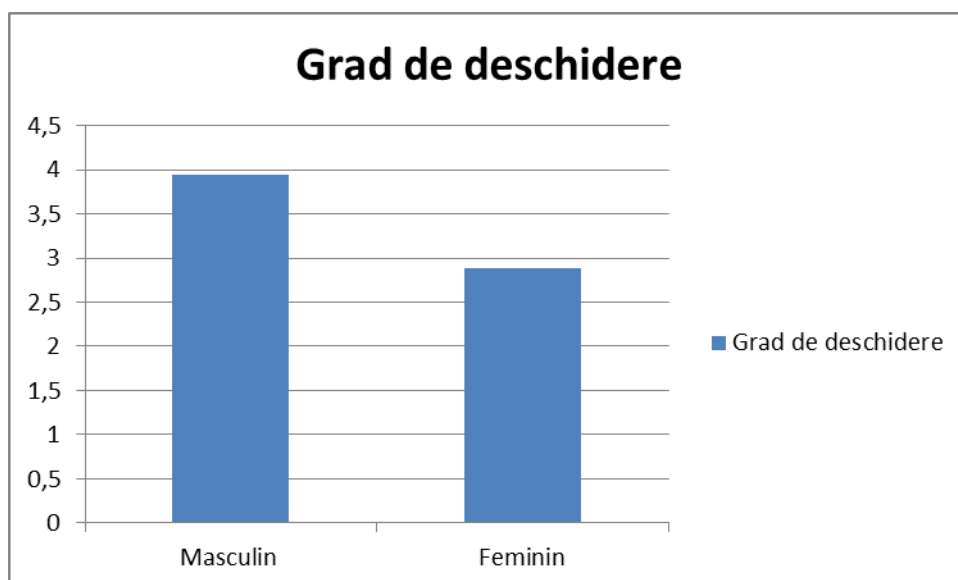


Fig. 6. Gradul de deschidere de a primi ajutor pentru asigurarea igienei, hrănirii personale și deplasare - diferențe între bărbați și femei.





- gradul de deschidere al bărbaților (media = 3,95) de a primi ajutor pentru prepararea hranei, cumpărături, curățenie este mai ridicat decât gradul de deschidere al femeilor (media = 2,88) de a primi ajutor în această privință.

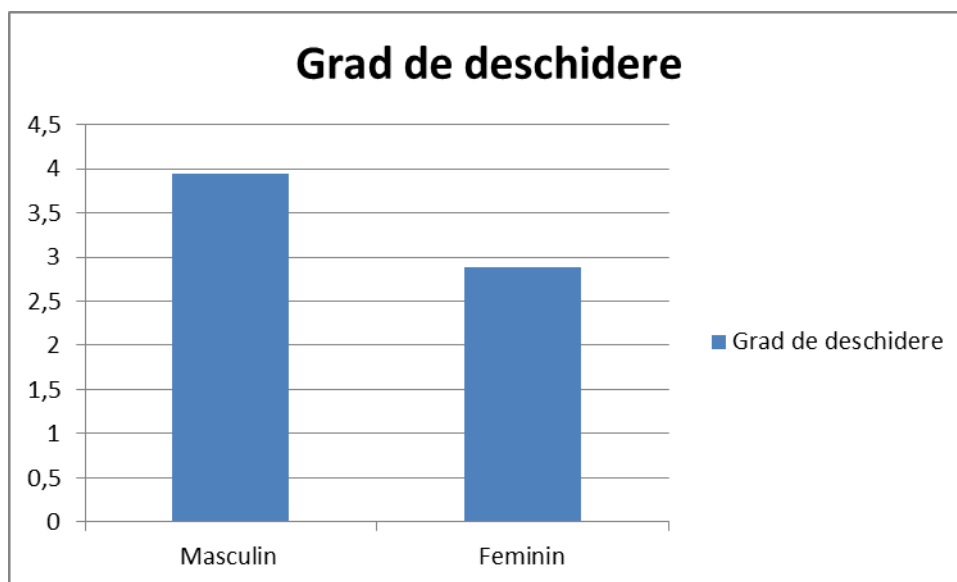


Fig. 7. Gradul de deschidere de a primi ajutor pentru prepararea hranei, cumpărături, curățenie - diferențe între bărbați și femei.

Diferențe între subiecți în funcție de vârstă

S-a utilizat coeficientul de corelație Pearson, pentru verificarea relației dintre vârsta subiecților și celelalte variabile. Am obținut corelații semnificative statistic între vârstă și următoarele variabile:

- Extraversiune - corelație negativă, $p = 0,006 < 0,05$; cu cât crește vârsta, cu atât scade gradul de Extraversiune.
- Abandon - corelație negativă, $p = 0,019 < 0,05$; cu cât crește vârsta, cu atât schema cognitivă de Abandon este mai puțin activă.
- Neîncredere - corelație negativă, $p = 0,001 < 0,05$; cu cât crește vârsta, cu atât schema cognitivă de Neîncredere este mai puțin activă.
- Izolare socială - corelație pozitivă, $p = 0,015 < 0,05$; cu cât crește vârsta, cu atât schema cognitivă de Izolare socială este activă.
- Itemul 7 din cadrul chestionarului care măsoară gradul de Deschidere spre a primi servicii de îngrijire la domiciliu - corelație pozitivă, $p =$





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

$0,018 < 0,05$; cu cât crește vârsta, cu atât crește gradul de Deschidere al subiecților spre a primi servicii religioase la domiciliu.

Rezultate adiacente

Vârstnicii sunt mai deschiși să primească **servicii de îngrijire la domiciliu** precum îngrijiri medicale (media = 5,34), de kinetoterapie/ masaj (media = 4,66), consiliere psihologică (media = 5,46) și spirituală (media = 4,04), decât ajutor pentru asigurarea igienei și hrănirii personale, deplasare (media = 2,83), curățenie, cumpărături și prepararea hranei (media = 3,17).

Am obținut corelație semnificativă statistic ($p = 0,035 < 0,05$) între **ACE (numărul de experiențe adverse / traumatice timpurii)** și gradul în care este activă schema **Vulnerabilitate la traumă sau boală**.

Rezultatele studiului și interpretarea lor. Concluziile studiului.

Ipoteza 1 s-a confirmat parțial, persoanele extravertite sunt mai deschise decât persoanele introvertite să primească servicii de gimnastică medicală, masaj, consiliere și susținere psihologică la domiciliu, deoarece aceste servicii presupune un grad mai ridicat de comunicare, în timp ce pentru celelalte tipuri de servicii nu există diferențe din punct de vedere al deschiderii între vârstnicii extraverți și cei introverți.

Ipoteza 2, privind schemele cognitive disfuncționale, s-a confirmat parțial. Astfel:

- cu cât schema cognitivă de Abandon este mai activă, cu atât subiecții sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip ajutor pentru asigurarea igienei, hrănirii personale și deplasare și de tip prepararea hranei, cumpărături, curățenie, deci servicii care se adresează nevoilor de bază. Persoanele care au sentimentul că cei apropiați nu vor să le satisfacă nevoile de îngrijire, siguranță, nu vor să îi susțină, nu sunt prezenți din motive obiective sau subiective, i-au părăsit, sunt mai deschiși să primească ajutor de la persoane specializate pentru îndeplinirea nevoilor de bază.





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

- cu cât schema cognitivă de Dependență / Incompetență practică este mai activă (vârstnicii se percep ca fiind neputincioși și incapabili să se descurce singuri), cu atât subiecții sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu, în special de tip ajutor pentru asigurarea igienei, hrănirii personale și deplasare, prepararea hranei, cumpărături, curățenie, gimnastică medicală, masaj, consiliere și susținere psihologică, servicii religioase (spovedit, împărtășit). Vârstnicii care se simt neajutorați, cred că nu își pot îndeplini singuri îndatoririle zilnice (a avea grijă de sine, a rezolva problemele curente, a judeca corect, a aborda noi sarcini, a lua decizii corecte, a se autoîncura), fără un sprijin din partea celorlalți, sunt mai deschiși să primească ajutor/ sprijin specializat printr-o paletă largă de servicii. Doar în privința îngrijirilor medicale nu există diferențe în funcție de această schemă cognitivă de Dependență / Incompetență practică, toți vârstnicii fiind doritori să primească astfel de servicii medicale, considerându-le binevenite chiar și de cei care nu se percep pe sine ca fiind neputincioși.
- cu cât schema de Vulnerabilitate la traumă sau boală este mai activă, cu atât subiecții sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu, în special de tip consiliere și susținere psihologică. Vârstnicii care se tem în mod exagerat că li se pot întâmpla lucruri negative pe diverse planuri (medical, emoțional, catastrofe naturale) sunt mai deschiși să fie ajutați/ sprijiniți, în special prin consiliere psihologică care are efect de liniștire a anxietății și de securizare.

Ipoteza 3, privind schemele cognitive disfuncționale, nu s-a confirmat. Cu cât schema cognitivă de Standarde nerealistice/ inflexibile este mai activă, cu atât subiecții sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu de tip gimnastică medicală, masaj. Vârstnicii cu standarde înalte, perfecționiști sunt și mai atenți la detalii și probabil că au standarde ridicate și cu privire la propria sănătate și observă disfuncțiile și durerile care apar la nivelul aparatului locomotor, setându-și obiectivul de a remedia aceste probleme, astfel încât să poată fi performanți în realizarea activităților zilnice. În ceea ce privește schemele cognitive de Neîncredere, Izolare socială / Grad de alienare, Autosacrificiu / Sacrificiu de sine, Standarde nerealistice/ inflexibile (pentru celelalte servicii decât masaj, kinetoterapie), Pesimism / Nivel de îngrijorare, vârstnicii sunt la fel de deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu, indiferent dacă aceste scheme cognitive sunt active sau nu.

Ipoteza 4 s-a confirmat, cu atât sentimentul de Autoeficiență personală este mai ridicat, cu atât subiecții sunt mai puțin deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu, iar acest lucru este valabil pentru următoarele servicii: asigurarea igienei, hrănirii personale și deplasare, îngrijiri medicale, consiliere și





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

susținere psihologică. Persoanele care au credința că se descurcă singure să își asigure îndeplinirea nevoilor de bază și au abilitățile necesare pentru a face față în mod eficient situațiilor problematice și a-și atinge scopurile tind să refuze ajutorul celorlalți. În privința serviciilor de kinetoterapie și masaj nu apare această reacție deoarece e un domeniu în care vârstnicii nu au competențe și masajul e mai dificil să și-l autoadministreze. De asemenea, a fi spovedit și împărtășit presupune în mod absolut necesar prezența altei persoane investită în acest sens.

Ipoteza 5 s-a confirmat, cu cât subiecții folosesc mai mult ca modalitate de coping Căutarea suportului social, cu atât sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu și acest lucru este valabil pentru toate tipurile de servicii de îngrijire la domiciliu. Așa cum era de așteptat, persoanele care sunt obișnuite să se adapteze și să își rezolve problemele cu ajutorul celorlalți sunt mai deschise să primească ajutor/ sprijin și de la persoane specializate.

Ipoteza 6 nu s-a confirmat, nu există o corelație semnificativă statistic între nivelul de Anxietate și gradul în care vârstnicii sunt deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu.

Ipoteza 7 nu s-a confirmat, nu există o corelație semnificativă statistic între numărul de experiențe adverse/ traumatice trăite în copilărie și gradul în care vârstnicii sunt deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu. Indiferent dacă vârstnicii au trăit sau nu experiențe traumatice în copilărie, aceștia sunt la fel de deschiși să fie ajutați/ sprijiniți.

Ipoteza 8 s-a confirmat nivelul de anxietate al bărbaților este mai scăzut decât nivelul de anxietate al femeilor. Acest rezultat întărește concluziile altor studii care arată că femeile sunt mai susceptibile să treacă printr-un episod de anxietate, ceea ce poate fi explicat de fluctuațiile hormonale, de nivelul de stres datorat faptului că multe femei sunt supraîncărcate cu diverse sarcini/ responsabilități zilnice (familiale, profesionale), trebuie să se ocupe de mai multe tipuri de activități decât bărbații ceea ce le crește nivelul de anxietate. Fetele și băieții sunt crescuți în mod diferit, astfel băieții sunt învățați să fie puternici, să rezolve probleme și să fie mai independenți.

Ipoteza 9 s-a confirmat nivelul de Autosacrificiu / Sacrificiu de sine al bărbaților este mai scăzut decât nivelul de Autosacrificiu / Sacrificiu de sine al femeilor, acest lucru putând fi explicat de faptul că fetele învață avându-le ca model pe propriile mame să fie grijulii cu cei apropiați, să își sacrifice propriile nevoi și dorințe pentru a avea grijă de celelalte persoane din familie: copii, soț, părinții proprii sau ai soțului ajunși la o vârstă înaintată.

Analizele suplimentare ale datelor au arătat că:

Vârstnicii, în general, sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu precum îngrijiri medicale, de kinetoterapie/ masaj, consiliere





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

psihologică și spirituală decât ajutor pentru asigurarea igienei și hrănirii personale, deplasare, curățenie, cumpărături și prepararea hranei. Pentru acest rezultat pot exista două explicații: fie deocamdată gradul de dependență funcțională al vârstnicilor nu este atât de ridicat și pot realiza ei înșiși aceste activități de autoîngrijire, fie acestea pot fi realizate de membri ai familiei care oferă sprijin vârstnicilor, nefiind obligatorie prezența unor specialiști, a unor persoane calificate.

Cu cât crește vârsta, cu atât crește gradul de Deschidere al subiecților spre a primi servicii religioase la domiciliu, ceea ce dovedește creșterea interesului vârstnicilor pentru a se ocupa de « suflet », de viața săpirituală odată cu apropierea sfârșitului vieții, dar și faptul că se accentuează dificultățile de deplasare și vârstnicii nu mai reușesc să se deplaseze la biserică, de aceea le este de ajutor ca preotul să vină la domiciliul lor să îi spovedească și să îi împărtășească.

Totuși, există diferențe semnificative statistic între bărbați și femei în ceea ce privește deschiderea față de anumite servicii de îngrijire la domiciliu. Astfel bărbații sunt mai deschiși să primească servicii de îngrijire la domiciliu care se adresează nevoilor de bază, precum asigurarea igienei, hrănire personală, deplasare, prepararea hranei, cumpărături, curățenie, iar acest lucru poate fi explicat prin prisma faptului că încă de la vârste mici fetele își dezvoltă abilitatea de a se ocupa de activitățile casnice, existând din punct de vedere cultural așteptarea ca aceste activități să fie realizați de către femei, iar bărbații să fie mai mult implicați în activități profesionale și activități dinafara mediului casnic.

Cu cât crește vârsta, cu atât scade gradul de extraversiune, persoanele devin mai introvertite, mai orietate spre sine și spre viața interioară și mai puțin deschise spre ceilalți, probabil și datorită faptului că odată cu vârsta scade numărul interacțiunilor sociale, acest lucru fiind favorizat de pensionare, instalarea neputinței, decesul partenerilor sau al prietenilor și cunoștințelor de vârstă apropiată. De aceea, apare ca firească o accentare a schemei cognitive de Izolare socială odată cu înaintarea în vârstă, persoanele simțindu-se tot mai singure, serviciile de îngrijire la domiciliu fiind binevenite deoarece presupun interacțione socială în mediul de viață familiar vârstnicilor.

Interesant și contraintuitiv este faptul că odată cu vârsta schemele cognitive de Abandon și de Neîncredere în ceilalți sunt mai puțin active. Cu cât crește vârsta subiecților, cu atât crește gradul de neputință obiectivă și de dependență funcțională, aparținătorii având tendința de a se implica mai mult în asistarea acestora, iar cu cât vârstnicii sunt mai mult ajutați, cu atât se simt mai puțin abandonați și capătă încredere în ceilalți.

Așa cum era de așteptat, s-a obținut o corelație semnificativă statistic între numărul de experiențe adverse/ traumatice timpurii și gradul în care este activă schema cognitivă de Vulnerabilitate la traumă sau boală, aceste experiențe trăite





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

la începutul vieții fiind baza emoțională și cognitivă pentru construirea acestei scheme.

Limitele studiului și direcții viitoare de cercetare

Nefiind un studiu experimental, nu putem trage concluzii de tip cauzal, dar ne oferă orientare pentru a identifica factorii care influențează deschiderea vârstnicilor față de a primi servicii sociale la domiciliu.

Rezultatele studiului au relevanță pentru adaptarea modului de abordare a vârstnicului la tipul acestuia de personalitate, la tiparele de gândire și la concepția acestuia despre lume și viață. Astfel, se pot construi strategii de abordare a vârstnicului (bune practici), astfel încât să crească gradul de deschidere și receptivitate a acestuia la servicii de asistență și îngrijire, să îi crească gradul de cooperare:

- Primul contact cu vârstnicul poate fi mediat de către o persoană cunoscută în care vârstnicul are încredere.
- Prima întâlnire are ca scop crearea relației cu vârstnicul, dar și cunoașterea caracteristicilor personalității acestuia, stării emoționale prezente, modului de gândire, astfel încât specialiștii să își poată adapta modul de comunicare la personalitatea și atitudinea vârstnicului pe tot parcursul oferirii serviciilor de îngrijire la domiciliu.
- Este recomandat ca discuția să se centreze în jurul subiectelor de interes pentru vârstnic, a modalităților în care acesta consideră că poate fi ajutat/sprijinit și a serviciilor de care este interesat să beneficieze, în funcție de nevoile personale, gradul de neputință, gradul de autoeficiență și existența sau nu a sprijinului familiei.





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

BIBLIOGRAFIE

- *** Ghid de bune practici (2018) - https://www.servicii-sociale.gov.ro/source/acreditare/Concurs%20100/Ghid_bune_practici_servicii_sociale_28012019.pdf
- *** Serviciile sociale alternative și rolul lor în asigurarea rețelei de suport pentru persoanele vârstnice (2018) - <http://cnpv.ro/wp-content/uploads/2020/03/serviciile-sociale-alternative.pdf>
- Baban, Adriana - Psihologia sănătății, Manual de curs, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației
- Bandura, The Primacy of Self-Regulation in Health Promotion, Journal of Applied Psychology, USA, 2005 - <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2005AP.pdf>
- Măță, Ilarion - Perspectiva sociologică asupra consilierii spirituale a persoanelor vârstnice din centrele rezidențiale (teză de doctorat) - https://www.fssp.uaic.ro/images/sustineri_teze/MatallarionRezumat.pdf
- Ralf Schwarzer, Ralf & Fuchs, Reinhard - Self-Efficacy and Health Behaviours, 1995 - <http://userpage.fu-berlin.de/gesund/publicat/conner9.htm>
- Young, Jeffrey & Klosko, Janet - Poți să-ți reinventezi viața, Edit. Trei, 2017



Denumirea proiectului: „Nicăleri nu-i ca acasă”

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Capital Uman 2014-2020

Editorul materialului: Asociația Sf. Damian

Iași, septembrie 2021

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială a Uniunii Europene sau a Guvernului României.