

**UNIVERSITATEA DE STAT DIN MOLDOVA**  
**ȘCOALA DOCTORALĂ ȘTIINȚE SOCIALE**

Consortiu: Centrul Universitar „Bogdan Petriceicu Hașdeu” din Cahul

Cu titlu de manuscris

CZU: 159.942.5:159.928:364.658(043.3)

**DRAGOMIR DIANA-ELENA**

**CALITATEA VIEȚII ȘI ADAPTABILITATEA PSIHOSOCIALĂ**  
**A PERSOANELOR CU ANXIETATE**

**Specialitatea 511.01 - Psihologie generală**

**Teză de doctor în psihologie**

Autor:



**DRAGOMIR Diana-Elena**

Conducător științific:



**PALADI Oxana,**

doctor habilitat în psihologie, profesor universitar

**CHIȘINĂU, 2026**

**© DRAGOMIR DIANA-ELENA, 2026**

## CUPRINS

<b>ADNOTARE (în l. română, l. engleză și l. rusă).....</b>	<b>5</b>
<b>LISTA ABREVIERILOR.....</b>	<b>8</b>
<b>LISTA FIGURILOR, TABELELOR.....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCERE.....</b>	<b>11</b>
<b>1. FUNDAMENTE TEORETICE ALE CALITĂȚII VIEȚII, ADAPTABILITĂȚII PSIHOSOCIALE ȘI ANXIETĂȚII</b>	
1.1. Incursiuni istorice ale conceptului de calitate a vieții.....	21
1.2. Definiții, modele, factori, dimensiuni ale calității vieții.....	25
1.3. Adaptabilitate psihosocială: abordări teoretice.....	36
1.4. Conceptul de anxietate: definiții, teorii.....	40
1.5. Particularități ale calității vieții, adaptabilității psihosociale și anxietății personalității studentului.....	47
1.6. Concluzii la capitolul 1.....	51
<b>2. CALITATEA VIEȚII ȘI ADAPTABILITATEA PSIHOSOCIALĂ A PERSOANELOR CU ANXIETATE: STUDIU DE CONSTATARE</b>	
2.1. Designul și metodologia cercetării constatative.....	53
2.2. Caracteristici ale eșantionului cercetării.....	64
2.3. Rezultatele studiului constatativ: percepții privind calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială.....	68
2.4. Niveluri de manifestare ale calității vieții, adaptabilității psihosociale și anxietății (conform instrumentelor psihometrice).....	76
2.5. Particularități ale calității vieții, adaptabilității psihosociale, anxietății în funcție de factorii psihosociale.....	96
2.6. Relația calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietatea.....	110
2.7. Concluzii la capitolul 2.....	124
<b>3. CADRUL FORMATIV DE DIMINUARE A NIVELULUI DE ANXIETATE PRIN PRISMA EFICIENTIZĂRII ADAPTABILITĂȚII PSIHOSOCIALE ȘI A CALITĂȚII VIEȚII</b>	
3.1. Prevederi generale ale metodologiei de diminuare a nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții .....	128
3.2. Descrierea programului de intervenție psihologică <i>Diminuarea nivelului de anxietate prin eficientizarea adaptabilității psihosociale și a calității vieții</i> .....	133
3.3. Psihoaromaterapia ca intervenție complementară în managementul anxietății: perspectivă biopsihosocială.....	134
3.4. Eficiența programului de intervenție psihologică: rezultatele experimentului.....	141
3.5. Concluzii la capitolul 3.....	194
<b>CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI.....</b>	<b>173</b>
<b>BIBLIOGRAFIE.....</b>	<b>177</b>
<b>ANEXE</b>	
<b>Anexa 1.</b> Ancheta psihosocială.....	199
<b>Anexa 2.</b> Chestionar Calitatea Vieții (QOLI - Quality of Life Inventory), M.B. Frisch.....	200
<b>Anexa 3.</b> Chestionarul de evaluare a satisfacției față de calitatea vieții (Elliot R.S., N. Vodopianova).....	204
<b>Anexa 4.</b> Chestionarul Adaptabilitate, MLO-AM (A.G. Maklakov și S.V. Chermyanin)....	207

<b>Anexa 5.</b> Chestionarului de adaptare la mediul studențesc și solicitările academice (Chestionarul AMSSA, S. Rusnac și colab.).....	211
<b>Anexa 6.</b> Testul Adaptabilitate / flexibilitate (A. Chelcea).....	213
<b>Anexa 7.</b> Inventarul de Anxietate Stare – Trăsătură STAI, Spielberger .....	214
<b>Anexa 8.</b> Testul de autoevaluare a gândurilor în interacțiunile sociale (Glass și colab.).....	216
<b>Anexa 9.</b> Chestionarul de evaluare a anxietății academice (Alpert – Harber).....	217
<b>Anexa 10.</b> Chestionarul ASQ pentru evaluarea anxietatii (Lehrer și Woolfolk).....	218
<b>Anexa 11.</b> Date brute obținute de către subiecții cercetării.....	220
<b>Anexa 12.</b> Datele statisticii descriptive - Particularități ale calității vieții, adaptabilității psihosociale, anxietății respondenților după variabilele socio-demografice.....	221
<b>Anexa 13.</b> Programul de intervenție psihologică <i>Diminuarea nivelului de anxietate prin eficientizarea adaptabilității psihosociale și a calității vieții</i> .....	226
<b>Anexa 14.</b> Conținut explicativ al conceptelor cercetării.....	262
<b>Anexa 15.</b> 1. Aviz Comisia de Etică a Cercetării; 2. Acord de participare și consimțământ informat al participanților; 3. Declarație de consimțământ pentru participare la studiu de cercetare doctorală.....	283
 DECLARAȚIE PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII.....	286
CURRICULUM VITAE.....	287

## ADNOTARE

**Dragomir Diana-Elena. Calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială a persoanelor cu anxietate**  
**Teză de doctor în psihologie, Chișinău, 2026.**

**Structura tezei:** Lucrarea conține adnotări (în limba română, rusă și engleză), introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 255 titluri, 15 anexe, 155 pagini text de bază, 53 tabele și 18 figuri. Rezultatele obținute sunt publicate în 9 lucrări științifice.

**Cuvinte-cheie:** calitatea vieții, adaptabilitate psihosocială, anxietate, anxietatea de stare, anxietatea de trăsătură, psihoaromaterapie, factori psihosociali.

**Scopul cercetării:** constă în identificarea relației dintre calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială a persoanelor cu anxietate; elaborarea și validarea unui program de intervenție psihologică pentru diminuarea nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții.

**Obiectivele cercetării:** (1) analiza și sinteza literaturii de specialitate cu referire la calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietate; (2) stabilirea și analiza nivelurilor de dezvoltare calității vieții, adaptabilității psihosociale, anxietății și determinarea particularităților acestora în funcție de factorii psihosociali; (3) identificarea corelațiilor dintre calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietatea personalității; (4) stabilirea particularităților calității vieții, adaptabilității psihosociale a persoanelor cu niveluri distincte de anxietate; (5) elaborarea și validarea unui program de intervenție psihologică pentru diminuarea nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și calității vieții.

**Noutatea și originalitatea științifică.** Lucrarea dată reprezintă una dintre primele cercetările cu referire la relația dintre calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietatea personalității, având o abordare investigațională complexă (cantitativă și calitativă), interdisciplinară (în raport cu alte științe psihologice: psihologia personalității, psihologie socială, psihologie educațională prin analiza factorilor psihosociali) și aplicativă, prin elaborarea, implementarea și validarea eficienței unui program de intervenție psihologică. Abordarea investigațională vizează determinarea relațiilor dintre calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietatea personalității; identificarea percepțiilor studenților cu privire la conceptele de calitate a vieții și adaptabilitate psihosocială; identificarea particularităților calității vieții, adaptabilității psihosociale și a anxietății în funcție de factorii psihosociali precum și a particularităților calității vieții, adaptabilității psihosociale a persoanelor cu niveluri distincte de anxietate.

**Semnificația teoretică a cercetării** vizează completarea cadrului teoretico-științific cu sinteze din literatura de specialitate privind problematica calității vieții, adaptabilității psihosociale și anxietății. Acestea se referă la tipurile și particularitățile calității vieții, particularități specifice ale adaptabilității psihosociale și anxietății. Sunt concretizate contribuțiile proprii în structurarea sintezelor teoretice, prezentând și analizând în teză studii recente la tema cercetării care au contribuit la conturarea unui *Model teoretic explicativ al relației calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietatea*; elaborarea definițiilor de lucru pentru calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietate, în contextul prezentei lucrări. Rezultatele cercetării date consolidează aspectele teoretice ale psihologiei generale.

**Valoarea aplicativă a cercetării** constă în studiul calității vieții, adaptabilității psihosociale și anxietății; identificarea particularităților conceptelor de bază a tezei din perspectiva factorilor psihosociali: țara de origine a subiecților experimentali (perspectivă culturală), gen, mediul de proveniență, nivelul de studii, ciclul universitar, anul de studii, vârstă, utilizarea aromelor uleiurilor esențiale, tipuri de uleiuri esențiale utilizate; identificarea percepțiilor studenților privind calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială; elaborarea *Modelului praxiologic explicativ privind relațiile calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietatea*; identificarea *Profilului personalității cu diferit nivel de anxietate din perspectiva calității vieții și a adaptabilității psihosociale*; elaborarea și validarea programului de intervenție psihologică *Diminuarea nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții*. Datele experimentale vor fi utile cercetătorilor, psihologilor, psihoterapeuților, studenților, altor persoane interesate de subiectul dat.

**Implementarea rezultatelor cercetării** vizează validarea acestora prin prezentarea și publicarea lor în cadrul conferințelor științifice naționale și internaționale, publicarea în reviste de specialitate recunoscute; precum și în cadrul activităților de formare, a cursurilor universitare.

## ANNOTATION

### **Dragomir Diana-Elena. Quality of Life and Psychosocial Adaptability in Individuals with Anxiety PhD thesis in Psychology, Chişinău, 2026.**

**Thesis structure:** The work comprises annotations (in Romanian, Russian, and English), an introduction, three chapters, general conclusions and recommendations, a bibliography of 255 titles, 15 appendices, 174 pages of main text, 53 tables, and 24 figures. The findings have been published in 9 scientific papers.

**Keywords:** quality of life, psychosocial adaptability, anxiety, state anxiety, trait anxiety, psychoaromatherapy, psychosocial factors.

**Research aim:** to identify the relationship between quality of life and psychosocial adaptability in persons with anxiety; to develop and validate a psychological intervention programme aimed at reducing the level of anxiety by enhancing psychosocial adaptability and quality of life.

**Research objectives:** (1) analysis and synthesis of the specialised literature on quality of life, psychosocial adaptability and anxiety; (2) establishing and analysing the levels of development of quality of life, psychosocial adaptability and anxiety, and determining their characteristics in relation to psychosocial factors; (3) identifying the correlations between quality of life, psychosocial adaptability and anxiety as a personality characteristic; (4) establishing the characteristics of quality of life and psychosocial adaptability in persons with different levels of anxiety; (5) developing and validating a psychological intervention programme aimed at reducing the level of anxiety by enhancing psychosocial adaptability and quality of life.

**Scientific novelty and originality.** This thesis represents one of the first researches with reference to the relationship between quality of life, psychosocial adaptability and personality anxiety, having a complex investigative approach (quantitative and qualitative), interdisciplinary (in relation to other psychological sciences: personality psychology, social psychology, educational psychology through the analysis of psychosocial factors) and applicative, by developing, implementing and validating the efficiency of a psychological intervention program. The investigative approach aims to determine the relationships between quality of life, psychosocial adaptability and personality anxiety; identifying students' perceptions regarding the concepts of quality of life and psychosocial adaptability; identifying the particularities of quality of life, psychosocial adaptability and anxiety depending on psychosocial factors as well as the particularities of quality of life, psychosocial adaptability of people with distinct levels of anxiety.

**Theoretical significance of the research** concerns the completion of the theoretical and scientific framework through syntheses of the specialised literature on quality of life, psychosocial adaptability and anxiety. These refer to the types and characteristics of quality of life, and to the specific features of psychosocial adaptability and anxiety. The author's contributions to structuring the theoretical syntheses are specified by presenting and analysing recent studies on the research topic, which contributed to outlining an *Explanatory theoretical model of the relationship between quality of life, psychosocial adaptability and anxiety*; to developing the working definitions of quality of life, psychosocial adaptability and anxiety in the context of the present thesis. The results of this research strengthen the theoretical aspects of general psychology.

**Applied value of the research** lies in the study of quality of life, psychosocial adaptability and anxiety; the identification of the characteristics of the basic concepts of the thesis from the perspective of psychosocial factors: country of origin of the experimental participants (cultural perspective), gender, area of residence, level of education, university cycle, year of study, age, use of essential oil aromas, types of essential oils used; the identification of students' perceptions of quality of life and psychosocial adaptability; the development of the *Explanatory praxiological model regarding the relationships of quality of life with psychosocial adaptability and anxiety*; the identification of the *Personality profile with different levels of anxiety from the perspective of quality of life and psychosocial adaptability*; the development and validation of the psychological intervention programme *Reducing the level of anxiety by enhancing psychosocial adaptability and quality of life*. The experimental data will be useful to researchers, psychologists, psychotherapists, students and other persons interested in this topic.

**Implementation of the research results** aims at validating them by presenting and publishing them at national and international scientific conferences, by publication in recognised specialised journals, as well as within training activities and university courses.

## АННОТАЦИЯ

Диана-Елена Драгомир. Качество жизни и психосоциальная адаптивность людей с тревожными расстройствами

Диссертация на соискание степени доктора психологии. Кишинэу, 2026

**Структура диссертации.** Диссертация включает аннотации (на румынском, русском и английском языках), введение, три главы, общие выводы и рекомендации, библиографию из 255 источников, 15 приложений, 155 страниц основного текста, 53 таблиц и 18 рисунков. Основные результаты исследования представлены в 9 научных публикациях.

**Ключевые слова:** качество жизни, психосоциальная адаптивность, тревожность, ситуативная тревожность, личностная тревожность, психоароматерапия, психосоциальные факторы.

**Цель исследования:** выявление взаимосвязи между уровнем качества жизни и психосоциальной адаптивностью людей с тревожными расстройствами, а также разработка и валидация программы психологического вмешательства, направленной на снижение уровня тревожности для улучшения психосоциальной адаптивности и качества жизни.

**Задачи исследования:** (1) анализ и синтез специализированной литературы по вопросам качества жизни, психосоциальной адаптивности и тревожности; (2) установление и анализ уровней развития качества жизни, психосоциальной адаптивности, тревожности и определение их особенностей в зависимости от психосоциальных факторов; (3) выявление корреляций между качеством жизни, психосоциальной адаптивностью и тревожностью личности; (4) установление особенностей качества жизни, психосоциальной адаптивности людей с различными уровнями тревожности; (5) разработка и валидация программы психологического вмешательства для снижения уровня тревожности с целью улучшения психосоциальной адаптивности и качества жизни.

**Научная новизна и оригинальность результатов работы.** Данная работа представляет собой одно из первых исследований, посвященных взаимосвязи между качеством жизни, психосоциальной адаптивностью и тревожностью личности, имеющее комплексный исследовательский подход (количественный и качественный), междисциплинарный (в контексте других психологических наук: психологии личности, социальной психологии, педагогической психологии посредством анализа психосоциальных факторов) и прикладной характер, путем разработки, внедрения и проверки эффективности программы психологического вмешательства. Подход направлен на определение взаимосвязей между качеством жизни, психосоциальной адаптивностью и тревожностью личности; выявление представлений студентов о понятиях качества жизни и психосоциальной адаптивности; определение особенностей качества жизни, психосоциальной адаптивности и тревожности в зависимости от психосоциальных факторов, а также особенностей качества жизни и психосоциальной адаптивности людей с различными уровнями тревожности.

**Теоретическая значимость исследования:** заключается в дополнении теоретико-научной основы синтезом специализированной литературы по вопросам качества жизни, психосоциальной адаптивности и тревожности. Речь идет о типах и особенностях качества жизни, специфических особенностях психосоциальной адаптивности и тревожности. В работе материализован собственный вклад автора в структурирование теоретических синтезов, представлен и проанализированы последние исследования по теме исследования, которые способствовали формированию объяснительной теоретической модели взаимосвязи между качеством жизни и психосоциальной адаптивностью и тревожностью; разработаны рабочие определения качества жизни, психосоциальной адаптивности и тревожности в контексте данной работы. Результаты данного исследования укрепляют теоретические аспекты общей психологии.

**Практическое значение работы** заключается в изучении качества жизни, психосоциальной адаптивности и тревожности; выявлении особенностей основных понятий диссертации с точки зрения психосоциальных факторов: страны происхождения экспериментальных субъектов (культурная перспектива), пола, среды происхождения, уровня обучения, университетского цикла, курса обучения, возраста, использования эфирных масел в качестве ароматизаторов, типов используемых эфирных масел; выявлении представлений студентов о качестве жизни и психосоциальной адаптивности; разработке объяснительной психологической модели взаимосвязи между качеством жизни и психосоциальной адаптивностью и тревожностью; Идентификация личностного профиля с различными уровнями тревожности с точки зрения качества жизни и психосоциальной адаптивности; разработка и валидация программы психологического вмешательства «Снижение уровня тревожности с точки зрения улучшения психосоциальной адаптивности и качества жизни». Экспериментальные данные будут полезны исследователям, психологам, психотерапевтам, студентам и другим лицам, интересующимся данной темой.

**Внедрение результатов исследований** осуществлялось через участие в национальных и международных научных конференциях; научных симпозиумах; публикаций в признанных специализированных журналах, а также в рамках учебной деятельности, университетских курсов.

## LISTA ABREVIERILOR

- AFC – Anxietate care facilitează învățarea
- AIC – Anxietate care împiedică învățarea
- AMS – Adaptare la mediul studentesc
- AMS2a – Satisfacerea necesităților de comunicare cu rudele și prietenii
- AMS3a – Satisfacerea necesităților de identificare profesională
- AMS3b – Satisfacerea necesităților de formare profesională
- AMS3c – Satisfacerea necesităților de management al timpului personal / motivația extrinsecă
- AN – Anxietate negativă
- AP – Anxietate pozitivă
- APS – Adaptabilitate psihosocială
- ASQ – Anxiety Scale Questionnaire
- ASQ-Dcog – Dimensiunea cognitivă
- ASQ-Dcom – Dimensiunea comportamentală
- ASQ-DS – Dimensiunea somatică
- CV – Calitatea vieții
- GC – Grupul de control
- GE – Grupul experimental
- MLO-AM – Chestionarul de adaptabilitate a personalității pe niveluri multiple
- MLOAMCC – Capacitatea de comunicare constructivă
- MLOAMPPA – Potențial personal de adaptare
- MLOAMSNP – Stabilitate neuro-psihică
- OMS – Organizația Mondială a Sănătății
- ONU – Organizația Națiunilor Unite
- QOLI – Quality of Life Inventory / Inventarul Calității Vieții
- SCV – Satisfacție față de calitatea vieții
- SCV-Apr – Aspirații personale și realizări
- SCV-SG – Calitatea vieții conform indexului general
- STAI – State-Trait Anxiety Inventory / Inventarul de Anxietate Stare – Trăsătură
- STAI-X1 – Anxietatea de stare
- STAI-X2 – Anxietatea de trăsătură

## LISTA FIGURILOR

Titlul	Nr.pag.
Fig. 1.1. Reprezentarea schematică a modelului calității vieții - Bortwick-Duffy (conform cercetării elaborate la Universitatea din Oklahoma, 1992)	28
Fig. 1.2. Modelul teoretic explicativ al relației calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietatea [contribuție personală]	50
Fig. 2.1. Nivelul de dezvoltare a indicelui general al calității vieții (QOLI)	76
Fig. 2.2. Distribuțiile scorurilor la Testul Adaptabilitate / flexibilitate	84
Fig. 2.3. Distribuțiile scorurilor la anxietate, conform STAI X1 – Anxietate ca stare și STAI X2 – Anxietate ca trăsătură	86
Fig. 2.4. Modelul praxiologic explicativ privind relațiile calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietatea [contribuție personală]	120
Fig. 2.5. Profilul personalității cu diferit nivel de anxietate din perspectiva calității vieții și a adaptabilității psihosociale [contribuție personală]	123
Fig. 3.1. Grupul experimental (GE) și grupul de control (GC): design experimental	143
Fig. 3.2. Dinamica scorului total de calitate a vieții (QOLI), test-retest, GE	144
Fig. 3.3. Evoluția scorurilor medii pentru subscalele chestionarului SCV, test-retest, GE	145
Fig. 3.4. Compararea scorurilor medii la adaptabilitate (MLO-AM) – Potențial adaptativ, Stabilitate neuro-psihică, Capacități de comunicare și Norme morale, test-retest, GE	146
Fig. 3.5. Scorurile medii la adaptarea academică (AMS), test-retest, GE	148
Fig. 3.6. Scorurile medii la anxietate academică, Alpert-Haber, test-retest, GE	152
Fig. 3.7. Evoluția scorurilor medii pentru subscalele chestionarului ASQ, test-retest, GE	153
Fig. 3.8. Compararea scorurilor SCV (medii pe subscale), test-retest, GC	157
Fig. 3.9. Compararea scorului QOLI mediu, retest comparând GC și GE	162
Fig. 3.10. Scorurile medii pe subscalele SCV, retest, comparând GC și GE	163
Fig. 3.11. Compararea scorurilor medii pe subscalele AMS, retest, comparând GC și GE	165

## LISTA TABELELOR

Titlul	Nr.pag.
Tabelul 2.1. Instrumente psihometrice pentru calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietate	62
Tabelul 2.2. Eșantionul cercetării în funcție de țara de origine	65
Tabelul 2.3. Distribuția eșantionului în funcție de gen	65
Tabelul 2.4. Distribuția eșantionului în funcție de mediul de proveniență	65
Tabelul 2.5. Distribuția eșantionului în funcție de nivelul de studii, ciclul universitar și distribuția pe ani de studii	66
Tabelul 2.6. Distribuția eșantionului în funcție de categoria de vârstă	66
Tabelul 2.7. Distribuția eșantionului în funcție de criteriul utilizarea aromelor în general	66
Tabelul 2.8. Distribuția eșantionului în funcție de criteriul utilizarea aromelor pentru diminuarea anxietății	67
Tabelul 2.9. Distribuția eșantionului în funcție de criteriul tipuri de uleiuri esențiale utilizate	67
Tabelul 2.10. Distribuțiile scorurilor pentru domeniile calității vieții	77
Tabelul 2.11. Distribuțiile scorurilor la MLO-AM: potențial personal de adaptare, stabilitate neuro-psihică, capacități de comunicare, norme morale	78
Tabelul 2.12. Distribuțiile scorurilor pentru adaptarea la mediul studentesc, solicitările academice	83
Tabelul 2.13. Distribuțiile scorurilor la autoevaluare a gândurilor în interacțiunile sociale	88
Tabelul 2.14. Distribuțiile scorurilor la autoevaluarea anxietății academice	91
Tabelul 2.15. Distribuțiile scorurilor la Chestionarul ASQ pentru evaluarea anxietății	93
Tabelul 2.16. Diferențe pentru eșantionul cercetării, QOLI și SCV, în funcție de criteriul țara de origine (perspectivă culturală) (România / Republica Moldova)	97

Tabelul 2.17. Diferențe pentru eșantionul cercetării, MLO-AM și AMS, în funcție de criteriul țara de origine (perspectivă culturală) (România / Republica Moldova)	97
Tabelul 2.18. Diferențe pentru eșantionul cercetării, STAI, Glass, Alpert-Haber, ASQ, în funcție de criteriul țara de origine (perspectivă culturală) (România / Republica Moldova)	98
Tabelul 2.19. Diferențe pentru eșantionul cercetării, QOLI și SCV, în funcție de criteriul gen	100
Tabelul 2.20. Corelații semnificative ale calității vieții cu subscalele din SCV – Satisfacția cu viața	111
Tabelul 2.21. Corelații semnificative ale Adaptabilității, MLO-AM cu subscalele și SCV – Satisfacția cu Viața, scor general (SCV_Sg)	112
Tabelul 2.22. Corelații semnificative ale motivației academice cu calitatea vieții	113
Tabelul 2.23. Corelații semnificative ale anxietății ca trăsătură și stare (STAI) și alte componente	114
Tabelul 2.24. Corelații semnificative ale anxietății în interacțiunile sociale și anxietatea trăsătură, anxietatea academică	115
Tabelul 2.25. Corelații semnificative ale anxietății debilitante și motivația extrinsecă; a anxietății facilitatoare cu calitatea vieții	116
Tabelul 2.26. Corelații semnificative ale anxietății ASQ și calitatea vieții	117
Tabelul 2.27. Corelații semnificative inter-categorice: sinteză generală	118
Tabelul 2.28. Predicatorii semnificativi ai anxietății de trăsătură	121
Tabelul 3.1. Caracteristici ale grupului experimental GE și grupului de control GC din cadrul experimentului formativ	142
Tabelul 3.2. Scorurile medii la test-retest GE, pentru fiecare subscală a satisfacției față de calitatea vieții – SCV	145
Tabelul 3.3. Scorurile medii la test-retest GE, pentru adaptabilitatea psihosocială MLO-AM	146
Tabelul 3.4. Scorurile medii la test-retest GE, pentru AMS	147
Tabelul 3.5. Scorurile medii la test-retest GE, pentru anxietate (stare și trăsătură), STAI	149
Tabelul 3.6. Scorurile medii la test-retest GE, pentru anxietatea pozitivă și negativă (Glass)	151
Tabelul 3.7. Scorurile medii la test-retest GE, pentru anxietatea în învățare, Alpert-Haber	152
Tabelul 3.8. Scorurile medii la test și retest GE, pentru subscalele chestionarului ASQ	153
Tabelul 3.9. Scorurile medii la test și retest GE, pentru Adaptabilitate/Flexibilitate (A. Chelcea)	154
Tabelul 3.10. Compararea scorului QOLI total - GC la test-retest	156
Tabelul 3.11. Compararea scorurilor medii SCV pe domenii, la test-retest – GC	157
Tabelul 3.12. Compararea mediilor MLO-AM (adaptabilitate) la test și retest – GC	158
Tabelul 3.13. Compararea mediilor chestionarului de adaptare academică (AMSSA), test-retest	158
Tabelul 3.14. Medii ale scorurilor STAI (stare și trăsătură) la test și retest – GC	159
Tabelul 3.15. Compararea scorurilor medii la testul gândurilor în interacțiuni sociale (Glass) – GC	159
Tabelul 3.16. Compararea scorurilor medii la anxietatea academică (Alpert-Haber) – GC	160
Tabelul 3.17. Compararea mediilor chestionarului ASQ, test-retest – GC	160
Tabelul 3.18. Scorurile medii la retest pentru calitatea vieții (QOLI) – comparativ GC vs GE	162
Tabelul 3.19. Scoruri medii la retest pe subscalele SCV – comparativ GC vs GE	163
Tabelul 3.20. Scoruri medii la retest pentru subscalele MLO-AM – comparativ GC – GE	164
Tabelul 3.21. Scoruri medii la retest pentru subscalele AMS – comparativ GC vs GE	164
Tabelul 3.22. Scorul mediu de adaptabilitate/flexibilitate la retest – comparativ GC vs GE	166
Tabelul 3.23. Scorurile medii la Inventarul de Anxietate STAI – comparativ GC vs GE, retest	166
Tabelul 3.24. Scorurile medii la subscalele anxietății Glass, retest – comparativ GC vs GE	167
Tabelul 3.25. Scorurile medii la anxietate (Alpert-Haber), retest – comparativ GC vs GE	168
Tabelul 3.26. Scorurile medii la retest pentru chestionarul ASQ – comparativ GC vs GE	169

## INTRODUCERE

### **Actualitatea și importanța temei de cercetare**

Calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială a persoanelor cu anxietate se înscriu într-un context științific deosebit de relevant, caracterizat prin creșterea constantă a prevalenței tulburărilor de anxietate la nivel global și prin recunoașterea impactului major al acestora asupra funcționării individuale și sociale. Conceptul de calitate a vieții cuprinde o sferă mai largă decât cea a standardelor individuale de viață, făcând referire la toate aspectele condițiilor în care trăiesc oamenii, respectiv la toate nevoile și cerințele acestora. OMS definește calitatea vieții ca fiind percepția indivizilor cu privire la poziția lor în viață, în contextul culturii și sistemelor de valori în care trăiesc și în raport cu obiectivele, așteptările, standardele și preocupările acestora. Din perspectivă psihosocială, calitatea vieții era, până nu demult, abordată exclusiv material-economic (venit, condiții de mediu); în prezent însă, constituie, atât în spațiul național, cât și internațional, obiectul mai multor cercetări care evocă inclusiv dimensiuni de sănătate și boală, raportate la satisfacția de muncă, bunăstarea generală, manifestarea în raport cu domeniul profesional. Evaluarea calității vieții din perspectiva componentelor individuale și sociale reprezintă punctul de reper în asigurarea integrării și dezvoltării armonioase a individului uman la condițiile schimbătoare ale societății contemporane. Calitatea vieții, la nivel macro, presupune în primul rând o înțelegere a situației de viață, atât a individului, cât și a întregii populații, apoi a modului în care indivizii se raportează la aceste circumstanțe de viață și care sunt experiențele lor subiective; în al treilea rând, o înțelegere a modalității în care diferitele domenii ale vieții sunt evaluate și care sunt așteptările și dorințele populației față de acestea, iar, în cele din urmă, cum se pot identifica și formula politici publice potrivite pentru a îmbunătăți calitatea vieții populației [33, p. 22]. Conform studiilor analiza conceptului de calitate a vieții din perspectivă liniară dihotomică a factorilor interni este realizată prin adăugarea aspectelor fizice personale denumiți factori individuali. În același context, în privința factorilor externi s-a făcut referire, în principal, la factorii sociali care interfațează aspectele psihologice ale individului cu aspectele societale [177]. Din perspectiva autorului Mărginean [31, p. 25-30] calitatea vieții este definită luându-se în considerare opt dimensiuni: standardul de viață; sănătatea; educația; activități personale, inclusiv viața de muncă; participare politică și guvernare; asociere și relații sociale; mediu; insecuritatea de natură economică și fizică.

Luând în considerare cele menționate cu referire la relația calității vieții cu sănătatea menționăm că literatura de specialitate subliniază faptul că tulburările de anxietate nu afectează doar starea emoțională, ci au implicații extinse asupra calității vieții, incluzând domenii precum sănătatea fizică și psihică, relațiile sociale, performanța profesională și satisfacția generală față de viață [152]. OMS evidențiază faptul că tulburările de anxietate se numără printre cele mai frecvente

afecțiuni psihice, afectând sute de milioane de persoane la nivel mondial și contribuind semnificativ la povara globală a bolii [251]. În acest context, analiza relației dintre anxietate, calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială devine nu doar oportună, ci esențială pentru fundamentarea intervențiilor clinice și a politicilor publice. Din perspectivă conceptuală, anxietatea este definită ca o stare emoțională caracterizată prin tensiune, îngrijorare și activare fiziologică, având atât funcții adaptative, cât și potențial disfuncțional atunci când devine excesivă sau persistentă [79]. În cazul persoanelor cu anxietate, numeroase studii empirice au demonstrat o scădere semnificativă a calității vieții, comparativ cu populația generală, chiar și în absența altor comorbidități [189]. Această diminuare este determinată de evitarea situațiilor percepute ca amenințătoare, de limitarea participării sociale și de distorsiunile cognitive asociate anxietății.

Pe de altă parte, adaptabilitatea psihosocială, în concepțiile mai multor autori, se referă la capacitatea individului de a face față cerințelor mediului social, de a menține relații funcționale și de a-și regla comportamentul în mod flexibil. Conform modelelor teoretice contemporane, adaptabilitatea implică procese de coping, reglare emoțională și reziliență [170]. În contextul anxietății, aceste procese sunt adesea perturbate, ceea ce conduce la dificultăți în integrarea socială și la o funcționare deficitară în multiple arii ale vieții.

Importanța temei este susținută și de date epidemiologice recente, care indică o creștere semnificativă a nivelurilor de anxietate în urma unor factori globali precum pandemia COVID-19, instabilitatea economică și schimbările sociale accelerate. Studiile longitudinale au arătat că aceste condiții au amplificat vulnerabilitatea psihologică și au evidențiat rolul adaptabilității psihosociale în menținerea sănătății mintale [240]. În acest sens, cercetarea propusă contribuie la înțelegerea mecanismelor prin care indivizii pot face față stresului și pot menține o calitate a vieții adecvată, în pofida prezenței anxietății. Un alt argument pentru actualitatea temei îl constituie orientarea contemporană a psihologiei și psihiatriei către modele integrative și centrate pe persoană. Aceste modele pun accent nu doar pe reducerea simptomelor, ci și pe îmbunătățirea calității vieții și a funcționării globale [164]. Astfel, studiul relației dintre anxietate și adaptabilitate psihosocială permite identificarea unor factori protectivi și a unor strategii de intervenție care depășesc paradigma tradițională orientată exclusiv spre patologie. Relevanța socială a temei este evidentă și prin prisma costurilor economice și sociale asociate tulburărilor de anxietate (Greenberg et al., 2015). Acestea includ absenteismul, scăderea productivității și utilizarea crescută a serviciilor medicale [140]. În contextul dat, îmbunătățirea adaptabilității psihosociale poate avea un impact pozitiv nu doar asupra individului, ci și asupra comunității și sistemelor de sănătate.

În plan legislativ, importanța sănătății mintale este recunoscută prin diverse documente și strategii naționale și internaționale. De exemplu, Planul de acțiune pentru sănătate mintală al OMS subliniază necesitatea promovării bunăstării psihologice și a incluziunii sociale a persoanelor cu

tulburări mintale [249]. De asemenea, legislația europeană privind sănătatea și securitatea în muncă evidențiază importanța gestionării stresului și a factorilor psihosociali în mediul profesional [132]. Aceste cadre normative susțin necesitatea cercetărilor care investighează relația dintre anxietate, adaptabilitate și calitatea vieții.

Din perspectivă științifică, tema este relevantă și prin prisma lacunelor existente în literatura de specialitate. Deși există numeroase studii care analizează separat anxietatea sau calitatea vieții, cercetările care integrează aceste variabile cu adaptabilitatea psihosocială sunt relativ limitate, astfel, lucrarea aduce contribuții originale prin explorarea acestor relații într-un cadru integrativ. Creșterea prevalenței tulburărilor de anxietate, impactul acestora asupra funcționării globale și necesitatea unor intervenții eficiente justifică pe deplin abordarea acestei problematice. Integrarea conceptelor de calitate a vieții și adaptabilitate psihosocială oferă o perspectivă complexă și inovatoare, capabilă să contribuie la dezvoltarea cunoașterii în domeniu.

**Încadrarea temei în preocupările internaționale, naționale, zonale, ale colectivului de cercetare și în context inter- și transdisciplinar, prezentarea rezultatelor cercetărilor anterioare.** În descrierea conceptelor esențiale ale tezei am analizat perspectivele cercetărilor naționale și internaționale. Referindu-ne la acestea evidențiem că am studiat și conținuturile care le conturează și concretizează: - *calitatea vieții* - bunăstarea subiectivă; sănătatea fizică și mentală; relațiile sociale; satisfacția în carieră și realizarea profesională; resursele materiale și nivelul de trai; - *adaptabilitate psihosocială* - flexibilitatea cognitivă; reziliența; abilități sociale; reglarea emoțională; - *persoană cu anxietate* - anxietate de stare și trăsătură; anxietate pozitivă și negativă et.al. Unele studii presupun relații existente dintre calitatea vieții și adaptarea psihosocială. În acest context facem referință și la asocierile de cuvinte prezentate Colby cu referire la conceptul de calitate a vieții, fiind prezentat în calitate de - potențial de adaptare. Autorii subliniază că nivelul de adaptabilitate psihosocială este influențat de resursele adaptative ale individului și de caracteristicile mediului concret în care are loc satisfacerea nevoilor sale de bază, într-un context pozitiv. Acest lucru este posibil doar atunci când rezultatele acțiunilor individului sunt în concordanță cu cerințele societății. Resursele adaptative ale personalității reprezintă un set de trăsături psihosociale și individuale care determină capacitatea de adaptare a persoanei în situații sociale specifice [68].

Autori consacrați din domeniul psihologiei clinice și al sănătății au evidențiat importanța abordării multidimensionale a anxietății. Barlow (2002) subliniază rolul vulnerabilităților biologice și psihologice în dezvoltarea tulburărilor de anxietate [86], în timp ce Beck și Clark (1997) evidențiază rolul proceselor cognitive în menținerea anxietății [88]. Integrarea acestor perspective cu analiza adaptabilității psihosociale permite o înțelegere mai profundă a modului în care indivizii gestionează experiențele anxioase. În plus, conceptul de reziliență, strâns legat de

adaptabilitatea psihosocială, a devenit un punct central în cercetările recente. Studiile (Connor; Davidson, 2003) arată că indivizii cu niveluri ridicate de reziliență prezintă o mai bună calitate a vieții, chiar și în prezența unor niveluri ridicate de anxietate [106]. Această constatare susține necesitatea identificării factorilor care facilitează adaptarea și potențează calitatea vieții.

Importanța temei este amplificată și de nevoia de intervenții psihologice eficiente. De altfel, terapiile au demonstrat eficiență în reducerea anxietății și îmbunătățirea calității vieții (Hayes et al., 2006), [147; 148]. Cu toate acestea, eficiența acestor intervenții depinde în mare măsură de nivelul de adaptabilitate al individului, ceea ce justifică investigarea acestui construct în cadrul cercetării propuse.

Raportarea temei „calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială a persoanelor cu anxietate” la învățământul universitar evidențiază o serie de tangențe și fundamente științifice reflectate implicit în Codul Educației din Republica Moldova și în legislația educațională din România. Deși aceste acte normative nu tratează direct anxietatea ca obiect clinic, ele integrează principii moderne din psihologia dezvoltării adulte, psihologia sănătății și pedagogia universitară, care susțin în mod indirect importanța calității vieții și a adaptabilității psihosociale în rândul studenților. În Republica Moldova, Codul Educației nr. 152/2014 [13] reglementează învățământul superior printr-o viziune centrată pe formarea competențelor și pe dezvoltarea integrală a personalității. Articolele referitoare la finalitățile învățământului superior subliniază necesitatea dezvoltării competențelor profesionale, dar și a celor transversale, inclusiv competențe sociale, de comunicare și de adaptare. Aceste dimensiuni sunt în acord cu modelele contemporane ale adaptabilității psihosociale, care includ flexibilitatea cognitivă, reglarea emoțională și capacitatea de a face față stresului academic și social [170]. În mediul universitar, studenții se confruntă frecvent cu tranziții majore (autonomie crescută, presiuni academice), care pot genera niveluri ridicate de stres perceput și anxietate. Codul Educației din RM [13] prevede existența structurilor de consiliere psihologică și orientare profesională în instituțiile de învățământ superior, ceea ce reflectă recunoașterea importanței sprijinului psihologic în menținerea echilibrului emoțional și a performanței academice. Aceste prevederi sunt susținute de cercetări care demonstrează că accesul la servicii de consiliere reduce simptomele de anxietate și îmbunătățește calitatea vieții studenților [201]. Din perspectiva sănătății mintale (Ryan & Deci, 2000), un mediu educațional care oferă autonomie, suport și feedback constructiv contribuie la reducerea anxietății și la creșterea satisfacției față de viață [208]. În România, Legea educației naționale nr. 1/2011 [14], completată de reglementările ulterioare privind învățământul superior, reflectă o viziune similară. Articolele privind misiunea universităților includ nu doar formarea profesională, ci și dezvoltarea personală și integrarea socială a studenților. Aceste obiective sunt în concordanță cu modelul bunăstării psihologice propus de Ryff (1989), care include dimensiuni precum autonomia, relațiile pozitive

și sensul în viață [210]. Legislația prevede, de asemenea, existența serviciilor de consiliere și orientare în carieră, care au un rol esențial în facilitarea adaptării studenților la cerințele mediului universitar și la tranziția către piața muncii. Din perspectivă științifică, aceste servicii se bazează pe teorii ale dezvoltării vocaționale și ale adaptabilității carierei, precum modelul lui Savickas (2013), care evidențiază importanța resurselor psihologice în gestionarea incertitudinii și a schimbării [213].

Un aspect relevant pentru tema anxietății îl constituie accentul pus, în ambele sisteme educaționale, pe asigurarea calității educației și pe crearea unui mediu academic suportiv. Agențiile de asigurare a calității (ANACEC în Republica Moldova, ARACIS în România) includ criteriile legate de suportul oferit studenților, climatul instituțional și resursele pentru dezvoltarea personală. Aceste dimensiuni sunt corelate în literatura de specialitate (Stallman, 2010) cu niveluri mai scăzute de stres și anxietate și cu o calitate a vieții mai ridicată [229]. De asemenea, legislația universitară promovează internaționalizarea și mobilitatea academică, procese care, deși benefice pentru dezvoltarea personală și profesională, pot constitui surse de stres și anxietate. Adaptarea la noi contexte culturale și academice implică un nivel ridicat de adaptabilitate psihosocială. Studiile arată că studenții implicați în programe de mobilitate (Erasmus) pot experimenta atât creșteri ale competențelor interculturale, cât și dificultăți emoționale, în funcție de nivelul lor de reziliență și suport social [223]. Un alt punct de convergență îl reprezintă integrarea principiilor de incluziune și echitate în învățământul superior. De altfel, atât Codul Educației din Republica Moldova, cât și legislația din România prevăd măsuri pentru sprijinirea studenților din grupuri vulnerabile, inclusiv cei cu dificultăți psihologice. Aceste prevederi sunt fundamentate pe cercetări (Ainscow, 2005), care arată că mediile educaționale incluzive contribuie la reducerea stigmatizării și la îmbunătățirea adaptării psihosociale. Din perspectivă legislativă europeană, ambele sisteme sunt influențate de Procesul Bologna, care promovează nu doar compatibilitatea sistemelor educaționale, ci și centrarea pe student și pe bunăstarea acestuia. Documentele asociate acestui proces subliniază importanța dezvoltării competențelor de viață și a sănătății mintale în mediul universitar, în concordanță cu recomandările OMS [249].

Referindu-ne la nișa acestei cercetări, subliniem că la nivel internațional, problematica anxietății și a impactului acesteia asupra calității vieții a fost intens investigată în ultimele decenii, în special în contextul creșterii prevalenței tulburărilor de anxietate. Studiile coordonate de OMS evidențiază faptul că anxietatea afectează semnificativ funcționarea zilnică și bunăstarea subiectivă, fiind corelată cu scăderi ale calității vieții în toate domeniile acesteia [251]. Cercetările realizate de Olatunji și colaboratorii săi demonstrează că persoanele cu tulburări de anxietate prezintă niveluri semnificativ mai scăzute ale calității vieții comparativ cu populația generală [189]. În același timp, Hofmann et al. subliniază eficiența intervențiilor cognitiv-comportamentale

în ameliorarea simptomelor de anxietate și în creșterea funcționării globale [152], ceea ce indică o direcție clară de intervenție, dar nu abordează suficient componenta adaptabilității psihosociale ca mecanism mediator. Din perspectiva adaptabilității psihosociale, literatura internațională este fundamentată pe teoriile stresului și copingului, care definesc adaptarea ca un proces dinamic de evaluare și gestionare a cerințelor mediului [170]. Ulterior, cercetările asupra rezilienței au completat acest cadru teoretic, evidențiind rolul factorilor protectivi în menținerea sănătății mintale în condiții de stres și anxietate [106].

La nivel național și regional, preocupările pentru această temă sunt în creștere, însă rămân relativ limitate comparativ cu literatura internațională. În Republica Moldova, cercetările în domeniul adaptării psihosociale au fost dezvoltate în special în context educațional și al dezvoltării personalității. De exemplu, O. Paladi evidențiază rolul orientărilor valorice în procesul de adaptare psihosocială la adolescenți, subliniind interdependența dintre factorii individuali și cei sociali [42; 43]; S. Rusnac, N. Musienko subliniază rolul competențelor sociale și a impactului acestora asupra evaluării calității vieții în rândul studenților, analizând și influența programelor universitare asupra îmbunătățirii acestor competențe, având drept consecință facilitarea procesului de adaptare socială [38; 54]. În România, cercetările privind anxietatea și calitatea vieții sunt mai frecvente în domeniul psihologiei clinice și al sănătății. Studiile evidențiază impactul anxietății asupra funcționării sociale și profesionale, precum și relația acesteia cu variabile precum suportul social, stresul perceput și strategiile de coping. Totuși, integrarea acestor dimensiuni într-un model explicativ unitar rămâne insuficient dezvoltată. În acest context, tema tezei se înscrie în preocupările actuale ale comunității științifice din regiune, contribuind la extinderea cadrului conceptual și metodologic prin abordarea integrativă a celor trei variabile centrale: calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietatea.

Cu toate acestea, analiza critică a literaturii relevă faptul că majoritatea studiilor tratează separat variabilele calitate a vieții, anxietate și adaptabilitate psihosocială, fără a propune modele integrative care să explice relațiile dintre acestea. Această lacună justifică necesitatea cercetării propuse, care își asumă investigarea relațiilor complexe dintre aceste variabile și dezvoltarea unui program de intervenție psihologică orientat spre diminuarea anxietății prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și calității vieții.

Nevoia abordării temei se fundamentează pe existența unor lacune teoretice și aplicative în cunoașterea mecanismelor psihologice și sociale implicate în calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială a persoanelor cu anxietate, în pofida incidenței crescute a tulburărilor anxioase în societatea contemporană. Abordările existente sunt adesea fragmentare și insuficient corelate cu factorii individuali, relaționali și contextuali care influențează funcționarea cotidiană, integrarea socială și bunăstarea subiectivă a acestei categorii de populație. În contextul transformărilor socio-

economice, al presiunilor profesionale și al schimbărilor în dinamica relațiilor interpersonale, anxietatea devine un factor major de vulnerabilitate, afectând semnificativ adaptabilitatea psihosocială și percepția asupra propriei calități a vieții. Reieșind din argumentele indicate, **problema de cercetare** constă în formularea răspunsului la următoarele întrebări: Care sunt relațiile dintre calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială a persoanelor cu anxietate? Care sunt particularitățile calității vieții, adaptabilității psihosociale și a anxietății în funcție de factorii psihosociale? Care este eficiența programului de intervenție psihologică utilizat pentru diminuarea anxietății prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții?

**Scopul cercetării** constă în identificarea relației dintre calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială a persoanelor cu anxietate; elaborarea și validarea unui program de intervenție psihologică pentru diminuarea nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții.

**Obiectivele cercetării:** (1) analiza și sinteza literaturii de specialitate cu referire la calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietate; (2) stabilirea și analiza nivelurilor de dezvoltare calității vieții, adaptabilității psihosociale, anxietății și determinarea particularităților acestora în funcție de factorii psihosociale; (3) identificarea corelațiilor dintre calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietatea personalității; (4) stabilirea particularităților calității vieții, adaptabilității psihosociale a persoanelor cu niveluri distincte de anxietate; (5) elaborarea și validarea unui program de intervenție psihologică pentru diminuarea nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și calității vieții.

**Sinteza metodologiei de cercetare și justificarea metodelor de cercetare.** Realizarea scopului și a obiectivelor cercetării la etapele de constatare și de intervenție, a presupus utilizarea mai multor metode de cercetare:

- **Metode teoretice:** analiza și sinteza literaturii de specialitate cu privire la problema de cercetare; metoda ipotetico-deductivă de interpretare și evaluare a rezultatelor cercetării;
- **Metode empirice:** - Ancheta psihosocială; - *Inventarul Calității Vieții (Quality of Life Inventory) – QOLI*; - *Chestionarul de evaluare a satisfacției față de calitatea vieții* (Elliot R.S., N. Vodopianova); - *Chestionarul Adaptabilitate, MLO-AM* (A.G. Maklakov, S.V. Chermyanin); - *Chestionarul de adaptare la mediul studentesc și solicitările academic* (Chestionarul AMSSA, S. Rusnac et.al.); - *Testul Adaptabilitate / flexibilitate* (A. Chelcea); - *Inventarul de Anxietate Stare – Trăsătură, STAI*, Spielberger; - *Testul de autoevaluare a gândurilor în interacțiunile sociale* (elaborat de Glass și colab.); - *Chestionarul de evaluare a anxietății academice* (Alpert – Harber); - *Chestionarul ASQ pentru evaluarea anxietatii* (Lehrer și Woolfolk); - *Metoda asociației libere* (evocarea liberă); - *Aromatestarea* (instrument de cercetare complementar - investigare din perspectiva psihoaromaterapiei).

- **Metode matematice și statistice** (Programul SPSS-26): analiza cantitativă, calitativă; Testul t pentru două eșantioane independente (Independent-Samples T-Test); Verificarea presupunerii de egalitate a varianțelor: Testul Levene; Test primar: ANOVA pentru eșantioane independente; Test post-hoc: Tukey HSD pentru compararea mediilor între grupuri; Corelația Pearson și coeficienții de corelație liniară Pearson (r); regresie multiplă stepwise backward; Testul Wilcoxon; Testul Mann-Whitney.

**Ipoteza generală a cercetării.** Presupunem că există o relație dintre calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietatea personalității; nivelul anxietății influențează semnificativ calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială, aceste relații fiind modulate de factori psihosociali, iar intervențiile psihologice pot reduce anxietatea și eficientiza adaptabilitatea psihosocială și calitatea vieții.

**Noutatea și originalitatea științifică.** Lucrarea dată reprezintă una dintre primele cercetările cu referire la relația dintre calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietatea personalității, având o abordare investigațională *complexă* (cantitativă și calitativă), *interdisciplinară* (în raport cu alte științe psihologice: psihologia personalității, psihologie socială, psihologie educațională prin analiza factorilor psihosociali) și *aplicativă*, prin elaborarea, implementarea și validarea eficienței unui program de intervenție psihologică. Abordarea investigațională vizează determinarea relațiilor dintre calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietatea personalității; identificarea percepțiilor studenților cu privire la conceptele de calitate a vieții și adaptabilitate psihosocială; identificarea particularităților calității vieții, adaptabilității psihosociale și a anxietății în funcție de factorii psihosociali precum și a particularităților calității vieții, adaptabilității psihosociale a persoanelor cu niveluri distincte de anxietate.

**Semnificația teoretică a cercetării** vizează completarea cadrului teoretico-științific cu sinteze din literatura de specialitate privind problematica calității vieții, adaptabilității psihosociale și anxietății. Acestea se referă la tipurile și particularitățile calității vieții, particularități specifice ale adaptabilității psihosociale și anxietății. Sunt concretizate contribuțiile proprii în structurarea sintezelor teoretice, prezentând și analizând în teză studii recente la tema cercetării care au contribuit la conturarea unui *Model teoretic explicativ al relației calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietatea*; elaborarea definițiilor de lucru pentru calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietate, în contextul prezentei lucrări. Rezultatele cercetării date consolidează aspectele teoretice ale psihologiei generale.

**Valoarea aplicativă a cercetării** constă în studiul calității vieții, adaptabilității psihosociale și anxietății; identificarea particularităților conceptelor de bază a tezei din perspectiva factorilor psihosociali: țara de origine a subiecților experimentali (perspectivă culturală), gen, mediul de proveniență, nivelul de studii, ciclul universitar, anul de studii, vârstă, utilizarea aromelor

uleiurilor esențiale, tipuri de uleiuri esențiale utilizate; identificarea percepțiilor studenților privind calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială; elaborarea *Modelului praxiologic explicativ privind relațiile calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietatea*; identificarea *Profilului personalității cu diferit nivel de anxietate din perspectiva calității vieții și a adaptabilității psihosociale*; elaborarea și validarea programului de intervenție psihologică *Diminuarea nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții*. Datele experimentale vor fi utile cercetătorilor, psihologilor, psihoterapeuților, studenților, altor persoane interesate de subiectul dat.

**Rezultatele obținute, care contribuie la soluționarea problemei științifice importante** constau în faptul că a fost completat cadrul teoretico-științific cu sinteze din literatura de specialitate privind problematica calității vieții, adaptabilității psihosociale și anxietății la studenți. A fost determinată relația dintre conceptele studiate: calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietatea personalității. Din rezultatele noi se conturează și *Modelul teoretic explicativ al relației calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietatea*; *Modelul praxiologic explicativ privind relațiile calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietatea*; *Profilul personalității cu diferit nivel de anxietate din perspectiva calității vieții și a adaptabilității psihosociale*; Programul de intervenție psihologică *Diminuarea nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții studenților*.

**Aprobarea rezultatelor științifice.** Rezultatele cercetării au fost aprobate în cadrul Departamentului de Psihologie al Facultății de Psihologie, Științe ale Educației, Sociologie și Asistență Socială a Universității de Stat din Moldova, Departamentului de Psihologie al Facultății Psihologie și Științe ale Educației, a Universității Hyperion din București. De altfel, rezultatele au fost prezentate în lucrări științifice și discutate la foruri științifice de nivel național și internațional.

**Sumarul compartimentelor tezei.** Lucrarea cuprinde adnotările (în limba română, rusă și engleză), introducere, 3 capitole, concluzii generale, 155 pagini text de bază, bibliografie constituită din 255 titluri, 15 anexe. Textul lucrării este ilustrat prin intermediul a 53 tabele și 18 figuri.

În **Introducere** este argumentată actualitatea și importanța temei abordate, fiind reflectată situația în domeniu și identificat problema de cercetare. De asemenea, sunt evidențiate scopul, obiectivele și ipoteza de cercetare, este descrisă și justificată sinteza metodologiei de cercetare și sumarul compartimentelor tezei.

În Capitolul 1 intitulat **Fundamente teoretice ale calității vieții, adaptabilității psihosociale și anxietății**, sunt prezentate dimensiunile teoretice ale conceptului de calitate a vieții; sunt prezentate definiții, modele ale calității vieții precum și relația conceptului de calitate a vieții cu alți factori și fenomene psihologice. La fel, sunt prezentate abordările teoretice ale

conceptului de adaptabilitate psihosocială; conceptul de anxietate, tipuri de anxietate și particularități ale calității vieții, adaptabilității psihosociale și anxietății personalității studentului.

În Capitolul 2, **Calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială a persoanelor cu anxietate: studiu de constatare**, este prezentat amplu designul și metodologia cercetării constatative inclusiv scopul, obiectivele, ipotezele; sunt prezentate caracteristicile eșantionului cercetării, modalitatea de constituire a eșantionului experimental și descrierea detaliată a instrumentelor psihometrice administrate subiecților experimentali; sunt prezentate rezultatele studiului de constatare care fac referință la percepțiile subiecților experimentali privind conceptul de calitate a vieții și despre adaptabilitatea psihosocială. Detaliat sunt prezentate nivelurile de manifestare a variabilelor, conform testelor administrate în cercetare pentru blocul instrumentelor psihometrice care descriu calitatea vieții, adaptarea psihosocială și anxietatea. Capitolul dat finalizează cu descrierea rezultatelor experimentului de constatare care face referință la relația calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietatea.

În Capitolul 3, **Cadrul formativ de diminuare a nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții** sunt prezentate prevederile generale ale metodologiei de diminuare a nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții studenților, este prezentat designul demersului formativ. Totodată sunt prezentate caracteristicile programului de intervenție psihologică *Diminuarea nivelului de anxietate prin eficientizarea adaptabilității psihosociale și a calității vieții*, dar și rezultatele experimentului care demonstrează eficiența demersului formativ. La sfârșitul fiecărui capitol sunt prezentate concluziile deduse din demersul investigativ.

**Concluzii generale și recomandări.** În baza rezultatelor teoretice și aplicative s-au conturat concluziile generale ale tezei și contribuțiile pe care le aduce această cercetare, problema științifică soluționată, recomandări și direcții viitoare de cercetare. În concluziile generale sunt sintetizate rezultatele obținute în cele două etape ale cercetării prin ansamblul studiilor prezente, având în vedere valoarea teoretică și aplicativă a acestora. Este prezentat succint cadrul teoretic de conceptualizare a conceptelor de calitate a vieții, adaptabilitate psihosocială, anxietate și cadrul empiric al lucrării. Sunt formulate recomandări în baza rezultatelor obținute și sugerate direcții de cercetări ce pot fi realizate ulterior care ar îmbogăți cadrul științifico-practic în dezvoltarea conceptelor studiate.

# 1. FUNDAMENTE TEORETICE ALE CALITĂȚII VIEȚII, ADAPTABILITĂȚII PSIHOSOCIALE ȘI ANXIETĂȚII

## 1.1. Incursiuni istorice ale conceptului de calitate a vieții

Organizația Mondială a Sănătății definește calitatea vieții ca fiind percepția indivizilor asupra propriei situații în contextul social, având în vedere valorile culturale ale mediului în care trăiesc, precum și în funcție de nevoile, standardele și aspirațiile lor personale [246]. Calitatea vieții definește un concept prin intermediul căruia pot fi evaluate în toată complexitatea lor condițiile de viață, nivelul de trai, standardul și stilul de viață a populației [55, p. 92]. De altfel, conceptul de calitate a vieții își are rădăcinile în tradițiile filozofice timpurii, când filozofii dezbăteau elementele care duc la plăcere și bunăstare. Aristotel a examinat conceptul de eudemonism, care semnifică doctrina morală, filosofică de urmărire a unei existențe împlinite și prospere. De la filozofii care dezbăteau principiile mai sus amintite, societatea s-a dezvoltat și a reapărut nevoia studiului calității vieții prin prisma schimbărilor sociale. Schimbarea majoră s-a produs la sfârșitul sec. 19 - începutul sec. 20, nu numai pentru conceptualizarea, definirea și dezvoltarea conceptului de calitate a vieții, ci și pentru toată societatea în general. Pe măsură ce națiunile au devenit mai bogate, industrializate, tehnologizate și nevoile de bază ale populației au fost în mare parte satisfăcute, atenția s-a mutat pe nivelurile superioare ale piramidei nevoilor așa cum a fost conceptualizată de Maslow [36].

Conceptul de calitate a vieții a fost analizat și a evoluat în societățile dezvoltate, mai precis în societatea nord-americană, începând cu momentul în care Președintele Statelor Unite ale Americii, Lindon Jhonson, a declarat că, realizările societății americane pot fi măsurate prin calitatea vieții populației băștinașe. S-a pornit de la faptul că, abundența materială nu este suficientă pentru ca oamenii să fie mulțumiți de viața lor, ceea ce a dus la necesitatea unei evaluări mai ample, globale și specifice a problemelor de viața a populației [3]. De-a lungul istoriei câteva mari categorii profesionale au studiat și au contribuit la dezvoltarea conceptului de *calitate a vieții* cele mai importante fiind economie, medicină și sociologie, psihologie. Datorită studiului multidisciplinar fiecare domeniu a definit conceptul prin prisma expertizei sale.

I. Mărginean afirmă că preocupările pentru calitatea vieții nu au apărut din logica însăși a dezvoltării științei, ci au fost impuse acesteia din exterior, reprezentând răspunsul la o anumită criză a creșterii, specifică societății actuale [32-34]. Calitatea vieții, în concepțiile autorului Faraquhar, este cel mai multidisciplinar termen, aflat în uzul curent. În viziunile autorului conceptul de calitate a vieții este studiat din perspectiva mai multor discipline: psihologie, filosofie, medicină, economie, științele mediului, sociologie [apud 55, p. 92]. Abordarea calității vieții în Republica Moldova s-a realizat în special din perspectivă economică (A. Cojuhari, S.

Gorobievschi) și sociologică (T. Danii). Conform opiniei ultimului cercetător, calitatea vieții reprezintă un concept social-economic prin intermediul căruia pot fi evaluate în toată complexitatea lor condițiile de viață, nivelul de trai, standardul și stilul de viață a populației Republicii Moldova [55].

În medicină, calitatea vieții se referă la starea de bine fizică, psihică și socială a individului, precum și la abilitatea pacienților de a-și desfășura activitățile zilnice și de a face față provocărilor cotidiene [15]. Revoluția industrială a provocat schimbări substanțiale în mediul social determinând îngrijorări privind bunăstarea populației urbanizate. Ca reacție a apărut „utilitarismul”, o filosofie ce pune accent pe creșterea fericirii și reducerea suferinței pentru cel mai mare număr de indivizi din populație. Unul din reformatorii sociali a fost Bentham (1789) care susținea că fericirea și bunăstarea sunt elemente fundamentale ale calității vieții unei persoane [93, p. 7]. Conceptul calității vieții în sociologie își are originea în chiar primele scrieri din domeniu, pe care le regăsim în lucrarea lui Durkheim „*Suicid. Studiu în sociologie*” [124]. Deși conceptul nu a fost denumit în mod explicit așa cum îl numim astăzi, Durkheim, prin cercetarea suicidului și a conexiunilor acestuia cu alți factori sociali, a fondat bazele explorării calității vieții în context social [124].

Un alt moment istoric important, un motor de dezvoltare socială, a fost sfârșitul celui de-al doilea război mondial, perioadă în care s-au dezvoltat și implementat la nivel de stat indicatorii sociali; printre primii în Europa fiind implementați în Regatul Unit. De asemenea, această perioadă a fost una care a permis înființarea mai multor organisme internaționale, care, mai apoi, aveau să contribuie la definirea, standardizarea și implementarea indicatorilor de calitate a vieții și a standardelor aferente. Reconstrucția socială după cel de-al doilea război mondial a intensificat eforturile sociologilor și a adus în prim plan indicatorii de evaluare a calității vieții. Morris introduce conceptul de indicatori sociali care au ca scop măsurarea unor dimensiuni ai progresului social precum: sănătate, educație și bunăstare economică [220]. Printre primele mențiuni legate de bunăstarea socială în domeniul economic sunt cele ce se pot regăsi în lucrări precum cea a lui Adam Smith, în care se argumentează rolul creșterii economice în îmbunătățirea bunăstării sociale încă din 1776. În anul 1934, Simon Kuznets a publicat un raport, „*Venitul Național 1929-1932*”, care a fundamentat măsurarea veniturilor naționale în unitatea denumită Produs intern Brut (PIB). Kuznets a vizat ca acest raport să reprezinte baza legislativă a SUA în ceea ce privește standardizarea și măsurarea activităților economice și să fie reprezentativ pentru performanța economică a statului, fiind un instrument mult mai bine configurat decât instrumentele utilizate până în acel moment [112, p. 512]. Tranziția de la utilizarea instrumentelor cu indicatori singurari și încorporarea acestora în indicatori complecși, ce țin cont și de indicatori ce măsoară bunăstarea și calitatea vieții indivizilor, a reprezentat un punct de cotitură în paradigma socială și legislativă.

Starea de bine subiectivă sau satisfacția în viață sau fericirea au fost interconectate cu sănătatea, venitul și starea generală de bine. Cercetările lui R. Easterlin, mai exact Paradoxul Easterlin formulat în 1974 s-a dovedit a fi instrumental în înțelegerea lipsei de relație dintre creșterea veniturilor și nivelul de fericire. Astfel, s-a demonstrat că deși există o relație pozitivă, în unele țări, între creșterea veniturilor și starea de bine subiectivă raportată, această relație dispare o dată cu trecerea timpului în cadrul aceluiași setting social, iar în alte țări această relație nici nu există. Condiția dispariției relației pozitive între creșterea veniturilor și starea subiectivă de bine este dată de împlinirea sau atingerea unui nivel minim de nevoi materiale [126, p. 514].

Astfel, conceptul calității vieții era introdus în cadrul indicatorilor sociali și avea să cuprindă noi subdezvoltări precum democrația, capitalul social, sănătatea, drepturile, libertatea, condițiile de muncă și capacitățile fundamentale. În anii 1990, o „listă a nevoilor umane fundamentale” a fost întocmită în principal pe fundamentul explicațiilor lui A. Sen și teoriei capacităților lui Nussbaum. Pe baza acestor lucrări, s-au definit ulterior *indicatorii de dezvoltare umană* de către ONU [238]. A. Sen subliniază importanța îmbunătățirii capacităților și oportunităților individuale ca element fundamental al stării de bine. Abordează economia dincolo de paradigma tradițională punând accent pe libertatea individului de a alege și de a trăi viața care îi împlinește. Starea de bine nu este determinată de bunăstarea materială sau de venituri, ci de abilitatea individului de a atinge capacități și oportunități valoroase [217, p. 42]. Un alt instrument economic valoros este indexul de sărăcie multidimensional care a fost teoretizat de Alkire și Foster [77]. Acest index conține dimensiuni precum: sănătatea, educația și standardul de viață, prin identificarea unor indici ca: nutriția, mortalitatea în rândul copiilor, anii de școlarizare și accesul la apă curată. Indexul oferă o înțelegere mai profundă asupra sărăciei, decât indicii pur economici, și permite legislativului să țintească mai eficient diversele neajunsuri, inclusiv prin adoptarea unei legislații specifice și mai bine aplicate pentru reducerea nivelului de sărăcie sau a altor strategii care să ducă la îmbunătățirea stării de bine a individului [31, p. 481].

Mișcarea privind calitatea vieții, care a început în cadrul științelor sociale pe la mijlocul secolului al XX-lea, trebuie corelată cu cele mai recente cercetări despre fericire și bunăstare. Acest interes implică o revoluție metodologică mai complexă decât simpla cercetare a fericirii. *Homo economicus* s-a definit în economia comportamentală și experimentală în ultimele două decenii. Prosperitatea economică poate fi privită și ca convergența mai multor linii de cercetare în alte științe, existând studii privind inclusiv efectele negative ale progresului economic asupra calității vieții și psihologia experimentală și socială [232, p.463].

Apariția și răspândirea acestei mișcări au fost favorizate de cultura anilor 60, care a urmărit să depășească concepție economică a procesului de creștere economică. Lucrările multor economiști (Myrdal, Galbraith, Hirschman), care gândeau și înafara curentului principal al teoriei

economice pure, au fost surse de inspirație pentru mulți profesioniști din cadrul științelor sociale și pentru multe proiecte de cercetare privind definirea indicatorilor sociali. Scopul a fost acela de a găsi soluții operaționale capabile să cuantifice eficient conceptul de „calitate a vieții” pentru a se ajunge la o „responsabilitate socială”. Această „mișcare a calității vieții” subliniază, în principal, aspectele realității obiective și normative (sau etice) ale unei vieți bune, în timp ce mai târziu „mișcarea fericirii” avea să se caracterizează printr-o abordare cu accente subiective, bazată pe evaluări auto-raportate, pe chestionare.

O privire de ansamblu asupra evaluărilor pe care le fac cercetătorii din Republica Moldova în ceea ce privește calitatea vieții relevă puncte pozitive, care reprezintă elementele de sprijin în viață, în timp ce alte componente se mențin în limite negative, constituind surse permanente de insatisfacție și reprezentând riscuri de marginalizare și excluziune socială [33]. În România, în anul 1990 a fost înființat Institutul de Cercetare a Calității Vieții, având ca obiective efectuarea de cercetări în domeniul calității vieții, în contextul transformărilor politice, economice și sociale de după 1989, și elaborarea metodologiilor de evaluare a nivelului calității vieții. În concluzie, analiza incursiunilor istorice ale conceptului de calitate a vieții evidențiază caracterul său profund dinamic, complex și multidimensional, rezultat al evoluțiilor sociale, economice, culturale și științifice ale societății. De la reflecțiile filozofice timpurii asupra fericirii și vieții împlinite, până la abordările contemporane fundamentate pe indicatori sociali, economici și psihosociali, conceptul de calitate a vieții s-a conturat ca un construct integrativ, indispensabil în înțelegerea bunăstării umane. Dezvoltarea sa a fost strâns legată de procesele de modernizare, industrializare și globalizare, care au impus depășirea paradigmatelor exclusiv economice și orientarea către evaluări ce includ dimensiuni subiective, relaționale și contextuale ale existenței umane. Contribuțiile multidisciplinare din economie, sociologie, medicină, psihologie și științele politice au permis rafinarea conceptului și operaționalizarea sa prin indicatori tot mai sofisticăți, capabili să surprindă atât condițiile obiective de viață, cât și percepțiile și evaluările individuale. În acest cadru, teoriile contemporane ale bunăstării, precum abordarea capacităților sau modelele de evaluare multidimensională, subliniază faptul că nivelul calității vieții nu poate fi redus la prosperitatea materială, ci reflectă libertatea, oportunitățile și capacitatea indivizilor de a-și construi o viață valorizată. Astfel, conceptul de calitate a vieții se afirmă ca un reper esențial pentru cercetarea științifică și pentru fundamentarea politicilor publice, oferind un cadru analitic relevant pentru înțelegerea și îmbunătățirea condițiilor de viață ale populației în societățile contemporane.

În completarea incursiunii istorice, literatura psihologică contemporană subliniază faptul că „calitatea vieții” nu poate fi înțeleasă exclusiv prin indicatori obiectivi, ci necesită o abordare centrată pe experiența subiectivă a individului. Astfel, cercetările din domeniul psihologiei pozitive, inițiate de Diener, Ryff și Seligman, au evidențiat rolul esențial al bunăstării subiective

și psihologice în definirea calității vieții. Diener definește bunăstarea subiectivă ca integrarea satisfacției față de viață și a echilibrului afectiv (emoții pozitive vs. negative), considerând-o un indicator central al calității vieții [118]. În mod complementar, modelul lui Ryff propune o abordare eudaimonică, incluzând dimensiuni precum autonomia, relațiile pozitive, sensul vieții și dezvoltarea personală [210].

Din perspectivă psihosocială, calitatea vieții este profund influențată de procesele de adaptare și integrare socială. Modelul tranzacțional al stresului și copingului elaborat de Lazarus și Folkman evidențiază faptul că evaluarea cognitivă a situațiilor de viață și strategiile de coping utilizate influențează direct percepția calității vieții [170]. Această perspectivă este esențială pentru înțelegerea relației dintre calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială, sugerând că indivizii nu reacționează pasiv la condițiile de viață, ci le interpretează și le gestionează activ. Mai mult, teoria autodeterminării (Self-Determination Theory) formulată de Deci și Ryan aduce o contribuție majoră în explicarea mecanismelor psihologice ale bunăstării, evidențiind rolul satisfacerii nevoilor fundamentale de autonomie, competență și relaționare în menținerea unei calități ridicate a vieții [115]. Această abordare creează o punte conceptuală între dimensiunea individuală și cea socială a calității vieții. În același timp, studiile din domeniul sănătății mintale arată că nivelul calității vieții este strâns corelat cu prezența sau absența simptomelor de anxietate și depresie. De exemplu, cercetările WHOQOL Group au demonstrat că percepția calității vieții include domenii precum sănătatea psihologică, relațiile sociale și mediul, toate fiind afectate semnificativ de tulburările anxioase [234]. În acest context, devine evident că analiza calității vieții trebuie extinsă către concepte conexe precum adaptarea psihosocială și anxietatea, întrucât acestea nu doar influențează percepția bunăstării, ci constituie mecanisme explicative ale variațiilor acesteia între indivizi și grupuri. Astfel, variabilele incluse în cercetarea de față (gen, vârstă, mediu de proveniență etc.) capătă relevanță în măsura în care reflectă diferențe în resursele psihologice și sociale disponibile. Prin urmare, această perspectivă psihologică și psihosocială justifică necesitatea aprofundării, în subcapitolele următoare, a modelelor teoretice ale calității vieții, a conceptului de adaptabilitate psihosocială și a anxietății, precum și a interacțiunii dintre aceste variabile. Integrarea acestor dimensiuni permite o abordare comprehensivă, în care calitatea vieții este analizată nu doar ca rezultat, ci și ca proces dinamic de interacțiune între individ și mediul său social.

## **1.2. Definiții, modele, factori, dimensiuni ale calității vieții**

Potrivit Oxford Dictionary, conceptul contemporan de *calitatea vieții* este legat de sănătatea, confortul și fericirea unui individ, sugerând o anumită similitudine cu termenul de *standard de viață*, care se concentrează pe resursele financiare și nivelul de confort al unei persoane sau grup.

După I. Mărginean, calitatea vieții este definită printr-un ansamblu de factori care includ condițiile fizice, economice, sociale, culturale, politice și de sănătate în care trăiesc oamenii. De asemenea, aceasta se referă la natura și conținutul activităților desfășurate, relațiile și procesele sociale la care indivizii participă, accesul la bunuri și servicii, modelele de consum adoptate, precum și modul și stilul de viață. Evaluarea acestor aspecte se face în raport cu așteptările populației, incluzând percepții subiective de satisfacție sau insatisfacție, fericire sau frustrare, și gradul în care rezultatele activităților îndeplinesc aceste așteptări [33]. Gradul în care „cel mai bun mod posibil de a trăi” este atins poate varia semnificativ, de la un nivel ridicat la unul scăzut sau de la bogăție la sărăcie. De regulă, acest concept este comparat, explicit sau implicit, cu durata vieții, adică numărul de ani trăiți, care pot fi caracterizați printr-o calitate a vieții satisfăcătoare, excelentă sau, din contră, nesatisfăcătoare. În această privință, definițiile comune ale calității vieții pun accentul pe dimensiuni care depășesc simpla supraviețuire sau longevitate. Acestea includ aspecte care contribuie la o viață împlinită, fericită și valoroasă, cum ar fi sensul activității profesionale, autorealizarea (dezvoltarea completă a abilităților și potențialului) și un standard de viață decent. Cu toate acestea, abundența resurselor materiale nu reprezintă unică garanție pentru satisfacția față de propria viață [48].

Mai mulți autori au propus definiții ale conceptului de „calitatea vieții”, însă nu există o definiție agreată universal. Lawton [169, p. 350] a propus o descriere detaliată și surprinzător de actuală a conceptului de calitate a vieții. El a definit „viața bună” prin patru dimensiuni esențiale: competența comportamentală, bunăstarea psihologică, percepția asupra calității vieții și mediul obiectiv în care individul trăiește. Într-o abordare mai specifică, Katschnig a conceptualizat calitatea vieții ca un domeniu complex, dar vag, care integrează bunăstarea psihologică, funcționarea socială și emoțională, starea de sănătate, performanțele funcționale, satisfacția generală cu viața, sprijinul social și nivelul de trai. În evaluarea acestor aspecte, se folosesc atât indicatori normativi, cât și obiectivi și subiectivi, care măsoară funcționarea fizică, socială și emoțională a individului.

Cercetătorul I. Mărginean (1991), într-un studiu publicat în revista „Calitatea vieții”, prezintă o listă de asocieri de cuvinte vis-à-vis de acest concept, propuse de diferiți autori. Unele dintre acestea sunt: - condițiile necesare pentru fericire - McCall (1975); - satisfacție subiectivă – Terhune (1973); - potențial de adaptare - Colby (1987); - gradul în care o persoană își îndeplinește scopurile în viață – Cella, Cherin (1987); - semnificație pentru fiecare om a vieții sale – Zamfir (1993); - importanța subiectivă acordată vieții – Jolles, Stalpers (1978). Specialiștii nu au ajuns încă la un consens asupra unei definiții unitare a conceptului de calitate a vieții. În consecință, în practica măsurării empirice a acestui concept, apar adesea comparații între indicatori care nu sunt întotdeauna omogeni sau comparabili, ceea ce poate fi descris metaforic ca o comparație între

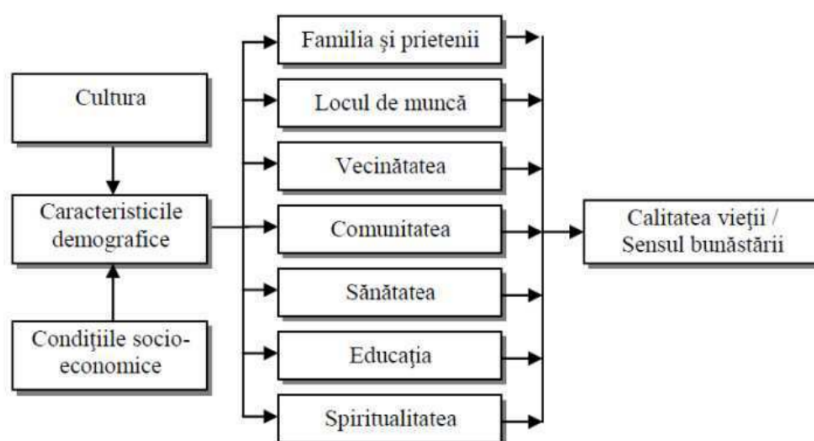
„pere și mere” (Veenhoven, 2000). Prin calitatea vieții se înțelege și bunăstarea fizică, psihică și socială, și capacitatea de a îndeplini sarcinile obișnuite în existența cotidiană [apud 8].

La nivel teoretic, analiza conceptului de calitate a vieții a condus la o apropiere definitivă între acest construct și noțiunea de bunăstare subiectivă, datorită integrării în sfera lor conceptuală a satisfacției vieții, precum și a emoțiilor pozitive și negative. Această suprapunere permite considerarea celor două concepte ca fiind, într-o anumită măsură, interschimbabile. Așa cum am menționat anterior, originile conceptului de calitate a vieții s-au bazat pe observația că abundența materială nu constituie unică garanție a satisfacției individuale, iar dezvoltarea economică, concentrată exclusiv pe industrializare, poate genera și efecte negative asupra bunăstării generale. Aceasta este rațiunea pentru care, dimensiunea psihologică a calității vieții constituie o verigă esențială, astfel cum se menționează și în cercetările realizate în acest domeniu de către E. Zaharia, I. Mărgineanu (et.al.) [32]. Astfel, definițiile contemporane ale calității vieții pun un accent mai mare pe componentele psihologice decât pe cele economice, incluzând aspecte precum: starea emoțională, stilul de viață, orientările valorice, starea de sănătate fizică și mentală, nivelul de educație, și altele [29]. Harper și Power, în 1998, au dat o definiție mai teoretică noțiunii de „calitatea vieții”, definiție preluată și de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), afirmând faptul că „*Calitatea vieții este percepția individului asupra poziției sale în viață în contextul culturii și sistemelor de valori pe care le trăiește și în relație cu obiectivele, așteptările, standardele și preocupările sale*”. Toate aceste definiții oferă cercetătorilor o înțelegere generală a conceptului de calitate a vieții; totuși, ele nu clarifică modul în care diverșii factori incluși în definițiile calității vieții interacționează pentru a construi un cadru coerent în care acest concept să fie înțeles și aplicat [244, p. 557]. Așa cum reiese din definițiile prezentate anterior, nu există un consens universal între cercetători în privința unei definiții unice a calității vieții. Nu este surprinzător că unii cercetători au evitat să propună o definiție clară a acestui concept. O analiză realizată de Gill și Feinstein [137, p. 622], care a revizuit aleatoriu studii despre calitatea vieții, a arătat că doar 15% dintre acestea ofereau o definiție explicită.

Această diversitate a definițiilor poate fi explicată, așa cum susține A. Sîrbu [46; 55], prin faptul că un concept atât de larg utilizat este perceput și aplicat diferit, datorită variabilității contextelor externe, geografice și culturale, precum și a filtrelor conceptuale prin care este interpretat. Autorii [46, p. 24] Autorii au delimitat două tipologii distincte ale calității vieții. a) obiectivă - „care presupune măsurile obiective ce denotă „standardul individual de viață reprezentat de condițiile verificabile caracteristice unei unități culturale”; și b) Calitatea subiectivă a vieții, definită ca „gradul în care viața individuală este percepută ca îndeplinind unele standarde interne, explicite sau implicite” [46, p. 23]. În anii 1998-2002, grupul experților Comisiei Uniunii Europene pentru elaborarea *Standardelor privind calitatea vieții* a identificat 4 planuri majore

care, astfel cum am mai menționat, în viziunea lor, contribuie la creșterea calității vieții unei persoane: relațiile individului cu mediul; prezența și participarea sa la acțiunile comunitare; opțiunile, preferințele și perspectivele personale; nutriția și sănătatea [55]. Calitatea vieții, înțeleasă în termeni de bunăstare - fericire percepută, stimă de sine, reușite academice, pare să promoveze și să fie promovată de factori din registrul competenței sociale, precum comportamentul prosocial și abilitățile de cooperare [83]. Calitatea vieții cuprinde toate elementele de bunăstare materială, spirituală și socială, de confort și sănătate, care privesc omul, mediul și modul său de viață și de muncă, fiind o expresie sintetică a studiului de dezvoltare a societății respective [3].

Modelul Bortwick-Duffy (1992), elaborat în cadrul Universității din Oklahoma, operează cu dimensiuni esențiale ale calității vieții, ce includ: mediul rezidențial; relațiile interpersonale; influența comunității și stabilitatea vieții.



**Fig. 1.1. Reprezentarea schematică a modelului calității vieții - Bortwick-Duffy**

(conform cercetării elaborate la Universitatea din Oklahoma, 1992)

Acest model reprezintă una din primele abordări ale calității vieții sub aspectul vieții sociale și al relațiilor interumane, în care este mai puțin luată în considerație latura economică și aportul individului în asigurarea unei vieți bune. A. Neculau (1996), consideră că nu se poate concepe o existență de calitate fără învățarea comportamentelor interpersonale, precum: acordarea ajutorului, generozitatea, înțelegerea faptului că altul reprezintă un univers la fel de complex precum sinele [apud. 55, p. 92].

În numeroase lucrări de specialitate, conceptul de calitate a vieții este adesea abordat în contextul problematica fericirii, un domeniu cu rădăcini adânci în antichitate [48, p. 115]. Aceste idei sunt prezentate și de către V. Bătrânescu, S. Gorobievski care susțin că, acest concept de „calitate a vieții” a apărut destul de clar în rândul populației, fiind asimilat conceptului vechi popular de fericire. Autorii consideră că, între cele două concepte calitatea vieții și fericire există puternice asemănări, însă există și deosebiri semnificative: 1. Fericirea se referă la o stare

subiectivă, adică sentimentul de împlinire sau de satisfacție, pe când calitatea vieții are în vedere mai mult condițiile care produc și contribuie la dezvoltarea stării de fericire. 2. De asemenea, fericirea este un concept etic-individual, în sensul că fiecare poate acționa pentru a atinge această stare; în timp ce, conceptul de calitate a vieții este asociat cu o perspectivă sociologic-colectivă. 3. Calitatea vieții stă la baza unei politici, în sensul că întreaga societate trebuie să acționeze pentru a îmbunătăți condițiile de viață ale tuturor membrilor săi [3].

Calitatea vieții omului în societate depinde și de modul de conviețuire a membrilor săi, de măsura în care aceștia se acceptă, se respectă și se susțin reciproc, învață unii de la alții, își unesc eforturile pentru binele comun, spre ameliorarea continuă a vieții lor materiale și spirituale. Impactul factorilor sociali asupra formării personalității este mediat, nu doar prin diferențele de conținut ale realității sociale, dar și de caracteristicile individuale psihologice ale persoanei. Nu numai realitatea obiectivă, ci și selectivitatea obligațiilor individuale cu această realitate, influențează pozitiv sau negativ asupra calității vieții unei persoane. Societatea contemporană, având la bază succesul individual, încurajează involuntar acele calități morale ale individului, care încep să domine normele morale sau ale bunului simț. Însă lipsa de perspectivă morală distruge cele mai reușite planuri economice ale unei societăți. Misiunea de a forma oameni capabili să se adapteze la diverse situații de viață prin identificarea modalităților optime de instruire și învățare îi aparține nu doar școlii, ci și altor instituții de învățământ. „*Cu cât cineva cunoaște mai mult și cu cât mai exact și într-o măsură cât mai mare într-un anumit domeniu, cu atât el devine mai curios*”, în concepția autorului Skowronek. Din această perspectivă devine clar rolul instruirii în formarea unor abilități generale necesare ființei umane în dobândirea unui stil de viață sănătos, stil de comunicare cooperativ, apreciat de ceilalți, precum și pentru dezvoltarea încrederii în sine și în alții [7, p. 27].

În contextul prezent, opinia lui R.L. Schalock se dovedește a fi deosebit de relevantă, el identificând mai multe dimensiuni esențiale ale calității vieții:

1. *Bunăstarea emoțională și psihică*: Acest aspect include indicatori precum fericirea, satisfacția personală, sentimentul de identitate, gestionarea stresului, stima de sine, îmbogățirea vieții spirituale și sentimentul de siguranță.

2. *Relațiile interumane*: Se referă la aspecte precum intimitatea, afecțiunea, prietenii, contactele sociale și suportul social, inclusiv dimensiunile acestui suport.

3. *Bunăstarea materială*: Este ilustrată prin indicatori precum proprietatea, stabilitatea locului de muncă, veniturile adecvate, accesul la hrană corespunzătoare, deținerea bunurilor (mobile și imobile), locuința și statutul social.

4. *Afirmarea personală*: Include competența profesională, promovarea în carieră, implicarea în activități intelectuale stimulante, abilități profesionale solide, realizarea profesională și nivelul educațional corespunzător profesiei.

5. *Bunăstarea fizică*: Se concretizează prin sănătatea generală, mobilitatea fizică, alimentația adecvată, disponibilitatea timpului liber, accesul la servicii medicale de calitate, asigurările de sănătate, activitățile recreative (hobby-uri) și starea fizică optimă, reflectată în cei patru S: Strength (forță), Stamina (rezistență), Suppleness (suplețe) și Skills (îndemânare).

6. *Independența*: Aceasta implică autonomia în viață, capacitatea de a face alegeri personale, luarea deciziilor, autocontrolul, prezența unor valori și scopuri clare, și auto-conducerea în viață.

7. *Integrarea socială*: Se referă la statutul și rolul social, acceptarea în grupuri sociale, accesul la suport social, un climat de muncă stimulat, participarea la activități comunitare, implicarea în organizații non-guvernamentale și apartenența la comunități spiritual-religioase.

8. *Asigurarea drepturilor fundamentale*: Acestea includ dreptul la vot, dreptul de proprietate, la intimitate, accesul la educație și cultură, și dreptul la un proces echitabil și rapid [apud. 3].

Cu toate acestea, diferiți cercetători [46] au opinii variate privind gradul de specificitate sau generalitate al definițiilor acestui concept. Unii susțin că multidisciplinaritatea și generalitatea oferă o acoperire mai extinsă, în timp ce alții argumentează că o generalitate excesivă poate reduce puterea analitică a conceptului.

### ***Relația conceptului de calitate a vieții cu alți factori și fenomene psihologice***

În ultimele decenii, interesul a crescut considerabil pentru identificarea factorilor care contribuie la menținerea bunăstării psihologice. Cercetătorii au deplasat atenția de la analizele statistice la nivelul populației către evaluarea calității vieții dintr-o perspectivă individuală. S-au explorat mecanismele interne, precum atitudinile, scopurile, preocupările, percepțiile și aspirațiile personale, care influențează evaluarea individuală a calității vieții într-un context cultural și valoric specific [48].

În același context, sunt importante și concepțiile autorului N. Opopol cu referire la factorii care influențează calitatea vieții. Conform autorului calitatea vieții, include: - *potențialul demografic* (mișcarea naturală a populației, structura populației); - *starea sănătății populației* (mortalitatea, cauzele decesului, patologiiile specifice, mortalitatea infantilă, longevitatea medie a populației, morbiditatea social determinată); - *evaluarea factorilor de risc* (factorii care determină calitatea existenței umane, evaluarea factorilor raportată la media pe republică, evaluarea calității existenței umane); - *factorii geologici de risc* (alunecări de teren); - *infrastructura socială* (nivelul de dezvoltare al infrastructurii sociale, tipurile de infrastructură, asigurarea de medici și personal medical mediu, valoarea calorică a rației alimentare, nivelul salubrității spațiului locativ); - *factorii biogeochimici de risc, veniturile și consumul, bioclima și fenomenele naturale*

*nefavorabile, stresul social, presiunea tehnogenă.* Astfel, generalizând ideile enumerate, N. Opopol a propus următoarea clasificare a factorilor, ce determină calitatea vieții: 1. *Consumul social*: nivelul veniturilor, calitatea mediului înconjurător, nivelul de consum; 2. *Infrastructura socială*: asigurarea spațiului locativ, sănătatea publică, comunicații; 3. *Stresul social*: șomaj, instabilitatea familiilor, criminalitatea; 4. *Factorii naturali*: procese geologice nefavorabile, anomalii biogeochimice, fenomene atmosferice nefavorabile [apud 3].

Prin calitatea vieții se înțelege bunăstarea fizică, psihică și socială, precum și capacitatea indivizilor de a-și îndeplini sarcinile obișnuite, în existența lor cotidiană. O definiție utilitaristă este propusă de Revicki, Kaplan (1993): calitatea vieții reflectă preferințele individuale pentru anumite stări de sănătate care contribuie la reducerea morbidității și mortalității [203]. Bunăstarea emoțională sau psihică, ca indicator al calității vieții, poate fi caracterizată prin aspecte precum: fericirea, satisfacția de sine, sentimentul de identitate personală, gestionarea stresului, stima de sine, îmbogățirea vieții spirituale și sentimentul de siguranță. Bunăstarea reprezintă totalitatea acțiunilor pe care noi le întreprindem, astfel încât să aducem o schimbare în bine vieții noastre. Cel mai adesea gândim bunăstarea ca o formă de avuție materială. Ea reprezintă o filosofie de viață, care se bazează pe acceptarea faptului că a fi în bună stare nu înseamnă numai să fii bogat. Din ce în ce mai mult, specialiștii sunt interesați de studiul aspectelor psihologice ale bunăstării emoționale sau ale stării de bine (well-being). Dincolo de prosperitatea materială, percepția calității proprii vieți este rezultatul unei „filtrări” a experiențelor trăite prin intermediul unor scheme sau judecăți de valoare referitoare la ceea ce înseamnă satisfacție de viață (life satisfaction) și fericire (happiness) [62].

Pentru a înțelege mai bine definiția termenului de calitate a vieții se fac referințe la mai multe surse și cercetări: C. Zamfir – Indicatori și surse de variație a calității vieții, S. Gorobievschi – Concepte și abordări metodologice de evaluare și creștere a calității vieții, I. Mărginean - Calitatea vieții în România, S. Bălțătescu - Calitatea vieții [3]. În cercetarea calității vieții, cercetătorii disting între măsurile obiective și cele subiective. Măsurile obiective sunt scale care includ elemente ce pot fi evaluate de către persoane externe cercetării, cum ar fi venitul, caracteristicile obiective ale funcționării fizice și numărul de relații sociale. În contrast, măsurile subiective sunt scale ce includ itemi care reflectă evaluările personale, precum satisfacția în diverse domenii ale vieții, și la care răspunsurile pot fi oferite doar de către participanți [254].

Conceptul de calitate a vieții a fost inițial introdus în medicină pentru a explora dimensiuni dincolo de boala pacienților. Deși medicina a abordat în mod tradițional calitatea vieții prin prisma efectelor fizice ale bolii și tratamentului, precum simptomele somatice, a neglijat influența altor factori esențiali, cum ar fi libertatea, sprijinul social și resursele economice. Cercetările recente sugerează că calitatea vieții este mai strâns legată de sentimentul personal de fericire și de

satisfacția subiectivă, decât de probleme obiective, cum ar fi funcționarea fizică. Această abordare subliniază importanța autoevaluării calității vieții, conform afirmațiilor lui Diener: „*Oamenii reacționează diferit la aceleași circumstanțe și evaluează condițiile pe baza așteptărilor, valorilor lor unice și experiențe anterioare*” [118, p. 446].

Bunăstarea reprezintă o componentă subiectivă esențială a calității vieții și, probabil, o dimensiune fundamentală a acesteia [204, p. 447]. Conceptul de bunăstare, similar altor concepte psihologice, beneficiază de mai multe definiții. Una dintre cele mai larg acceptate definiții este aceea care distinge între bunăstarea eudaimonică și cea hedonică [209, p.152]. Bunăstarea eudaimonică, sau psihologică, se referă la realizarea potențialului personal și găsirea sensului în viață, chiar și în fața dificultăților. Aceasta include autoacceptarea, scopul în viață, dezvoltarea personală, relațiile pozitive cu ceilalți, stăpânirea mediului și autonomia. În contrast, bunăstarea hedonică, sau subiectivă, se axează pe plăcere, fericire și satisfacerea dorințelor și nevoilor umane. Deși definiția bunăstării psihologice nu include în mod explicit afectul pozitiv, acesta este adesea considerat un „*produs secundar al vieții eudaimonice*” [209, p. 152; 211, p.1388].

Este clar că, având în vedere, criteriile propuse pentru a analiza calitatea vieții, trebuie să ținem cont de subiectivitate. Totuși, considerând natura complexă a acestui construct, unii cercetători sugerează că ar putea fi util să examinăm și măsurile obiective, precum resursele sociale și materiale, legate de calitatea vieții. Cu toate acestea, studiile arată că măsurătorile obiective sunt predictorii slabi ai calității vieții. Această observație a fost subliniată de analiza literaturii realizată de Hass, care a demonstrat că, în perioada în care cercetarea calității vieții a devenit populară în anii 1960, indicatorii obiectivi, precum statutul socioeconomic, educația și locuința, explicau doar 15% din variația calității vieții, în timp ce indicatorii subiectivi, precum fericirea și satisfacția de viață, explicau 50% din varianță. În plus, există o relație slabă între indicatorii obiectivi și cei subiectivi, sugerând că factorii demografici și indicatorii obiectivi nu sunt predictorii puternici ai calității vieții și că percepțiile individuale sunt esențiale.

OMS a propus, ca principiu, măsurarea calității vieții în șase domenii distincte. și anume: *sănătatea fizică, sănătatea psihologică, independența, relațiile sociale, mediul și credințe personale/spiritualitate/religie*. Fiecare dintre aceste domenii evaluează o anumită dimensiune a ființei umane, astfel: domeniul sănătății fizice evaluează simptomele fizice, inclusiv durerea și disconfortul, nivelul de energie și oboseala, precum și calitatea somnului și odihnei. Domeniul psihologic analizează intensitatea emoțiilor pozitive, gândirea, capacitatea de învățare, memorare și concentrare, stima de sine, imaginea corporală, precum și experiența sentimentelor negative, cum ar fi depresia și anxietatea. Domeniul independenței se axează pe gradul de mobilitate fizică, abilitatea de a se deplasa, realizarea activităților zilnice acasă și în apropiere, dependența de medicație sau tratamente, și implicarea în activități profesionale. Domeniul relațiilor sociale

măsoară sentimentul de a fi iubit, sprijinit și însoțit, evaluând calitatea relațiilor personale, inclusiv căsătoria, prietenii profunde, suportul social și activitatea sexuală. Domeniul mediului examinează sentimentul de siguranță fizică și securitate, resursele economice ale individului, și dacă resursele financiare sunt suficiente pentru a îndeplini nevoile esențiale pentru o viață satisfăcătoare. Acest domeniu include și evaluarea satisfacției privind accesul la servicii sociale și de sănătate, cazare, protecție împotriva daunelor fizice, mediu curat, oportunități de dezvoltare a abilităților, acces la informații, transport și activități recreative. În plus, un al șaselea domeniu evaluează spiritualitatea, religia și credințele personale [244]. Totuși, în chestionarul scurt WHOQOL-BREF pentru evaluarea calității vieții, OMS a inclus doar patru dintre aceste domenii., respectiv: *relații sociale, mediu, sănătate fizică și psihologică* [243; 244].

Comisia Europeană evaluează nouă dimensiuni ale calității de viață, fiecare dimensiune având propriile sub-dimensiuni: 1) *Condiții materiale de viață*; 2) *Activitatea productivă sau principală* [217; 239; 24]; 3) *sănătatea*; 4) *Educația*; 5) *Timpul liber și interacțiunile sociale*; 6) *Siguranța fizică și economică*; 7) *Guvernarea și drepturile fundamentale*; 8) *Mediul natural și de viață* [24] (Anexa 14.1). *Experiența generală a vieții. Satisfacția față de viață*. Primele opt dimensiuni ale calității vieții se concentrează pe diverse aspecte individuale, astfel cum am arătat: condițiile materiale de viață, mediul de viață sau ocuparea forței de muncă, care sunt adesea analizate, atât dintr-o perspectivă obiectivă, cât și dintr-o perspectivă subiectivă, deoarece nicio evaluare a calității vieții nu poate fi completă fără a lua în considerare bunăstarea subiectivă generală a persoanelor, care este poate singura modalitate de a integra diversitatea experiențelor, alegerilor, priorităților și valorilor unui individ. Bunăstarea subiectivă cuprinde trei sub-dimensiuni distincte, dar complementare: *satisfacția față de viață* (sau evaluarea), spre exemplu evaluarea generală a individului asupra propriei vieți; *afecte* (prezența unor sentimente pozitive, cum ar fi bucuria și absența sentimentelor negative, precum tristețea sau furia); și *eudaimonia* (înțelegere și scop - sentimentul că viața are un sens). Bunăstarea este un construct multidimensional, iar bunăstarea materială este doar un aspect din acesta. Utilizarea PIB-ului ca măsură a bunăstării generale omite aspecte importante ale calității vieții, inclusiv sănătatea, educația, vocea politică, conexiunile sociale și insecuritatea. În timp, măsurile de bunăstare subiectivă nu cresc atunci când venitul unei țări crește [126]. Acest lucru se întâmplă în pofida faptului că există dovezi copleșitoare care arată că, pe termen scurt, relația dintre venit și bunăstare este pozitivă și surprinzător de consistentă în interiorul țărilor și între țări [231].

Calitatea vieții face referire la sănătate. În acest context se evidențiază că consecințele tulburărilor depresive sunt severe și invalidante, inclusiv pierderea considerabilă a calității vieții pentru pacienți și rudele acestora, rate crescute de mortalitate, niveluri ridicate de utilizare a serviciilor și costuri economice imense [162, p.127; 250]. Toleranța la stres poate fi

conceptualizată ca fiind capacitatea percepută de a rezista la stres și actul comportamentului de a tolera o stare de stres. Această capacitate de a îndura sau de a face față stresului este asociată cu dezvoltarea și menținerea tulburărilor psihologice și problemelor de sănătate fizică. Toleranța la stres este considerată a fi o variabilă cheie în determinarea duratei și intensității unei game de tulburări psihologice. Persoanele cu niveluri scăzute de toleranță la stres sunt susceptibile să evidențieze niveluri mai ridicate de reactivitate la stres și emoții negative. În consecință, stresul și nivelurile mai scăzute de toleranță la stres sunt asociate cu o serie de rezultate psihologice adverse, inclusiv depresia, anxietatea, PTSD, abuzul de substanțe și tulburările de alimentație. O abordare concentrată asupra predării, învățării și internalizării abilităților de toleranță la stres ca parte a intervențiilor psihologice poate reduce intensitatea simptomelor psihologice, îmbunătățind astfel calitatea generală a vieții [255, p. 409].

De altfel, durerea cronică este asociată cu o gamă largă de dizabilități funcționale care contribuie adesea la scăderea calității vieții: mobilitate redusă, capacitate de muncă diminuată, tulburări de somn, scăderea energiei, stres crescut, tulburări de concentrare, scăderea stimei de sine și a autoeficienței, depresie, anxietate, relații tensionate și izolare socială [197, p. 329]. Incapacitatea de a recunoaște și procesa în mod adecvat și corect expresiile faciale emoționale ar putea duce la eșecuri în dezvoltarea și menținerea relațiilor sociale sănătoase. În fapt, abilitățile slabe de recunoaștere a emoțiilor sunt legate de o calitate mai scăzută a vieții [197, p.45]. Efectele pozitive ale optimismului au fost documentate în multe studii privind satisfacția vieții, calitatea vieții și bunăstarea emoțională. Studiile au arătat că optimismul are relații negative cu simptomele depresive, lipsa de speranță și ideea suicidală. Cramer a examinat relația dintre calitatea vieții și tulburările de personalitate într-un eșantion de 2053 adulți. Persoanele cu tulburări de personalitate evitantă, schizotipală, paranoidă, schizoidă și borderline au demonstrat cele mai scăzute nivele de calitate a vieții [110, p. 182].

Reducerea stresului prin metode de mindfulness este utilă pentru persoanele cu afecțiuni de sănătate pe termen lung, inclusiv cancer, boli de inimă și durere cronică. La persoanele care sunt sănătoase din punct de vedere psihologic, dar care se confruntă cu niveluri ridicate de stres [50, p. 112], metoda de *reducere a stresului bazată pe Mindfulness* (MBSR - Mindfulness-Based Stress Reduction) diminuează simptomele ruminare și epuizare, în timp ce crește afectul pozitiv, autocompasiunea și calitatea vieții. Unul dintre mecanismele prin care optimismul este legat de rezultatele bunăstării este copingul. Oamenii optimiști tind să facă față provocărilor vieții în moduri active, iar acest lucru îi ajută să se adapteze mai bine la situațiile stresante. De asemenea, ei sunt mai predispuși să folosească strategii de abordare de coping, cum ar fi acceptarea și reevaluarea și este mai puțin probabil să folosească evitarea, negarea și retragerea.

În concluzie, analiza definițiilor, modelelor și relațiilor conceptuale ale calității vieții

evidențiază caracterul său profund complex, multidimensional și integrativ, situat la intersecția dintre perspectivele psihologice, sociale, economice și culturale. Lipsa unui consens universal asupra unei definiții unice nu reprezintă o limitare, ci reflectă diversitatea contextelor teoretice și empirice în care conceptul este utilizat, precum și multitudinea factorilor care contribuie la configurarea experienței umane a bunăstării. Din perspectivă psihologică, calitatea vieții se conturează tot mai clar ca o construcție predominant subiectivă, dependentă de percepțiile, valorile, aspirațiile și mecanismele de adaptare ale individului, chiar dacă aceasta este influențată de condiții obiective precum sănătatea, veniturile, educația sau mediul de viață.

Modelele teoretice prezentate, de la cele clasice la cele contemporane, subliniază necesitatea unei abordări holistice, care să includă atât dimensiunile obiective ale existenței, cât și evaluările subiective ale satisfacției de viață, fericirii și sensului personal. Distincția dintre calitatea vieții obiectivă și subiectivă, precum și dintre bunăstarea hedonică și eudaimonică, oferă un cadru conceptual coerent pentru înțelegerea modului în care indivizii își evaluează propria viață dincolo de indicatorii materiali. Cercetările empirice demonstrează constant că măsurile subiective explică o proporție semnificativ mai mare din variația calității vieții comparativ cu indicatorii obiectivi, confirmând rolul central al proceselor psihologice în această evaluare.

Totodată, relația calității vieții cu fenomene psihologice precum bunăstarea emoțională, optimismul, copingul, toleranța la stres, sănătatea mintală și funcționarea socială evidențiază faptul că acest construct este strâns legat de adaptarea psihosocială a individului. Tulburările psihice, durerea cronică, stresul, dificultățile relaționale sau deficitul competențelor emoționale au un impact negativ semnificativ asupra calității vieții, în timp ce resursele psihologice interne și intervențiile bazate pe dezvoltarea abilităților de autoreglare și conștientizare contribuie la îmbunătățirea acesteia. Astfel, calitatea vieții nu poate fi concepută ca un rezultat static, ci ca un proces dinamic, influențat de interacțiunea continuă dintre individ și mediul său. În acest context, abordările propuse de organizații internaționale precum OMS și Comisia Europeană oferă cadre operaționale relevante pentru evaluarea multidimensională a calității vieții, integrând sănătatea, educația, munca, relațiile sociale, siguranța, mediul și guvernarea. Aceste perspective consolidează ideea că îmbunătățirea calității vieții presupune nu doar creștere economică, ci și politici publice orientate spre dezvoltarea capitalului uman, coeziune socială și bunăstare psihologică. Prin urmare, conceptul de calitate a vieții rămâne un reper esențial atât pentru cercetarea științifică, cât și pentru intervențiile psihosociale și strategiile de dezvoltare societală.

Pentru prezenta lucrare considerăm oportună definiția, din perspectivă psihologică, conform căreia **calitatea vieții** reprezintă un construct multidimensional și subiectiv, care reflectă evaluarea cognitivă și afectivă a individului asupra propriei existențe, în raport cu starea de bine emoțională, funcționarea psihologică, nivelul de satisfacție față de viață, capacitatea de adaptare la cerințele

mediului și realizarea nevoilor, valorilor și aspirațiilor personale, în contextul socio-cultural specific. Aceasta integrează atât experiențele interne ale persoanei (emoții, percepții, sens și scop al vieții), cât și interacțiunea cu factorii externi (relații sociale, roluri, oportunități și constrângeri), subliniind faptul că bunăstarea psihologică nu este determinată exclusiv de condițiile materiale, ci de modul în care individul își valorifică resursele personale și capacitățile pentru a trăi o viață percepută ca fiind împlinită și semnificativă.

### **1.3. Adaptabilitate psihosocială: abordări teoretice**

În prezent, dezbateră științifică privind conceptul de adaptare psihosocială câștigă din ce în ce mai multă importanță, având un impact considerabil asupra studiilor legate de calitatea vieții. La descrierea procesului de adaptare, este necesar să se urmărească schimbările care apar la personalitate cu referire la trei niveluri: 1. *emoțional*, 2. *cognitiv* și 3. *comportamental*, pentru a descrie în detaliu sarcinile rezolvate de individ la fiecare dintre etape. Cercetătorii subliniază că pentru a înțelege cum se realizează adaptarea psihosocială, este esențial să analizăm interacțiunile dintre individ și ceilalți, precum și raporturile sale cu întregul mediu social, care impune numeroase cerințe. Un ansamblu de factori sociali, care sunt în continuă interacțiune, influențează nivelul de adaptare al individului [26]. De altfel, considerăm că, din perspectiva abordărilor societale contemporane, calitatea vieții personalității este în relație directă cu adaptabilitatea psihosocială. Facem referință și la asocierile de cuvinte prezentate Colby (1987) cu referire la conceptul de calitate a vieții, fiind prezentat în calitate de - potențial de adaptare.

În comparație cu adaptarea biologică, adaptarea psihosocială prezintă câteva caracteristici distincte: 1. Adaptarea psihosocială se realizează în principal prin ajustarea la un mediu în continuă schimbare, ceea ce impune schimbarea accentului cercetării de la starea de adaptare la caracteristica adaptabilității personalității. 2. Procesul de adaptare psihosocială nu are limite clare și se desfășoară pe parcursul întregii dezvoltări ontogenetice umane. 3. Adaptarea psihosocială se distinge printr-o individualizare remarcabilă și unicitatea modalităților de adaptare. 4. Un aspect esențial al adaptării psihosociale este gradul ridicat de implementare a funcției de transformare activă, atât a personalității, cât și a mediului. 5. Procesul de adaptare psihosocială este mai degrabă o interacțiune egală între părți decât o simplă acomodare a individului la mediu. 6. Scopul principal al adaptării psihosociale nu este exclusiv adaptarea, ci autorealizarea individului [69]. În acest context, cercetările recente pun un accent deosebit pe impactul schimbărilor sociale rapide din ultimii ani asupra calității vieții, siguranței psihosociale și integrării sociale a indivizilor [9]. Această abordare reflectă importanța valorificării capitalului uman și social în analiza direcțiilor strategice de adaptare.

P. Popescu-Neveanu definește adaptarea ca „ansamblul de procese și activități prin care se

trece de la un echilibru mai puțin stabil între organism și mediu la un echilibru mai stabil, facilitând funcționarea optimă a organismului prin gestionarea schimburilor cu mediu. Dacă aceste schimburi contribuie la funcționarea normală a organismului, acesta este considerat adaptat.” Popescu-Neveanu clasifică adaptarea în trei tipuri: senzorială, psihologică și socială. Adaptarea psihologică este înțeleasă în sensul propus de J. Piaget, în timp ce adaptarea socială se referă la ajustarea individului la mediu, în conformitate cu modelele de comportament specifice acestuia și menținerea unui echilibru între asimilarea și acomodarea socială [apud 42].

În lucrarea „Orientările valorice și adaptarea psihosocială în adolescență”, O. Paladi [42; 43] definește adaptarea psihosocială ca un proces de interacțiune între individ și mediu, care implică ajustarea orientărilor valorice individuale în funcție de valorile sociale predominante. Această adaptare presupune integrarea factorilor reglatori în formarea unui sistem de valori personale care sprijină dezvoltarea potențialului adaptativ al individului și acomodarea eficientă la noile condiții de viață. Autoarea subliniază că adaptarea psihosocială a adolescenților în fața situațiilor noi este influențată de diverse fenomene psihologice, inclusiv orientările valorice, trăsăturile de personalitate precum extraversiunea sau introversiunea, neurotismul, încrederea în sine, curajul social, inițierea de contacte sociale, inteligența emoțională, locul controlului subiectiv, afirmarea de sine, motivația pentru succes, optimismul, sociabilitatea, voința, stima de sine și orientările sensului vieții.

Studiile realizate de cercetătorii ruși [apud 42; 43] se concentrează pe adaptabilitatea personalității ca o trăsătură dinamică, mai degrabă decât pe o stare fixă de adaptare. Această adaptabilitate este legată de caracteristicile nevoilor motivaționale și permite menținerea coeziunii personalității în fața schimbărilor externe. Cercetătorii se concentrează pe identificarea indicatorilor-cheie ai performanței în procesul de adaptabilitate. Astfel, I.K. Kryazheva subliniază că principalele criterii psihosociale pentru adaptabilitatea într-o organizație sunt: caracteristicile de dispoziție ale individului, orientările valorice și climatul psihosocial al echipei. În cadrul abordării sistemice a adaptării psihosociale, S.Yu. Ganzha definește rezultatul adaptării ca fiind „nișa adaptativă” formată. Nișa adaptativă este descrisă ca fiind „relația optimă a individului cu un mediu social specific în cadrul sistemului de adaptare psihosocială, caracterizată prin stabilitate și aspect static”. Având în vedere că fiecare persoană formează mai multe nișe adaptative cu grade variabile de adaptabilitate, nivelul de adaptabilitate poate diferi considerabil între aceste nișe. O nișă adaptativă în care nivelul de adaptabilitate este ridicat și stabil se consideră armonioasă. Adaptabilitatea psihosocială este, de obicei, relativă; astfel, o persoană poate fi bine adaptată într-o nișă specifică, cum ar fi activitatea profesională, și mai puțin adaptată în alte nișe.

O.F. Gefele argumentează că, în absența unei adaptabilități dezvoltate corespunzător, abilitățile adaptative pot deveni stereotipe în cursul ontogenezei, ceea ce poate complica

semnificativ procesul de dezvoltare și autorealizare al individului. Capacitățile de adaptare ale unei persoane sunt limitate și influențate semnificativ de caracteristicile psihologice individuale [67]. S.A. Larionova consideră că gradul de adaptabilitate psihosocială este determinat atât de resursele adaptative ale individului, cât și de caracteristicile mediului în care acesta își satisface nevoile fundamentale într-un mod pozitiv. Resursele adaptative ale personalității sunt un set de trăsături psihosociale și individuale care influențează gradul de adaptabilitate al persoanei în contexte sociale specifice [68]. Alte studii au demonstrat interdependența dintre competențele sociale, adaptabilitate și satisfacția subiectivă a calității vieții, astfel s-a elucidat rolul suportului social și a adaptabilității asupra satisfacției vieții, precum și al competențele sociale, care asigură realizările personale și profesionale, contribuie la reducerea stresului și, ca urmare, la creșterea nivelului evaluării subiective a calității vieții [120; 182].

Dezvoltarea competențelor sociale în vederea unui comportament adaptativ crează premise pentru menținerea sănătății mintale și asigurarea unui nivel înalt al calității vieții [74]. F.M. Gresham consideră că competențele sociale prezintă comportamente adaptative care asigură interacțiunea pozitivă cu alții, Autorii le clasifică în: cooperare, vorbire corectă, responsabilitate, empatie și autocontrol [141]. Competențele sociale și comportamentul adaptativ reprezintă două subdomenii ale constructului superior - competență socială, iar a fi competent social presupune eficacitatea cu care individul uman corespunde standardelor sociale/culturale de autonomie personală și responsabilitate socială, astfel asigurând echilibrul între toate subdomeniile calității vieții (carieră, sănătate, relații și suport interpersonal, echilibru psihic etc) [142].

V.G. Krâsiko definește adaptarea psihosocială ca fiind rezultatul interacțiunii dintre individ și mediul social, care facilitează alinierea optimă între obiectivele și valorile personale și cele ale grupului. În acest context, adaptarea este procesul prin care individul dobândește un anumit statut psihosocial și își asumă funcții specifice în cadrul rolurilor sociale. Reflexia se referă la mecanismul prin care individul își conștientizează impactul asupra altor persoane și modul în care este perceput de acestea. În procesul de adaptare psihosocială, individul caută să atingă o armonie între condițiile de viață și activitățile sale interne și externe. Pe măsură ce această armonie este realizată, gradul de adaptabilitate al individului crește. O adaptabilitate completă reflectă o potrivire adecvată a funcționării psihice a individului cu cerințele mediului și cu situațiile specifice întâmpinate. De asemenea, adaptarea psihosocială funcționează ca un mecanism de protecție, ajutând individul să se relaxeze și să elimine tensiunea psihică internă, neliniștea și stările destabilizatoare care apar în interacțiunea cu alte persoane și cu societatea în general. Mecanismele de protecție psihologică contribuie la adaptarea individului, crescând astfel potențialul său adaptativ și sprijinind succesul procesului de adaptare psihosocială [29]. De asemenea, adaptarea psihosocială funcționează ca un mecanism de protecție pentru individ, ajutând la reducerea și

eliminarea tensiunilor psihice interne, neliniștilor și stărilor destabilizatoare generate de interacțiunea cu alte persoane sau cu societatea în ansamblu. Mecanismele de protecție psihologică contribuie astfel la adaptarea eficientă a individului, sporind potențialul său adaptativ și sprijinind succesul adaptării psihosociale. S. Moscovici subliniază că adaptarea psihosocială implică procese complexe de compatibilizare, complementarizare, intercunoaștere și interacceptare. Aceste procese conduc la stabilirea unor cadre de colaborare, interese și valori comune, reguli și obiceiuri, facilitând integrarea și adaptarea eficientă în cadrul interacțiunilor sociale [185]. Procesul de trecere de la vechile reguli și idealuri către noile norme este unul de lungă durată și implică o competiție continuă între diverse ideologii pentru a câștiga acceptarea publicului.

Adaptabilitatea mai bună la condițiile schimbătoare ale mediului este asigurată de nivelul ridicat de competențe sociale. Lipsa unor competențe sociale necesare individului uman pentru interacțiunea armonioasă cu societatea duce la perturbarea relațiilor interpersonale [198], pierderea sprijinului extern oferit de mediul înconjurător, dificultăți de stabilire a scopurilor, ceea ce la rândul său va afecta substanțial calitatea vieții.

Conceptul de adaptabilitate psihosocială constituie o dimensiune esențială a fenomenului adaptării, referindu-se la caracteristicile individuale care reflectă capacitatea unei persoane de a se adapta. Acesta include trăsăturile adaptative ale personalității și strategiile de comportament utilizate pentru a face față schimbărilor și provocărilor. Mai mulți autori susțin această viziune, considerând că adaptabilitatea psihosocială este definită prin aceste trăsături și abordări comportamentale care facilitează integrarea eficientă într-un context social în continuă schimbare.

Identificăm că, analiza teoretică a conceptelor de adaptare psihosocială și adaptabilitate psihosocială evidențiază complexitatea și complementaritatea acestora în explicarea modului în care individul interacționează cu mediul social și răspunde cerințelor acestuia. Adaptarea psihosocială se conturează ca un proces dinamic, continuu și multidimensional, centrat pe interacțiunea activă dintre individ și mediu, având ca finalitate nu doar atingerea unui echilibru funcțional, ci și autorealizarea și dezvoltarea personalității. Această perspectivă depășește viziunea tradițională a acomodării pasive, subliniind rolul transformator al individului și capacitatea sa de a influența mediul social în care este integrat.

Abordările sistemice și procesuale analizate relevă faptul că adaptarea psihosocială implică parcurgerea unor etape distincte, caracterizate prin modificări emoționale, cognitive și comportamentale, iar eficiența adaptării depinde de coerența și continuitatea acestor etape. Orice perturbare a procesului adaptativ poate conduce la dezechilibre psihosociale, cu impact negativ asupra funcționării individului și a relațiilor sale sociale. Totodată, adaptarea este strâns legată de contextul social specific, manifestându-se diferențiat în funcție de nivelurile mediului (micro, mezo, macro) și de tipurile de interacțiuni sociale în care individul este implicat.

Distincția conceptuală dintre adaptare psihosocială și adaptabilitate psihosocială permite o înțelegere mai nuanțată a fenomenului. Dacă adaptarea psihosocială este definită predominant ca proces și rezultat al interacțiunii individ–mediu, adaptabilitatea psihosocială este înțeleasă ca o trăsătură dinamică a personalității, reflectând potențialul și resursele interne ale individului de a face față schimbărilor și provocărilor sociale. Accentul pus de cercetările contemporane pe adaptabilitate răspunde realităților societății actuale, caracterizate prin schimbări rapide, incertitudine și cerințe sociale tot mai complexe. Rezultatele teoretice prezentate subliniază rolul determinant al resurselor psihologice individuale - precum competențele sociale, orientările valorice, stima de sine, inteligența emoțională, locusul controlului și strategiile de coping - în susținerea adaptabilității psihosociale. Aceste resurse facilitează integrarea eficientă în diverse „nișe adaptative” și contribuie la menținerea sănătății mintale, a stabilității emoționale și a satisfacției față de viață. În același timp, mediul social, prin climatul psihosocial, suportul social și oportunitățile oferite, joacă un rol esențial în valorificarea potențialului adaptativ al individului.

Interdependența dintre adaptabilitatea psihosocială și calitatea vieții este susținută consistent de literatura de specialitate, care evidențiază faptul că un nivel ridicat de adaptabilitate favorizează integrarea socială, realizarea personală și profesională, reducerea stresului și creșterea bunăstării subiective. Prin urmare, adaptabilitatea psihosocială poate fi considerată un indicator central al funcționării optime a personalității în context social. Astfel, studiul aprofundat al adaptării și adaptabilității psihosociale oferă un cadru teoretic solid pentru dezvoltarea intervențiilor psihologice și a politicilor sociale orientate spre promovarea calității vieții și a sănătății mintale în societatea contemporană. Considerăm că, în contextul prezentei lucrări, *adaptabilitatea psihosocială* reprezintă capacitatea dinamică a individului de a-și regla cognitiv, emoțional și comportamental reacțiile în raport cu cerințele mediului social, prin utilizarea eficientă a resurselor personale și sociale, în vederea menținerii echilibrului psihic, integrării sociale și optimizării calității vieții. În contextul anxietății (de stare și de trăsătură), aceasta se manifestă prin flexibilitatea strategiilor de coping, toleranța la distres și gestionarea adecvată a emoțiilor negative, având rol protector și facilitator al bunăstării subiective.

#### **1.4. Conceptul de anxietate: definiții, teorii**

În cercetarea dată am analizat diverse studii cu referire la conceptul de anxietate. Conform OMS, numărul persoanelor afectate de tulburări de anxietate și depresie este în continuă creștere. Experții de la OMS menționează că „o problemă de proporții” în ceea ce privește creșterea semnificativă în viitor a adulților cu probleme de sănătate mintală va apărea dacă nu se iau măsuri urgente pentru a ajuta copiii și adolescenții care astăzi prezintă manifestări de anxietate [apud 48]. Problema anxietății a iscat interesul multor cercetători printre care: G. Andrews, A. Adler, D.

Ausubel, D. Barlow, R. Cattell, C. Rogers, Ch. Spielberger, R. Doron, F. Parot, S. Freud, C. Izard, E. Fromm, K. Goldstein, K. Horney, P. Popescu-Neveanu, U. Șchiopu, I. Holdevici, I. Mitrofan, V. Robu, R. Holic, I. Țincaș, L. Vasilescu et.al. [1; 6; 12; 25; 26; 63 et.al]. În Republica Moldova anxietatea a fost investigată de P. Jelescu referindu-se la dimensiunile anxietății în contextul complexului negării la copil, A. Verdeș care menționează că anxietatea ridicată a preadolescenților este condiționată de specificul comunicării și interacțiunii preadolescentului cu adultul din familia temporar dezintegrată, precum și de modul de educație și interacțiune autoritară din școala internat; Iu. Racu referindu-se la *psihologia anxietății la copii și adolescenți* și la *anxietatea la preadolescenții contemporani și modalități de diminuare* [50]; N. Toma, studiind *particularități ale interacțiunii anxietate academică – stiluri cognitive la studenți* [60].

Pe parcursul evoluției psihologiei ca știință, de cele mai multe ori anxietatea este descrisă ca: 1. stare afectivă vagă, difuză, de neliniște și apăsare, nemotivată, fără un obiect precizat sau disproporționată cu factorii obiectivi care o determină în mod categoric, fiind dătoare de disconfort (A. Bacus, D. Barlow, S. Barnet, J. C. Ciofu, R. Doron, A. Ellis, L. Gallo, I. Holdevici, C. Izard, D. Lewis, H. R. Martens, N. Martin, F. Parot, P. Pichot, H. Pieron, P. Popescu-Neveanu, N. Sillamy, Ch. Spielberger, U. Șchiopu, R. Vraști, B. Wiederhold, F. Wilks). 2. trăsătură sau tendință stabilă a personalității de a percepe lumea din jur ca o amenințare și un pericol iminent (R. Cattell, R. Doron, R. Martens, R. S. Nemov, F. Parot, N. Sillamy, Ch. Spielberger) [25; 26; 64; 224; 226 et.al].

Cuvântul „anxietate” provine din termenul latinesc „anxietas” care semnifică experiența însoțită de agitație, nesiguranță, frică și spaimă. Se consideră că termenul de anxietate este regăsit în dicționare începând cu 1771, sunt păreri care susțin că conceptul de anxietate a fost introdus pentru prima dată de S. Kierkegaard, care definește anxietatea ca un fior, o spaimă față de ceva nedefinit și interminabil, spre deosebire de sentimentul de frică, în care obiectul este concret și individual. Studiul literaturii psihologice ne-a relevat faptul că anxietatea este un fenomen psihologic complex și există diverse teorii explicative ale acestui concept. În Dicționarul de psihologie, R. Doron și F. Parot definesc anxietatea ca: o emoție generată de anticiparea unui pericol difuz, greu de prevăzut și controlat. Anxietatea poate fi însoțită de modificări fiziologice și hormonale caracteristice stărilor de activare ridicată și se poate transforma în frică în fața unui pericol bine identificat și este adesea asociată unui comportament de conservare–retragere; și trăsătură sau caracteristică individuală, aparent înnăscută, care se manifestă în două moduri: predispoziția de a simți o stare de frică în prezența unor stimuli care, pentru alți indivizi sunt mult mai puțin sau chiar deloc anxiogeni, dar este și predispoziția de a dezvolta temeri condiționate de prezența unor stimuli care nu sunt, prin ei înșiși, anxiogeni. N. Sillamy, în Dicționarul de psihologie Larousse prezintă anxietatea ca: stare emoțională de tensiune nervoasă, de frică

puternică, slab diferențiată și de cele mai multe ori cronică; și predispoziție a unei persoane la stările anxioase. H. Pieron în *Vocabularul psihologiei* afirmă că anxietatea este o „indispoziție în același timp psihică și fizică, caracterizată de o teamă difuză, de un sentiment de insecuritate, de nenorocire iminentă. Se rezervă mai degrabă denumirea de angoasa senzațiilor fizice care însoțesc anxietatea (constricție toracică, tulburări vasomotorii). În practică cei doi termeni sunt sinonimi”.

H. Fensterheim, J. Baer și S. Barnet definesc anxietatea ca o teamă difuză, fără obiect bine precizat adesea însoțită de acuze somatoforme: presiune toracică, tahicardie, transpirație, cefalee, tendință excesivă de a urina. Și autorii K. Sabrina și C. Rycroft percep anxietatea drept o frică ce nu are o natură clară de proveniență. Apropiată ca sens este și definiția propusă de D. Lewis și B. Bosselmen care tratează anxietatea ca o stare de alarmă, asemănătoare cu frica, o reacție nevrotică care apare în prezența factorilor externi și a stimulilor interni. Psihologii americani pun accentul pe posibilitatea de a anticipa asemenea neplăceri. Și D. Ausubel și F. Robinson conturează anxietatea ca un răspuns afectiv sau ca o tendință de a răspunde cu frică la orice situație actuală ori anticipată percepută ca o amenințare potențială a autoaprecierii. Foarte aproape de frică, anxietatea este descrisă și de C. Lewis care o definește ca o stare emoțională neplăcută, asemănătoare cu frica sau cu o altă emoție înrudită cu aceasta, direcționată spre viitor și care apare fie în absența unui pericol recognoscibil, fie în fața unui pericol disproporționat de emoția căreia îi dă naștere [apud 50]. N. Martin propune ca reacțiile anxioase să fie văzute ca un set de răspunsuri neurofiziologice complexe care trebuie diferențiate, conceptual și operațional, de stimulii interni sau externi care provoacă aceste răspunsuri. Astfel, autorul subliniază importanța identificării și măsurării paternelor de răspunsuri comportamentale și fiziologice asociate anxietății și a diferențierii dintre stare de anxietate și alte reacții emoționale. Similar definesc anxietatea și J. Gordon și R. Hen. Autorii consideră că anxietatea se referă la un set de reacții fiziologice, cognitive și comportamentale, ca răspuns la amenințări percepute sau anticipate. Aceste reacții sunt considerate excesive din punct de vedere al stimulului cu care sunt asociate și pot afecta negativ funcționarea de zi cu zi a individului. C. Izard, anxietatea este un ansamblu de emoții fundamentale care include frica, durerea, furia, rușinea, vinovăția, iar uneori excitarea. Pentru A. Bacus anxietatea este o stare afectivă caracterizată de un sentiment de neliniște, de nesiguranță, de tulburări fizice și psihice difuze, de așteptarea unui pericol nedeterminat în fața căruia suntem neputincioși. Ch. Spielberger, autorul *Inventarului de expresie a anxietății ca stare și trăsătură* care îi poartă numele, fiind în prezent un inventar internațional de măsurare a anxietății, descrie anxietatea prin prisma celebrei sale teorii și abordări psihometrice care diferențiază anxietatea-stare (state) de anxietatea-trăsătură (trait). Ch. Spielberger definește anxietatea-stare ca un răspuns tranzitoriu la o situație stresantă, răspuns ce implică senzații de tensiune, frică și diferite modificări fiziologice. Anxietatea-trăsătură este o caracteristică stabilă a personalității care predispune

persoana la starea de anxietate atunci când este sub influența stresului. Ch. Spielberger demonstrează că cei care manifestă anxietatea-stare dau dovadă și de anxietate-trăsătură. În lucrările sale, R. Martens susține ideile lui Ch. Spilberger și evidențiază că anxietatea-stare este nivelul emoțional concret sau obișnuit, caracterizat prin sentimentul aprehensiunii și tensiunii, asociat cu activarea organismului și care are efect negativ asupra comportamentului. Iar anxietatea-trăsătură este predispoziția de a percepe anumiți stimuli din ambianță ca amenințatori sau neamenințatori și de a răspunde la ei cu diferite niveluri de anxietate-stare [224-226].

P. Popescu-Neveanu definește anxietatea ca o „tulburare a afectivității care se manifestă sub forma unei stări de frică cauzată de o incertitudine, în care subiectul are impresia unei nenorociri iminente, care planează pretutindeni, îl înconjoară, îl pătrunde, dar nu o poate defini și nici îndepărta. Stările de anxietate sunt însoțite de fenomene organo-funcționale ca jenă precordială, palpitații, greutate în respirație, transpirație”. U. Șchiopu prezintă anxietatea ca „stare afectivă vagă, difuză, de neliniște, de apăsare, tensiune, îngrijorare și teamă nemotivată, fără obiect, care este neconfortantă din punct de vedere psihologic. Sunt dominante sentimentele intense de insecuritate (generate de teama abandonului, pedepsirii, a producerii unor accidente, a unor nenorociri și catastrofe iminente). Anxietatea generează produse imaginative abundente (derulări de scene de imaginație uneori înspăimântătoare) care nu pot fi ignorate și nici eliminate și care pun stăpânire pe persoana umană și o domină. Cei cuprinși de anxietate sunt mereu în alertă, au senzație penibilă de neputință în fața pericolelor pe care le „simt” că se apropie, au scăderi importante de randament intelectual. În anxietate se manifestă instabilitatea motorie, tulburări ale somnului. Stările de anxietate au un larg acompaniament biosomatic și fiziologic (palpitații, tulburări de respirație, paloare provocată de vasoconstricții, modificări de voce, de puls). Acestea pot fi mascate ca exteriorizare, dar nu și ca variabile fiziologice ce pot fi înregistrate. Anxietatea are grade diferite de profunzime. Când este prezentă într-o proporție mai redusă, ca atare generalizată, de fond, poate fi considerată fenomen normal, cu valențe motivaționale și chiar cu rol declanșator al creativității; când este mai accentuată și mai profundă, devine simptom al unor tulburări psihice” [apud 50].

I. Mitrofan concepe anxietatea ca fiind o teamă fără obiect, o neliniște însoțită de tensiune intrapsihică și agitație. Această idee este susținută și de I. Holdevici care definește anxietatea ca o teamă difuză, fără un obiect bine precizat. Subiectul trăiește o încordare continuă, simțindu-se permanent amenințat. El este foarte nervos și de multe ori nici nu realizează de fapt ce anume îl sperie atât de tare [25; 26]. I. Holdevici susține că oamenii devin anxioși, în situații care pentru majoritatea oamenilor nu sunt anxiogene, prin intermediul procesului condiționării. Reacția anxioasă este declanșată de anumiți stimuli „cheie”[26].

În opinia cercetătorilor C. Tudose și F. Tudose, anxietatea este frecvent întâlnită de-a lungul

vieții și ea contribuie la activarea mecanismelor de alertă ale organismului și la pregătirea pentru acțiune. Astfel, în fața unei situații noi apărute, anxietatea îl ajută pe om să se adapteze mai bine. Aceeași abordare identificăm și în ideile autorilor E. Muntean și T. Sîrbulețu. Pentru ei anxietatea ca emoție de nivel normal este adaptativă, necesară supraviețuirii. Prin mecanismele sale, ea orientează atenția și organismul spre anticiparea și depășirea sau prevenirea unor situații care ne pun în pericol, mobilizând resurse cognitive și somatice pentru depășirea unor probleme, obstacole sau atingerea unor scopuri. În momentul în care, însă frica asociată este copleșitoare și continuă, consumul de energie mobilizat depășește cu mult beneficiile obținute. C. Ciofu menționează că anxietatea este un presentiment morbid, o senzație subiectivă neplăcută de nesiguranță pe care o poate avea un individ (inclusiv sau mai ales un copil), în fața unei situații amenințătoare sau a unei „situații limită” caracterizată prin frica de un pericol sau de durere, frica de vederea sângelui, frica de animale reale sau fantastice, frica de pierdere a „posesiunilor”. Cu aceeași semnificație este și definiția prezentată de D. Petrovai. Autoarea menționează că anxietatea reprezintă reacția la o amenințare percepută, nu neapărat reală; relaționează anxietatea cu frica, astfel anxietatea tinde să fie asociată mai puțin cu evenimentele actuale, prezente, ci mai degrabă cu anticiparea fricii sau a disconfortului emoțional. Apropiate de ideile D. Petrovai este și definiția de E. Avram și C. Cooper. Cercetătorii menționează că experimentarea anxietății semnalează prezenta unui pericol și este asociată unor comportamente orientate către apărare, deciziile cu privire la modalitatea de adoptare a acestora fiind luate în funcție de evaluarea semnificației pericolului pentru propria persoană, experiența de viață a persoanei și elementele situaționale [45]. Și D. Stănculeanu menționează că termenul de anxietate poate desemna sentimentul de teamă sau tensiune resimțită de o persoană, care apar ca reacții la o situație stresantă [58]. R. Rășcanu și N. Sava construiesc o definiție sugestivă cu privire la anxietate, în care văd un sentiment de pericol difuz și vag cu repercusiuni iminente asupra existenței individului [52]. R. Vraști menționează că atât anxietatea cât și fobia sunt termeni care au ajuns în limbajul cotidian din limbajul tehnic al medicinei și al psihologiei. Cuvântul anxietate vine din latină și a început să intre în limbaj cu semnificația de astăzi doar din secolul al XIX-lea, desemnând o frică sau o amenințare față de ceva general, nenumit, neidentificat, ca un fel de grijă sau incertitudine, tradusă mai ales prin semne corporale ca tensiune resimțită în piept, bătăi rapide de inimă, senzație lipsită de aer sau de lipsă de control general al corpului. Semnele corporale ale anxietății sunt aceleași ca într-o stare de emoție, de spaimă sau sperietură [64]. Analiza cercetărilor psihologice cu privire la problema anxietății ne-a determinat să concluzionăm că anxietatea este un concept psihologic cu multe semnificații.

*Tipuri de anxietate.* Conform psihologilor G. Arădăvoaice, R. Cattell, B. J. Eckersleyd, R. May, Ș. Popescu, Ch. Spielberger apariția și dezvoltarea anxietății provoacă o serie de modificări care au loc în organismul celui care o resimte, în modul său de gândire și în comportament [ 224-

226 et.al] (Anexa 14.2). Delimitarea anxietății de frică, precum și diferențierea dintre anxietatea adaptativă și cea dezadaptativă, reprezintă un aspect esențial subliniat de numeroși autori. Anxietatea, în formele sale moderate, are un rol funcțional și adaptativ, contribuind la mobilizarea resurselor cognitive și comportamentale necesare confruntării cu situații noi sau potențial periculoase. Totuși, atunci când intensitatea, durata și frecvența manifestărilor anxioase depășesc capacitatea de autoreglare a individului, aceasta se transformă într-un factor perturbator, cu consecințe negative asupra performanțelor academice, profesionale, relaționale și asupra calității vieții.

Clasificările anxietății, de la modelele psihodinamice ale lui Freud până la abordările psihometrice ale lui Cattell și Spielberger, demonstrează evoluția conceptuală a acestui fenomen și relevă importanța distincției dintre anxietatea-stare și anxietatea-trăsătură pentru evaluarea și intervenția psihologică. În cadrul tipologiilor existente, anxietatea socială ocupă un loc central, fiind una dintre cele mai frecvente forme de anxietate. Anxietatea socială este definită ca o frică persistentă de evaluare negativă în contexte sociale sau de performanță și se manifestă pe un continuum, de la forme subclinice până la tulburarea de anxietate socială diagnosticabilă. Modelele cognitive și comportamentale explică menținerea acesteia prin distorsiuni cognitive, atenție focalizată pe sine, comportamente de siguranță și evitare, care limitează dezvoltarea competențelor sociale și consolidează cercul vicios al anxietății. De asemenea, literatura subliniază rolul factorilor predispozanți biologici, genetici, temperamentali, familiali, psihologici și socioculturali în apariția și evoluția anxietății sociale, evidențiind caracterul său multifactorial.

Tipologiile anxietății reflectate în prezenta lucrare derivă din instrumentele psihometrice administrate care își au explicația în modele teoretice validate empiric, care conceptualizează anxietatea ca fenomen multidimensional, diferențiat atât în funcție de stabilitatea sa în timp, cât și de rolul funcțional sau de modalitățile de manifestare.

În primul rând, una dintre cele mai consacrate distincții este cea dintre *anxietatea-stare* și *anxietatea-trăsătură*, fundamentată de teoria lui Ch. Spielberger. *Anxietatea-stare (A-state)* este definită ca o condiție emoțională tranzitorie, caracterizată prin tensiune subiectivă, neliniște și hiperactivare a sistemului nervos autonom, variabilă în funcție de contextul situațional și de intensitatea stresorilor. În schimb, *anxietatea-trăsătură (A-trait)* reprezintă o predispoziție relativ stabilă a personalității de a percepe o gamă largă de situații ca fiind amenințătoare și de a răspunde prin creșteri frecvente ale anxietății-stare. Această distincție are suport empiric solid, demonstrând că persoanele cu niveluri ridicate de anxietate-trăsătură prezintă o reactivitate emoțională crescută și o vulnerabilitate mai mare la stres (Spielberger, 1972; Spielberger et al., 1983) [225]. O a doua direcție de diferențiere, evidențiată în evaluarea anxietății sociale (de tipul scalei Glass), vizează *valența funcțională a cognițiilor asociate anxietății*, respectiv *anxietatea pozitivă și anxietatea*

*negativă*. Anxietatea pozitivă se referă la activarea cognitivă orientată adaptativ, caracterizată prin gânduri de mobilizare, anticipare constructivă și focalizare pe performanță, în timp ce anxietatea negativă implică distorsiuni cognitive, anticipări catastrofice și autoevaluări negative, care amplifică evitarea și disfuncționalitatea socială. Studiile din domeniul anxietății sociale arată că tipul de cogniții asociate anxietății mediază impactul acesteia asupra performanței sociale și a adaptării (Glass et al., 1982; Clark și Wells, 1995), [103].

În context educațional, modelul lui Alpert și Haber introduce distincția între *anxietatea facilitatoare și anxietatea debilitantă*, în cadrul anxietății de realizare. *Anxietatea facilitatoare* (facilitating anxiety) are un rol adaptativ, stimulând mobilizarea resurselor cognitive, creșterea vigilenței și îmbunătățirea performanței academice. În contrast, *anxietatea debilitantă* (debilitating anxiety) interferează cu procesele cognitive (atenție, memorie, concentrare), reducând eficiența învățării și performanța. Această distincție este susținută de legea Yerkes-Dodson, conform căreia relația dintre activare și performanță este una curbilinie, nivelurile moderate de anxietate fiind optime pentru performanță (Alpert și Haber, 1960; Yerkes și Dodson, 1908) [78].

O altă perspectivă importantă este cea multidimensională, ilustrată de instrumente precum ASQ, care diferențiază anxietatea în funcție de *modalitățile de manifestare*: – *dimensiunea somatică*, care include simptome fiziologice precum tahicardia, tensiunea musculară sau transpirația; – *dimensiunea cognitivă*, caracterizată prin îngrijorări excesive, gânduri intruzive și anticipări negative; – *dimensiunea comportamentală*, exprimată prin evitare, agitație sau comportamente de siguranță. Acest model este congruent cu abordările contemporane care definesc anxietatea ca un sindrom integrativ ce implică sisteme de răspuns intercorelate (Lang, 1968; Barlow, 2002), evidențiind rolul sensibilității la anxietate (anxiety sensitivity) ca factor de vulnerabilitate pentru dezvoltarea tulburărilor anxioase [86]. Evidențiem că în general literatura de specialitate susține că tipurile de anxietate nu sunt categorii mutual exclusive, ci dimensiuni complementare ale unui construct complex. Diferențierea lor permite o evaluare mai fină a mecanismelor implicate în apariția și menținerea anxietății, precum și dezvoltarea unor intervenții psihologice adaptate profilului individual al persoanei.

Concluziile acestui subcapitol susțin necesitatea unei abordări integrative a anxietății, care să țină cont de interacțiunea dintre procesele emoționale, cognitive, comportamentale și contextuale. Înțelegerea anxietății ca fenomen continuu și dinamic oferă un cadru teoretic solid pentru investigarea relației acesteia cu adaptabilitatea psihosocială și calitatea vieții, constituind o bază relevantă pentru demersul empiric al cercetării. Luând în considerare conținuturile prezentate și specificul temei tezei menționăm că pentru prezenta lucrare avem importantă următoarea *definiție de lucru*: **anxietatea** este definită ca un construct psihologic multidimensional, caracterizat printr-un ansamblu de reacții emoționale, cognitive, fiziologice și comportamentale

declanșate de anticiparea unui pericol difuz, incert sau potențial, manifestându-se atât ca stare tranzitorie dependentă de context (anxietate-stare), cât și ca trăsătură relativ stabilă a personalității (anxietate-trăsătură), care predispune individul la interpretarea situațiilor ca fiind amenințătoare; intensitatea, frecvența și durata manifestărilor anxioase determină caracterul adaptativ sau dezadaptativ al acestora, influențând semnificativ capacitatea de autoreglare, funcționarea psihosocială și nivelul general al calității vieții.

### **1.5. Particularități ale calității vieții, adaptabilității psihosociale și anxietății personalității studentului**

**Calitatea vieții** reprezintă un construct ce integrează percepții subiective privind bunăstarea fizică, psihologică și socială, precum și evaluări cognitive ale satisfacției față de viață. În rândul studenților, acest concept capătă specificitate datorită tranziției către viața adultă, caracterizată prin restructurări identitare, presiuni academice și adaptări sociale complexe. Factorii determinanți includ variabile individuale (personalitate, coping, reziliență), contextuale (climat universitar, suport social, condiții socioeconomice) și culturale [118; 248]. Totodată, studenții constituie o categorie populațională cu vulnerabilitate crescută la manifestări de stres, anxietate și depresie, fenomene care pot afecta semnificativ percepția subiectivă a calității vieții și funcționarea generală. Aceste aspecte subliniază importanța unor intervenții orientate spre promovarea sănătății mintale și a bunăstării în mediul universitar [92; 116]. Amintim că OMS definește calitatea vieții ca percepția individului asupra propriei poziții în viață, în raport cu valorile, obiectivele și standardele personale [248], iar din perspectivă psihologică, aceasta este corelată cu bunăstarea subiectivă, incluzând satisfacția globală și echilibrul afectiv [118; 119]. Modelul lui Diener evidențiază rolul evaluărilor cognitive și emoționale, iar teoria autodeterminării (Deci și Ryan) subliniază importanța satisfacerii nevoilor de autonomie, competență și relaționare [116].

Tranziția universitară implică separarea de familie, reorganizarea rețelelor sociale și asumarea responsabilităților. Conceptul de „emerging adulthood” descrie această etapă ca fiind una de explorare și instabilitate [79]. Adaptarea eficientă la mediul universitar este un predictor esențial al calității vieții: dificultățile de adaptare cresc stresul și simptomatologia negativă, în timp ce integrarea socială și implicarea activă cresc satisfacția [82]. Stresul academic este un factor central, generat de presiunea performanței și volumul de muncă, fiind asociat cu scăderea bunăstării [92]. Anxietatea și depresia afectează motivația, funcționarea cognitivă și relațiile sociale [82]. Suportul social are rol protector, moderând efectele stresului [105] și contribuind la creșterea satisfacției și a afectului pozitiv [118]. Reziliența și strategiile adaptative de coping (centrate pe problemă, reevaluare pozitivă) sunt asociate cu o calitate mai bună a vieții, în timp ce evitarea și ruminația au efecte negative [106]. Intervențiile psihologice bazate pe mindfulness și

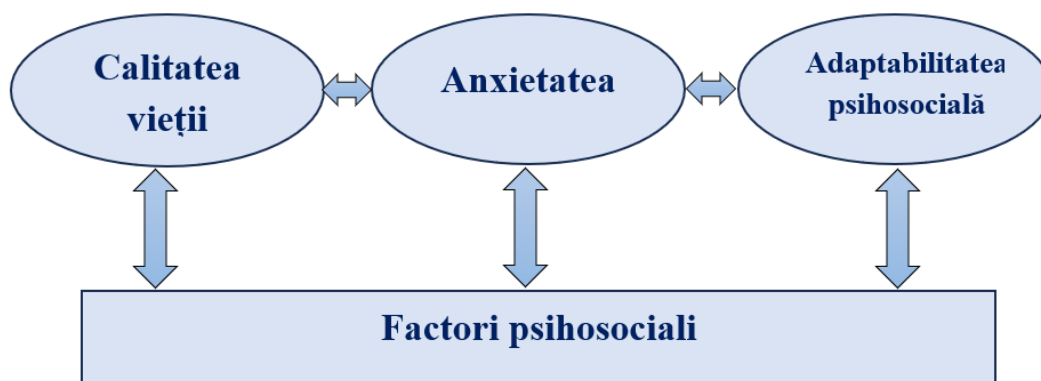
autoreglare emoțională susțin bunăstarea [201]. Factorii socioeconomici influențează semnificativ calitatea vieții, studenții din medii defavorizate fiind mai expuși stresului [128]. Cultura și utilizarea tehnologiei modelează percepțiile asupra vieții; utilizarea excesivă a mediului digital este asociată cu anxietate crescută [92]. Promovarea calității vieții necesită intervenții multidimensionale: consiliere, prevenție, dezvoltare socio-emoțională și politici instituționale orientate spre sănătatea mintală. Astfel, calitatea vieții studenților reflectă interacțiunea dintre factori individuali și contextuali, fiind esențială pentru adaptarea la viața adultă.

**Adaptabilitatea psihosocială** reprezintă capacitatea de integrare eficientă a cerințelor academice, sociale și personale, menținând echilibrul psihologic. Aceasta influențează calitatea vieții, sănătatea mintală și performanța academică [118; 248] și este corelată cu ajustarea și competența socio-emoțională [84]. Modelul lui Erikson evidențiază conflictul „intimitate vs. izolare” [131], iar teoria autodeterminării subliniază rolul autonomiei, competenței și relaționării [116]. Tranziția universitară implică restructurarea relațiilor și dezvoltarea autoreglării. Adaptarea include dimensiuni academice, sociale, emoționale și instituționale [84]. Stima de sine este un factor central al adaptării [206]. Nivelurile ridicate favorizează implicarea și reziliența, iar cele scăzute conduc la evitarea socială. Integrarea socială și suportul relațional reduc anxietatea și depresia [105], în timp ce izolarea crește riscul de maladaptare. Strategiile eficiente de coping și reziliența facilitează ajustarea [170]. Dificultățile de adaptare sunt asociate cu tulburări emoționale, inclusiv anxietate socială și depresie [82]. Contextul socio-cultural și economic influențează procesul de adaptare, iar intervențiile universitare (mentorat, consiliere, programe de dezvoltare personală) susțin integrarea eficientă. Adaptabilitatea psihosocială este un proces dinamic, determinat de factori individuali și contextuali, esențial pentru succesul academic și integrarea profesională.

**Anxietatea** este frecvent asociată cu stima de sine scăzută, manifestată prin neîncredere și autodevalorizare. Aceasta conduce la dificultăți relaționale, depresie și anxietate socială, caracterizată prin teama de evaluare negativă. Persoanele afectate manifestă autocritică, frică de respingere și tendința de comparație socială, ceea ce amplifică anxietatea. Izolarea socială apare progresiv, iar percepțiile negative despre sine și despre ceilalți mențin cercul vicios al anxietății. Anxietatea socială afectează relațiile interpersonale, prietenii și relațiile romantice, reducând satisfacția și intimitatea [163; 246]. De asemenea, influențează negativ integrarea familială și profesională, fiind asociată cu performanțe sub potențial și evitarea situațiilor evaluative. Studiile arată că persoanele cu fobie socială prezintă absenteism crescut, productivitate scăzută și dificultăți relaționale [246]. Tulburarea are consecințe individuale și sociale semnificative, inclusiv costuri economice [196]. Pe termen lung, anxietatea netratată conduce la izolare, scăderea oportunităților și afectarea stimei de sine. Astfel identificăm că anxietatea, adaptabilitatea psihosocială și calitatea

vieții sunt interconectate, influențând profund experiența studențească. Intervențiile timpurii și suportul instituțional sunt esențiale pentru prevenirea dificultăților și promovarea bunăstării. În concluzie, particularitățile anxietății la studenți evidențiază un fenomen psihologic complex, cu rădăcini profunde în structura stimei de sine și cu implicații majore asupra dezvoltării personale, academice și sociale. Anxietatea socială apare frecvent pe fondul unei stime de sine scăzute, caracterizate prin autocritică excesivă, frica persistentă de evaluare negativă și tendința de a se compara dezavantajos cu ceilalți. Aceste mecanisme cognitive și emoționale generează un cerc vicios în care evitarea situațiilor sociale, izolarea și hipervigilența față de judecata celorlalți consolidează și mențin anxietatea. La studenți, anxietatea socială are un impact deosebit de pronunțat, deoarece această etapă de viață presupune expunere socială intensă, competiție academică, construirea identității profesionale și dezvoltarea relațiilor intime. Consecințele se manifestă multidimensional: dificultăți în relațiile de prietenie și romantice, performanțe academice sub potențial, limitarea opțiunilor profesionale, scăderea satisfacției de viață și deteriorarea sănătății psihice și fizice. În plus, anxietatea socială este asociată frecvent cu depresia, abuzul de alcool sau substanțe și cu alte tulburări psihice, accentuând vulnerabilitatea psihosocială a tinerilor. Din perspectivă societală, efectele anxietății sociale depășesc nivelul individual, reflectându-se în scăderea productivității, creșterea costurilor sociale și subutilizarea potențialului uman. Astfel, anxietatea socială nu trebuie privită exclusiv ca o dificultate personală, ci ca o problemă de sănătate publică, cu implicații pe termen lung asupra calității vieții și adaptării psihosociale. Prin urmare, concluziile acestui capitol subliniază necesitatea identificării timpurii a anxietății sociale la studenți și a implementării unor intervenții psihologice orientate spre consolidarea stimei de sine, restructurarea convingerilor disfuncționale și dezvoltarea competențelor sociale. O astfel de abordare integrativă reprezintă o condiție esențială pentru prevenirea cronicizării anxietății și pentru susținerea adaptării eficiente și a unei calități ridicate a vieții în rândul populației studențești.

În contextul dat menționăm că analiza literaturii de specialitate demonstrează existența studiilor care prezintă particularitățile calității vieții, adaptabilității psihosociale și anxietății - separat. De altfel, concepția cercetării inițiate conturează modelul teoretic explicativ (figura 1.2) care urmează a fi valorificat în lucrare.



**Fig. 1.2. Modelul teoretic explicativ al relației calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietatea [contribuție personală]**

Modelul teoretic ipotetic explicativ al relației dintre calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietate propune o perspectivă sistemică și interactivă asupra funcționării psihologice a studenților. În cadrul acestui model ipotetic, cele trei constructe sunt interdependente și mediate de diferiți factori psihosociali.

Anxietatea este conceptualizată ca variabilă cu rol bidirecțional, influențând atât adaptabilitatea psihosocială, cât și calitatea vieții. Nivelurile crescute de anxietate afectează procesele cognitive, reglarea emoțională și comportamentele sociale, reducând capacitatea individului de a răspunde eficient cerințelor academice și relaționale. Astfel, anxietatea diminuează adaptabilitatea psihosocială prin favorizarea evitării, izolării și hipervigilenței față de evaluarea socială. Concomitent, percepția unei calități scăzute a vieții (insatisfacție, afect negativ persistent, sentiment de inadecvare) poate amplifica vulnerabilitatea la anxietate, generând un cerc vicios autoreglator negativ.

Adaptabilitatea psihosocială funcționează în model ca mecanism mediator între anxietate și calitatea vieții. Studenții care dispun de competențe socio-emoționale dezvoltate, reziliență și strategii eficiente de coping reușesc să atenueze impactul anxietății asupra funcționării cotidiene. O adaptare eficientă la mediul universitar (integrare socială, autonomie, sentiment de competență) contribuie la creșterea satisfacției față de viață și la menținerea echilibrului psihologic.

Calitatea vieții, la rândul său, influențează adaptabilitatea prin modul în care individul își evaluează resursele și perspectivele. O percepție pozitivă asupra propriei vieți consolidează motivația, implicarea și flexibilitatea cognitivă, facilitând ajustarea la provocări. Factorii psihosociali reprezintă fundamentul modelului, având rol de predictor și moderator ai relațiilor dintre variabile. Suportul social și climatul academic pozitiv reduc impactul anxietății și susțin adaptarea, în timp ce factorii de risc pot accentua dezechilibrele. În ansamblu, modelul evidențiază dinamica circulară și multidimensională a relației dintre anxietate, adaptabilitate psihosocială și calitatea vieții la studenți.

## 1.6. Concluzii la capitolul 1

1. Calitatea vieții reprezintă un construct dinamic și integrativ, rezultat al interacțiunii dintre factori psihologici, sociali, economici și culturali, a cărui definire variată reflectă complexitatea bunăstării umane. Din perspectivă psihologică, aceasta exprimă evaluarea subiectivă a propriei existențe, influențată de satisfacția de viață, starea emoțională, sensul personal și capacitatea de adaptare, în corelație cu condițiile obiective. Evoluția istorică a conceptului evidențiază trecerea de la abordări filosofice și economice la modele holistice, susținute de indicatori multidisciplinari. Astfel, calitatea vieții depășește prosperitatea materială, reflectând libertatea, oportunitățile și capacitatea indivizilor de a construi o viață semnificativă, constituind un reper esențial pentru cercetare și politici orientate spre bunăstare și oferind un cadru coerent pentru dezvoltarea intervențiilor eficiente în promovarea sănătății mintale și sociale durabile contemporane. Pentru prezenta lucrare *considerăm oportună definiția*, conform căreia **calitatea vieții** reprezintă un construct multidimensional și subiectiv, care reflectă evaluarea cognitivă și afectivă a individului asupra propriei existențe, în raport cu starea de bine emoțională, funcționarea psihologică, nivelul de satisfacție față de viață, capacitatea de adaptare la cerințele mediului și realizarea nevoilor, valorilor și aspirațiilor personale, în contextul socio-cultural specific. Aceasta integrează atât experiențele interne ale persoanei (emoții, percepții), cât și interacțiunea cu factorii externi (relații sociale, roluri), subliniind faptul că bunăstarea psihologică nu este determinată exclusiv de condițiile materiale, ci de modul în care individul își valorifică resursele personale și capacitățile pentru a trăi o viață percepută ca fiind împlinită și semnificativă.
2. Analiza conceptelor de adaptare psihosocială și adaptabilitate psihosocială evidențiază caracterul lor dinamic, complex și complementar în explicarea relației individ–mediu. Adaptarea psihosocială este concepută ca un proces continuu de interacțiune activă, orientat nu doar spre menținerea echilibrului funcțional, ci și spre dezvoltarea personalității și autorealizare. Aceasta implică parcurgerea unor etape succesive, cu modificări emoționale, cognitive și comportamentale, fiind profund dependentă de contextul social specific. În schimb, adaptabilitatea psihosocială reflectă potențialul intern al individului de a face față schimbărilor, fiind asociată cu resurse psihologice precum competențele sociale, orientările valorice, inteligența emoțională și strategiile de coping. Literatura de specialitate subliniază relația strânsă dintre adaptabilitate și calitatea vieții, demonstrând că un nivel ridicat de adaptabilitate favorizează sănătatea mintală, integrarea socială și bunăstarea subiectivă. Astfel, adaptabilitatea psihosocială se conturează ca un indicator esențial al funcționării optime în societatea contemporană. Considerăm că, în contextul prezentei lucrări, **adaptabilitatea**

**psihosocială** reprezintă capacitatea dinamică a individului de a-și regla cognitiv, emoțional și comportamental reacțiile în raport cu cerințele mediului social, prin utilizarea eficientă a resurselor personale și sociale, în vederea menținerii echilibrului psihic, integrării sociale și optimizării calității vieții. În contextul anxietății (de stare și de trăsătură), aceasta se manifestă prin flexibilitatea strategiilor de coping, toleranța la stres și gestionarea adecvată a emoțiilor negative, având rol protector și facilitator al bunăstării subiective.

3. Anxietatea se conturează ca un construct psihologic complex, manifestat atât ca stare tranzitorie dependentă de situație, cât și ca trăsătură relativ stabilă a personalității. Analiza definițiilor evidențiază elemente comune precum anticiparea unui pericol difuz, insecuritatea, activarea fiziologică și sentimentul de neputință. În formele sale moderate, anxietatea are un rol adaptativ, mobilizând resursele individului; însă, atunci când devine excesivă și persistentă, afectează semnificativ funcționarea și calitatea vieții. În contextul dat am elaborat o *definiție de lucru*, conform căreia **anxietatea** este definită ca un construct psihologic, caracterizat printr-un ansamblu de reacții emoționale, cognitive, fiziologice și comportamentale declanșate de anticiparea unui pericol difuz, incert sau potențial, manifestându-se atât ca stare tranzitorie dependentă de context (anxietate–stare), cât și ca trăsătură relativ stabilă a personalității (anxietate–trăsătură), care predispune individul la interpretarea situațiilor ca fiind amenințătoare; intensitatea, frecvența și durata manifestărilor anxioase determină caracterul adaptativ sau dezadaptativ al acestora, influențând capacitatea de autoreglare, funcționarea psihosocială și nivelul general al calității vieții.

În baza cadrului teoretic și a instrumentelor psihometrice valorificate în lucrare, capitolele doi și trei ale tezei vizează anxietatea, cu accent pe distincția anxietate stare și trăsătură, după modelul Spielberger. Totodată, analiza empirică integrează valențele funcționale ale anxietății, evidențiind atât formele facilitatoare, cât și pe cele debilitante în context academic. La fel, sunt examinate componentele cognitive, somatice și comportamentale ale anxietății, precum și manifestările acesteia în interacțiuni sociale, prin raportare la anxietatea pozitivă și negativă, conturând astfel o abordare integrativă, aplicată și diferențiată a fenomenului studiat.

## 2. CALITATEA VIETII ȘI ADAPTABILITATEA PSIHOSOCIALĂ A PERSOANELOR CU ANXIETATE: STUDIU DE CONSTATARE

### 2.1. Designul și metodologia cercetării constataive

Cercetarea constativă a fost realizată în perioada octombrie 2024 – mai 2025, în instituțiile de învățământ universitar: studenților de la ciclul 1, licență și celor de la ciclul 2, master din România și studenților de la ciclul 1, licență, Republica Moldova (Tabelul 2.2). De menționat faptul că participarea la cercetare a subiecților a fost în exclusivitate una voluntară, iar eșantionul întrunește condițiile necesare pentru a fi reprezentativ.

**Scopul cercetării** constă în identificarea relației dintre nivelul calității vieții și adaptabilitatea psihosocială a studenților cu anxietate. În acest context ne vom referi la studierea minuțioasă a particularităților calității vieții, adaptabilității psihosociale și anxietății în funcție de factorii psihosociali. Scopul cercetării și-a găsit reflectare în obiective precum: - stabilirea și analiza nivelurilor de dezvoltare calității vieții, adaptabilității psihosociale, anxietății și determinarea particularităților acestora în funcție de factorii psihosociali (țara de origine a subiecților experimentali; gen; mediul de proveniență; nivelul de studii, ciclul universitar, anul de studii; vârstă; utilizarea aromelor uleiurilor esențiale; tipuri de uleiuri esențiale utilizate); - identificarea corelațiilor dintre calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietatea personalității; - stabilirea particularităților calității vieții, adaptabilității psihosociale a persoanelor cu niveluri distincte de anxietate.

În conformitate cu scopul și obiectivele cercetării, de la bun început pentru demersul practic a fost realizate următoarele etape ale cercetării: selectarea și implementarea instrumentelor psihometrice pentru diagnosticarea particularităților calității vieții, adaptabilității psihosociale și a anxietății; interpretarea și introducerea rezultatelor în baza de date Excel; analiza calitativă și cantitativă a rezultatelor cercetării (aplicarea a 4200 instrumente de evaluare pe un număr de 420 de subiecți: studenți din România și Republica Moldova, din 2 instituții de învățământ universitar: 1 instituție din București și 1 instituție din mun. Chișinău).

Considerăm importantă concretizarea particularităților calității vieții, adaptabilității psihosociale, anxietății în funcție de factorii psihosociali. Astfel, indicăm în continuare toate variabilele între care au fost analizate diferențele: țara de origine a subiecților experimentali (perspectivă culturală) (România / Republica Moldova); gen (feminin / masculin); mediul de proveniență (urban/rural); nivelul de studii, ciclul universitar (licență /master) și distribuția pe ani de studii (Licență: an I; II; III; Master: an II); vârstă (18-21 ani, 22-34 ani, peste 35 de ani); utilizarea aromelor uleiurilor esențiale (utilizatori / non-utilizatori de arome); tipuri de uleiuri esențiale utilizate (lavandă / bergamotă / ylang-ylang / mai multe tipuri / altele / nu se utilizează).

În acest context au fost formulate **ipotezele operaționale ale cercetării**. Pentru a crește coerența metodologică și claritatea logică a demersului, ipotezele au fost restructurate prin gruparea lor în funcție de factorii principali: (A) relații între variabilele psihologice centrale, (B) factori socio-demografici și educaționali, (C) factori specifici de stil de viață și sănătate.

*A. Ipoteze privind relațiile dintre variabilele psihologice fundamentale:*

1. Nivelul calității vieții se corelează negativ cu anxietatea (stare și trăsătură, precum și dimensiunile sale cognitive, somatice și comportamentale) și pozitiv cu adaptabilitatea psihosocială.
2. Factorii de adaptabilitate psihosocială și calitate a vieții au rol predictiv negativ asupra formelor dezadaptative ale anxietății (anxietate debilitantă, negativă) și rol predictiv pozitiv sau moderat asupra formelor adaptative ale anxietății (anxietate facilitatoare, pozitivă).

*B. Ipoteze privind influența factorilor socio-demografici și educaționali:*

3. Există diferențe semnificative în nivelul adaptabilității psihosociale, calității vieții și anxietății în funcție de variabilele socio-demografice (țara de origine; gen; mediul de proveniență; nivelul de studii, ciclul universitar (licență /master) și distribuția pe ani de studii (Licență: an I; II; III; Master: an II); vârstă (18-21 ani, 22-34 ani, peste 35 de ani); utilizarea aromelor uleiurilor esențiale (utilizatori / non-utilizatori de arome); tipuri de uleiuri esențiale utilizate (lavandă / bergamotă / ylang-ylang / mai multe tipuri / altele / nu se utilizează)), studenții cu niveluri mai ridicate de maturitate educațională și experiență de viață prezentând o adaptabilitate mai bună și niveluri mai reduse de anxietate.

*C. Ipoteze privind influența factorilor de stil de viață și sănătate:*

4. Utilizarea strategiilor de autoreglare (inclusiv aromaterapia) se asociază cu niveluri mai ridicate ale adaptabilității psihosociale, calității vieții și cu niveluri mai reduse ale anxietății.

***Descrierea instrumentelor psihometrice valorificate în cercetare***

Pentru investigațiile derivate din scopul, obiective și ipotezele lansate pentru experimentul de constatare am selectat instrumente psihometrice care să examineze și să aprecieze cât mai autentic variabilele supuse cercetării: ***calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietatea***.

**Ancheta psihosocială** include indicatori cu referire la criteriile: țara de origine a subiecților experimentali (perspectivă culturală) (România / Republica Moldova); gen (feminin / masculin); mediul de proveniență (urban/rural); nivelul de studii, ciclul universitar (licență /master), anul de studii (Licență: an I; II; III; Master: an II); vârstă (18-21 ani, 22-34 ani, peste 35 de ani); utilizarea aromelor uleiurilor esențiale (utilizatori / non-utilizatori de arome); tipuri de uleiuri esențiale utilizate (lavandă / bergamotă / ylang-ylang / mai multe tipuri / altele / nu se utilizează).

*Notă:* Subiecților experimentali li s-a explicat, înainte de a completa ancheta, că datele personale le includ la dorință, explicându-le că acestea sunt necesare pentru a identifica subiecții care vor participa în cadrul experimentului de formare, respectiv au fost incluse pentru a avea oportunitatea de a selecta grupul de control și grupul formativ. Toate datele au fost folosite doar în scop de cercetare și autorul își asumă responsabilitatea pentru a nu divulga datele personale. În urma examinării tezei la etapele anterioare susținerii finale au fost sugestii de a exclude unele criterii din anchetă, respectiv au fost excluse rezultatele pentru criteriul statutul marital (căsătorit/necăsătorit), performanța academică autoevaluată (note 9-10; 8; 7; 6; 5); diagnostic anterior anxietate (un diagnostic anterior raportat / fără diagnostic). Menționăm că în cercetare nu am diagnosticat clinic anxietatea. Am evaluat psihometric nivelul anxietății și am inclus, ca variabilă distinctă, răspunsul participanților la întrebarea dacă au avut anterior un diagnostic de anxietate. Pentru mai multă claritate, formula va fi înlocuită cu „diagnostic anterior auto-raportat”.

Ancheta psihosocială este prezentată integral în *Anexa 1*.

Pentru studiul calității vieții, adaptabilității psihosociale și anxietății personalității am administrat următoarele instrumente psihometrice:

**Chestionarul Calitatea Vieții (QOLI - Quality of Life Inventory)**, care are ca scop determinarea nivelului de calitate a vieții. Chestionarul este elaborat de către autorul Michael B. Frisch și constă din 32 de itemi. Chestionarul evaluează cât de satisfăcută este o persoană de anumite aspecte al vieții cum ar fi munca sau sănătatea. Sunt utilizate definiții speciale pentru cuvinte ca „bani”; „muncă” și „joc”. Chestionarul solicită respondentului să descrie cât de importante sunt anumite aspecte ale vieții și cât de satisfăcută este persoana de acestea. Prin important se înțelege cât de mult dimensiunea evaluată contribuie la fericirea persoanei în ansamblu fiind utilizate 3 nivele („Neimportant(ă)/Neimportanti(te)” - scorate cu 0 puncte, „Important(ă)/Importanți(te)” - scorate cu 1 punct și „Foarte important(ă)/importanti(te)” - scorat cu 2. Prin satisfăcut se înțelege măsura în care nevoile, țeluri și dorințele persoanei sunt îndeplinite în raport cu dimensiunea măsurată. Nivelul de satisfacție este măsurat prin intermediu a 6 opțiuni pornind de la „Foarte nesatisfăcut(ă)” (-3) până la „Foarte satisfăcut(ă)” (+3). Ariile vieții măsurate sunt: sănătatea, stima de sine, țelurile și valorile, bani, munca, jocul, învățarea, creativitatea, ajutorul, iubirea, prietenii, copiii, rudele, acasă, cartierul și comunitatea.

*Interpretarea rezultatelor.* Profilul satisfacției ponderate denotă patru niveluri ale calității vieții - nivel ridicat; nivel mediu; nivel scăzut; nivel foarte scăzut. Formularul testului este prezentat în *Anexa 2*.

**Chestionarul de evaluare a satisfacției față de calitatea vieții a lui R.S. Elliot adaptat de N. Vodopyanova**, a fost elaborat de Institutul de Medicină a stresului (SUA) în 1993 pentru a ajuta pacienții să-și echilibreze efectul stresului asupra alegerii liniei sale de conduită, contribuind

depășirea acestuia. În varianta primară este format din 40 de categorii, care evaluează percepția individuală a tensiunii pe o scară de la 1 la 9 puncte. Cu cât mai mare este satisfacția pentru fiecare categorie, cu atât este mai scăzut nivelul stresului existențial sau crește nivelul percepției calității vieții. În final se calculează indicele total al calității vieții (ICV), care este considerat ca fiind satisfacția subiectivă în autorealizarea a resurselor personale. Versiunea adaptată de autor a chestionarului conține 36 de întrebări care reflectă satisfacția în următoarele categorii de viață: muncă, realizări personale, sănătate, comunicare cu cei dragi, suport (intern și extern - social), optimismul, tensiunea (disconfort fizic și psihologic), autocontrol, emoții negative (dispoziția).

În conformitate cu cheia se calculează scorul pentru fiecare categorie (9 subscalele, fiecare conține 4 întrebări). Suma minimă pentru fiecare subscală este de 4, maxim - 40. Estimările pe subscale corespund noțiunii de satisfacție în diferite domenii ale vieții. Cu cât e mai mic scorul, cu atât tensiunea mentală este mai înaltă și satisfacția de calitate a vieții în acest domeniu scade. De asemenea se calculează indexul general al calității vieții, care corespunde mediei dintre punctele acumulate pe toate subscalele.

Evaluare pentru fiecare scală se face în conformitate cu cheia chestionarului de evaluare a calității vieții (pe subscale). Nivelele calității vieții / Subscalele (9) sunt: 1) Serviciu (cariera); 2) Aspirații personale și realizări; 3) Sănătate; 4) Comunicarea cu prietenii (apropiații); 5) Suport social; 6) Optimism; 7) Echilibru psihic; 8) Autocontrol; 9) Stări emoționale. În acest caz evaluarea calității vieții se efectuează conform datelor din cheia pentru evaluarea indexului calității vieții. Evaluarea nivelului calității vieții conform indexului general, în puncte, face referință la: 1) nivel foarte jos (depresiv): 4-10 puncte; 2) nivel jos: 11-20 puncte; 3) nivel mediu: 21-29 puncte; 4) nivel înalt: 30-40 puncte. S-a calculat Coeficientul Alpha Cronbach – 0,895, ceea ce denotă o consistență internă 30-40 înaltă a testului. Formularul testului este prezentat în *Anexa 3*.

**Chestionarul *Adaptabilitate, MLO-AM***, elaborat de către A.G. Maklakov, S.V. Chermianin, determină capacitatea de adaptare a personalității bazată pe psihosociologie și pe unele caracteristici fiziologice care reflectă caracteristicile generale de dezvoltare neuro-cardio-psihică și sociale. Metodologia a considerat ideea de adaptare drept un proces continuu de adaptare activă a omului la mediul social în continuă schimbare și la activitățile profesionale. Adaptarea eficientă depinde în mare măsură de modul în care oamenii percep ei înșiși conexiunile lor sociale, cum ar fi echilibrul nevoilor lor cu oportunitățile disponibile și modul în care sunt conștienți de motivele comportamentului lor. Imaginea de sine distorsionată sau insuficient dezvoltată duce la un nivel scăzut de adaptare, care poate fi însoțită de o stare de conflict, o problemă de relație, productivitate redusă și deteriorarea sănătății.

Chestionarul cuprinde 165 de întrebări și are următoarele scale: Scala veridicității – apreciază nivelul obiectivității răspunsurilor la testul dat. O altă scală – potențialul personal de

adaptare – se află la un nivel mai înalt și include în sine instabilitatea neuropsihică, normele morale și capacitățile de comunicare și formează un tablou de adaptare a persoanei la mediul dat. Afirmațiile sunt concepute pentru a evalua capacitățile de adaptare psihosocială a individului și unele caracteristici fiziologice care reflectă caracteristicile generalizate de dezvoltare neuropsihică și socială.

Scala „Potențialul personal de adaptare (PPA)”: Punctajul total pentru scala „Potențialul personal de adaptare” se primește în rezultatul sumării punctelor brute pentru trei scale: „Stabilitate neuropsihică” + „Capacități de comunicare” + „Norme morale”; cu interpretarea ulterioară:

- 5-10: Persoana care posedă un potențial adaptativ înalt. Ușor se adaptează la condițiile noi ale mediului, repede se integrează în noul colectiv, destul de ușor și adecvat se orientează la situații, repede elaborează strategii ale propriului comportament, de regulă nu este conflictuală, posedă o stabilitate emoțională înaltă.
- 3-4: Persoana cu potențialul de adaptare satisfăcător – posedă diverse accentuări care în condiții obișnuite parțial se compensează și pot să se manifeste în cazul schimbului de activitate. Din această cauză succesul adaptării depinde de condițiile exterioare ale mediului. De regulă, persoana care posedă stabilitate emoțională joasă posibil să manifeste agresivitate și comportament conflictual, necesită o apreciere, supraveghere permanentă, apropiere individuală și activități de dezvoltare.
- 1-2: Persoana cu potențial adaptativ scăzut. Indivizii din acest grup au semne evidente de accentuare și anumite caracteristici de psihopatie, o stare psihică poate fi caracterizată ca limitată, posibile explozii nervoase, indivizii au stabilitate neuropsihică scăzută, sunt conflictuali, pot admite fapte care încalcă normele sociale. Necesită observarea unui psiholog și a unui medic (neurolog, psihiatru) [8; 41]. Formularul testului este prezentat în *Anexa 4*.

**Chestionarului de adaptare la mediul studențesc și solicitările academic (AMSSA)** elaborat de către S. Rusnac împreună cu alți cercetători, este un instrument de apreciere a impactului schimbărilor micro-mezo-macrosociale, pe care le confruntă tinerii în procesul încadrării în mediul academic. Chestionarul conține 45 de itemi – afirmații, formularea căror implică o atitudine individualizată a respondenților, oferind posibilitatea de a oferi răspunsului un caracter propriu.

Respondenților li se oferă opțiunea să manifeste nivelul de acord/dezacord față de afirmațiile din chestionar folosind 5 valori de aprecieri 1 – deloc, 4 – uneori, 3 – când și cum, 4 – aproape întotdeauna, 5 – întotdeauna.

Cele 45 de afirmații se referă la stări afective (14), raționamente (11) și comportamente (20). Chestionarul conține 3 scale principale și nouă – secundare. Valorile măsurate de chestionar

descriu:

1. *Starea de confort/disconfort, determinată de schimbările de mediu social – macrosociale:*

a. Satisfacerea necesităților sociocomunicative; b. Satisfacerea necesităților ecosociale; c. Satisfacerea necesităților socioeconomice.

2. *Starea de confort/disconfort, determinată de schimbările mezosociale:* a. Satisfacerea necesităților de comunicare cu rudele și prietenii; b. Satisfacerea necesităților de comunicare cu colegii de facultate; c. Satisfacerea necesităților de comunicare cu cadrele didactice.

3. *Starea de confort/disconfort, determinată de schimbările la nivel de aspirații, realizări personale – microsociale:* a. Satisfacerea necesităților de identificare profesională; b. Satisfacerea necesităților de formare profesională; c. Satisfacerea necesităților de management al timpului personal. *Scorurile sunt grupate în:* foarte joase, joase, medii, înalte. S-a calculat Coeficientul Alpha Cronbach – 0,884, ceea ce denotă o consistență internă înaltă a testului [53]. Formularul testului este prezentat în *Anexa 5*.

**Testul Adaptabilitate / flexibilitate (A. Chelcea)** – Scopul acestei metode este determinarea nivelului adaptabilității reflectând în mod special flexibilitatea / rigiditatea persoanei. Acest test ajută persoana să afle măsura în care este afectată de schimbările neașteptate ce intervin în viață. Subiecții cercetării sunt rugați să indice conform scalei Likerd de la 1 („deloc”) până la 4 („foarte mult”) în ce măsură afirmațiile din chestionar îi caracterizează. Testul este alcătuit din 12 afirmații. Astfel, se răspunde la întrebări încercuind varianta de răspuns care corespunde cel mai bine modului personal de a reacționa [10]. Formularul testului este prezentat în *Anexa 6*.

**Inventarul de Anxietate Stare – Trăsătură STAI a lui Spielberger (The State-Trait Anxiety Inventory Spielberger- STAI).** STAI este alcătuit din 2 scale de autoevaluare pentru măsurarea a două concepte distincte privind anxietatea. Starea de anxietate (A-stare) și anxietatea ca trăsătură (A-trăsătură). Deși inițial a fost creat ca un instrument de cercetare pentru investigarea anxietății la adulții fără probleme de sănătate mintală, STAI s-a dovedit a fi util în măsurarea anxietății la studenți, precum și la pacienți din domeniul neuropsihiatric, cei din clinicile medicale sau din serviciul de chirurgie.

Scala (A-trăsătură) constă din 20 de descrieri pe baza cărora oamenii exprimă modul în care se simt ei în general. Scala (A-stare) constă de asemenea, din 20 de descrieri dar instrucțiunile cer subiecților să indice modul în care ei se simt la un moment dat.

Cercetătorii pot utiliza (A-stare) pentru a determina nivelurile actuale ale stărilor de anxietate, induse prin proceduri experimentale stresante sau ca un indice al nivelului de autocontrol, așa cum a fost numit acest concept de Hull (1943) și Spense (1958). S-a demonstrat că scorurile la scala (A-stare) cresc în urma variatelor tipuri de stres și descresc în urma antrenamentului de relaxare (relaxation training). Scala (A-trăsătură) oferă posibilitatea depistării

la studenții din învățământul superior sau de colegiu a înclinațiilor anxiogene precum și a evaluării extinderii cu care studenții care apelează la serviciile de consiliere și orientare se confruntă cu probleme de tip nevrotic sau anxiogen. Scala (A-stare) este un indicator bun al nivelului de anxietate tranzitorie resimțită de clienți și pacienți în consiliere, psihoterapie, terapie comportamentală sau în domeniul psihiatric. Ea poate fi de asemenea, utilizată pentru a măsura schimbările de intensitate ale stării anxiogene care apar în aceste situații.

*Conceptele: stare anxiogenă și anxietatea ca trăsătură (State Trait Anxiety).* Starea anxiogenă A-stare reprezintă o stare emoțională tranzitorie sau condiții ale organismului uman, caracterizată prin sentimente subiective, conștient percepute de tensiune și teamă și activitate sporită a SNV. A-stare poate varia în intensitate și fluctua în timp. Anxietatea ca trăsătură se referă la diferențele individuale relativ stabile în înclinația spre anxietate, ce diferențiază oamenii în ceea ce privește tendința de a răspunde la situațiile percepute ca amenințătoare cu creșteri ale intensității stării de anxietate. Ca și concept psihologic, trăsătura anxietate are caracteristicile unei clase de constructe pe care Atkinson le numește „motive” și la care Campbell se referă ca și „dispoziții comportamentale”.

În general, aceia care obțin scoruri mari la A-trăsătură vor manifesta creșteri ale A-stare mai frecvent decât indivizii care obțin scoruri mici la A-trăsătură, deoarece ei tind să reacționeze la un mare număr de situații, considerându-le periculoase sau amenințătoare. Persoanele care obțin scoruri mari la A-trăsătură răspund de asemenea cu A-stare crescută și în situațiile care implică relații interpersonale ce amenință stima de sine. S-a arătat, de exemplu, că acele condiții în care este trăit insuccesul, sau în care este evaluat nivelul individual (ex. aplicarea unui test de inteligență) sunt amenințătoare în special pentru persoanele care obțin scoruri mari la A-trăsătură.

Dar dacă, într-adevăr, oamenii care diferă în scorurile la A-trăsătură vor prezenta diferențe în A-stare, depinde de modul în care o situație specifică este percepută de un individ ca periculoasă sau amenințătoare, iar acest lucru este puternic influențat de experiența trecută a individului.

*Administrare:* STAI a fost construit astfel încât să poată fi autoadministrat, fiind aplicabil atât individual cât și în grup. Aplicarea inventarului nu necesită limită de timp. Studenții în general au nevoie de 6-8 minute pentru a completa fie A-stare fie A-trăsătură și mai puțin de 15 minute pentru a le completa pe ambele. Validitatea STAI se bazează pe presupunerea că subiectul a înțeles instrucțiunile pentru A-stare care îi cer să relateze cum se simte în acel moment și cele pentru A-trăsătură care îi solicită să indice cum se simte în general.

Subiectul va fi atenționat asupra faptului că instrucțiunile sunt diferite pentru cele două părți ale inventarului și i se va spune că ambele seturi de instrucțiuni trebuie citite atent. Este bine ca subiectul să citească instrucțiunile în gând, iar apoi examinatorul să le citească cu voce tare și să ofere subiectului posibilitatea să pună întrebări. Dacă subiectul pune întrebări în cursul testării,

examinatorul va răspunde în mod evaziv. Răspunsuri de genul „Indicați cum vă simțiți în general” sau „Indicați cum vă simțiți acum” sunt de obicei suficiente. În standardizarea STAI, scala A-stare forma X1 - se aplică itemii, urmată apoi de scala A-trăsătură, forma X2, această ordine fiind recomandată când ambele scale sunt aplicate împreună. Întrucât scala A-stare este sensibilă la condițiile în care testul este administrat, scorurile la această scală pot fi influențate de atmosfera emoțională care poate fi creată dacă scala A-trăsătură este aplicată prima. În contrast, s-a determinat că scala A-trăsătură este relativ neinfluențată de condițiile în care este aplicată (Johnson, 1968; Johnson, Spielberger, 1968).

Instrucțiunile pentru STAI scala A-trăsătură vor fi întotdeauna cele tipărite pe formular. Pentru STAI A-stare, instrucțiunile pot fi modificate pentru a evalua nivelul intensității stării de anxietate pentru o situație sau un interval de timp ce interesează experimentatorul sau clinicianul. Când sarcina este de durată, este utilă instruirea subiectului să răspundă cum se simte la începutul sarcinii și apoi cum se simte în timpul lucrului la porțiunea finală a sarcinii. Pentru a măsura schimbările în intensitatea stării de anxietate în timp, este recomandat ca scala A-stare să fie aplicată de fiecare dată când este necesară o măsură a stării de anxietate [50]. Formularul testului este prezentat în *Anexa 7*.

**Testul de autoevaluare a gândurilor în interacțiunile sociale** este elaborat de Glass și colab., 1982. Scopul acestei metode este determinarea nivelului anxietății pozitive și a anxietății negative. Chestionarul conține 20 de itemi – afirmații, formularea căror implică o atitudine individualizată a respondenților, oferind posibilitatea de a oferi răspunsului un caracter propriu.

Respondenților li se oferă opțiunea să aprecieze cât de frecvent ar putea gândi ceva similar înainte, în timpul sau după interacțiunea cu o persoană de sex opus, utilizând scala de 5 puncte. Subiecții cercetării sunt rugați să indice conform scalei Likert de la 1- foarte rar, 2 - rar, 3 - uneori, 4 - des, 5 - foarte des, în ce măsură afirmațiile din chestionar îi caracterizează. Astfel, se răspunde la întrebări încercuind varianta de răspuns care corespunde cel mai bine modului personal de a reacționa. În funcție de punctajul obținut, persoana poate deține una sau ambele subscale ale anxietății sociale (punctajul cel mai mare coincide cu subscalea pozitivă și/sau negativă). Scorurile variază între 10 și peste 38 de puncte. Formularul testului este prezentat în *Anexa 8*.

**Chestionarul de evaluare a anxietății academice** este elaborat de R. Alpert și R. Haber în 1960. Chestionarul cuprinde 19 itemi aleși după criteriul performanțelor academice și două subscale prin care se evaluează anxietatea care împiedică însușirea cunoștințelor și anxietatea care facilitează însușirea cunoștințelor la studenți; subiectul apreciază pe o scală de la 1 – 5 intensitatea cu care resimte fiecare simptom. El urmărește măsurarea rolului anxietății în însușirea cunoștințelor academice. Anxietatea care împiedică însușirea cunoștințelor este abordată de 10 itemi, iar anxietatea care facilitează însușirea cunoștințelor este abordată de 9 itemi.

Subiecții trebuie să aprecieze în ce măsură îi caracterizează enunțurile chestionarului, utilizând scala de 5 puncte: 1 - Întotdeauna / Este adevărat pentru mine; 5 - Niciodată / Nu este adevărat pentru mine. Pentru interpretare este important să se ia în considerare faptul că unii itemi se punctează invers. Pentru scala ce evaluează anxietatea care împiedică însușirea cunoștințelor scorul poate varia între 10 și 50 de puncte. Între 24 și 36 – scor mediu, iar peste 57 – scor ridicat. Pentru scala ce măsoară anxietatea care facilitează însușirea cunoștințelor scorul poate varia între 9 și 45 de puncte. Între 21 și 32 de puncte – scor mediu, iar peste 33 de puncte – scor ridicat. Nu se calculează un indice global. Formularul testului este prezentat în *Anexa 9*.

**Chestionarul ASQ pentru evaluarea anxietatii** (Lehrer și Woolfolk). Acest chestionar surprinde dimensiunea cognitivă, somatică și comportamentală a anxietății. Cei 36 de itemi au fost construiți și validați de Lehrer și Woolfolk.

*Administrare și scorare.* Răspunsurile se dau pe o scala cu 9 trepte, 0 indicând manifestarea minimă, iar 8 pe cea maximă. Se calculează un scor pentru fiecare dimensiune: - cognitivă; - somatică; - comportamentală și un scor global pentru anxietate prin sumarea scorurilor parțiale.

- *Dimensiunea somatică* cuprinde 16 itemi. Scorul total se poate situa între 0 – 128 puncte: 59 – 102 – scor mediu; peste 103 scor ridicat.
- *Dimensiunea comportamentală* cuprinde 9 itemi. Scorul total se poate situa între 0 – 72 puncte: 34 – 57 – scor mediu; peste 58 – scor ridicat.
- *Dimensiunea cognitivă* cuprinde 11 itemi. Scorul total se poate situa între 0 – 88 puncte: 41 – 69 – scor mediu; peste 70 – scor ridicat.

Scorul global cuprinde 36 de itemi și se poate situa între 0 – 288 puncte: 0 – 109 – scor scazut; 110 – 135 – scor mediu; peste 136 – scor ridicat. Formularul testului este prezentat în *Anexa 10*.

**Metoda asociației libere** numită și *evocarea liberă* a fost utilizată în cadrul studiului pentru a identifica importanța termenilor evocați în lanțul asociativ: 1) *calitatea vieții* și 2) *adaptabilitate psihosocială*. Conform acestei metode, participanților li s-a cerut să noteze cinci cuvinte sau expresii asociate spontan cu termenul indus 1) *calitatea vieții* și 2) *adaptabilitate psihosocială*. Avantajul acestei tehnici constă în caracterul ei neinfluențat, permițând obținerea unor asocieri autentice. Pentru a obține valoarea care indică importanța termenului evocat în lanțul asociativ a fost utilizată modalitatea de scriere a cuvintelor în ordine ierarhică, similar scalei Likert, de la 1 la 5, cu indiciul 1 – pentru cel mai important și apropiat cuvânt, 2 – mai puțin important, iar 5 – pentru cel mai puțin important și îndepărtat cuvânt.

Instrucțiunea concretă a fost: 1) „În viziunea voastră *calitatea vieții* este ... **Notați și ierarhizați**, de la cel mai important la cel mai puțin important, 5 cuvinte sau îmbinări de cuvinte asemănătoare cu expresia *calitatea vieții*...”. 2) „*Adaptabilitatea psihosocială* este...”.

Demersul analitic realizat presupune, reprezentarea conținutului conceptelor: *calitatea vieții* și *adaptabilitatea psihosocială* specifice întregului grup care a participat la această cercetare. Menționăm că procesul a implicat o analiză tematică inductivă a răspunsurilor de asociere liberă, concentrându-se pe identificarea ideilor, conceptelor și semnificațiilor recurente. Răspunsurile brute, inițial colectate, au fost extrase sistematic pentru a facilita această analiză. În lucrare am prezentat temele emergente și detalierea lor.

*Psihoaromatestarea.* Activitatea de aromatestare are ca scop identificarea preferințelor olfactive individuale și stabilirea unei ierarhii personale privind gradul de acceptare a aromelor utilizate în program. Facilitatorul înmânează fiecărui participant câte un stick impregnat cu fiecare dintre cele trei arome selectate pentru program: lavandă, bergamotă și ylang-ylang. Fiecare participant este invitat să inspire, pe rând, fiecare dintre cele trei arome și să noteze, pe o fișă individuală, ordinea preferinței personale — pe prima poziție fiind menționată aroma percepută ca cea mai plăcută.

După completarea fișelor, facilitatorul colectează și centralizează datele, prezentând rezultatele într-o scurtă discuție de grup. La prima etapă, participanții reflectă asupra diferențelor și asemănarilor în percepțiile olfactive individuale, contribuind astfel la identificarea aromelor cel mai agreabile la nivelul grupului. Activitatea are, totodată, un rol familiarizare senzorială, facilitând integrarea treptată a aromelor în experiența psihologică a programului formativ și contribuind la crearea unui cadru perceptiv și emoțional unitar.

În continuare prezentăm blocurile instrumentelor psihometrice care descriu variabilele de bază: calitatea vieții, adaptarea psihosocială și anxietatea.

**Tabelul 2.1. Instrumente psihometrice pentru calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietate**

Variabilele cercetării	Instrumente psihometrice
1. Blocul instrumentelor psihometrice care descriu calitatea vieții	- <i>Inventarul Calității Vieții (Quality of Life Inventory);</i> - <i>Chestionarul de evaluare a satisfacției față de calitatea vieții (Elliot R.S., adaptat de N. Vodopianova);</i>
2. Blocul instrumentelor psihometrice care descriu adaptarea psihosocială	- <i>Chestionarul Adaptabilitate, MLO-AM (A.G. Maklakov, S.V. Chermyanin);</i> - <i>Chestionarul de adaptare la mediul studentesc și solicitările academic (Chestionarul AMSSA, S. Rusnac);</i> - <i>Testul Adaptabilitate / flexibilitate (A. Chelcea);</i>
3. Blocul instrumentelor psihometrice care descriu anxietatea	- <i>Inventarul de Anxietate Stare – Trăsătură STAI, Spielberger;</i> - <i>Testul de autoevaluare a gândurilor în interacțiunile sociale (Glass și colab.);</i> - <i>Chestionarul de evaluare a anxietății academice (Alpert – Harber);</i> - <i>Chestionarul ASQ pentru evaluarea anxietatii (Lehrer și Woolfolk)</i>

**Justificări în selecția instrumentelor de cercetare.** Selecția instrumentelor de cercetare utilizate în cadrul prezentei teze este fundamentată pe necesitatea unei evaluări complexe a relației dintre calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietate. În acord cu scopul și obiectivele

formulate, bateria de instrumente îmbină metode cantitative și calitative, standardizate și exploratorii, pentru a surprinde atât dimensiunea obiectivă, cât și cea subiectivă a fenomenelor investigate. În primul rând, utilizarea anchetei psihosociale este justificată prin rolul său esențial în operaționalizarea variabilelor independente de natură socio-demografică și contextuală. Literatura de specialitate (Diener, 1984) subliniază că factori precum genul, vârsta, mediul de proveniență sau nivelul de educație influențează semnificativ atât percepția calității vieții, cât și mecanismele de adaptare și vulnerabilitatea la anxietate [118]. Integrarea unor variabile mai puțin explorate, precum utilizarea aromaterapiei, contribuie la caracterul inovator al cercetării, permițând identificarea unor posibile strategii alternative de coping.

În al doilea rând, alegerea chestionarelor QOLI (Frisch) și a instrumentului lui Vodopyanova pentru evaluarea calității vieții răspunde necesității unei măsurări complementare: una centrată pe satisfacția ponderată în domenii relevante ale vieții și alta pe evaluarea stresului și autorealizării resurselor personale. Această abordare este susținută de modelele contemporane ale bunăstării (Ryff, 1989), care recomandă utilizarea indicatorilor multipli pentru o evaluare validă a calității vieții [210]. Astfel, se asigură o captare nuanțată a dimensiunilor cognitive și afective ale bunăstării.

Evaluarea adaptabilității psihosociale este realizată printr-o combinație de instrumente (MLO-AM, AMSSA, testul de flexibilitate Chelcea), ceea ce permite surprinderea atât a potențialului adaptativ general, cât și a manifestărilor specifice contextului academic. Această alegere este justificată de perspectiva psihosocială conform căreia adaptarea este un proces dinamic, dependent de interacțiunea individ-mediu (Lazarus & Folkman, 1984) [170]. Instrumentul MLO-AM oferă o evaluare profundă a resurselor interne (stabilitate emoțională, capacități de comunicare), în timp ce AMSSA contextualizează adaptarea la nivel micro-, mezo- și macrosocial, relevant pentru populația studențească investigată.

În ceea ce privește anxietatea, utilizarea unui set diversificat de instrumente (STAI, ASQ, chestionarul Alpert-Haber, testul gândurilor sociale) este pe deplin justificată de natura multidimensională a acestui construct. STAI permite diferențierea între anxietatea ca stare și ca trăsătură, oferind un cadru teoretic solid (Spielberger, 1983) [225], în timp ce celelalte instrumente completează analiza prin evaluarea dimensiunilor cognitive, comportamentale și situaționale ale anxietății. Această triangulare metodologică crește validitatea rezultatelor și permite identificarea unor profiluri diferențiate ale anxietății.

Introducerea metodei asociației libere aduce un aport calitativ valoros, facilitând explorarea reprezentărilor sociale ale conceptelor-cheie, în spiritul teoriei lui Moscovici. Aceasta permite accesul la structuri simbolice și semnificații latente care nu pot fi surprinse prin metode standardizate. De altfel, includerea aromateștii reflectă o abordare aplicativă și holistică, corelată

cu obiectivul de elaborare a unui program de intervenție. Aceste instrumente contribuie la personalizarea intervenției și la înțelegerea factorilor psihologici implicați în autoreglare și adaptare. Selecția instrumentelor este coerentă cu designul cercetării, susținând atât analiza relațiilor dintre variabile, cât și dezvoltarea unui model explicativ și intervențional valid.

Concretizăm aici argumentul conform căruia în lucrarea au fost administrate patru teste care măsoară același concept, anxietatea. Cele patru instrumente nu măsoară același aspect al anxietății, ci dimensiuni diferite ale unui construct multidimensional. Utilizarea lor permite o evaluare mai nuanțată și mai validă a anxietății, evitând reducerea anxietății la un singur scor global. STAI măsoară anxietatea de stare și anxietatea de trăsătură. Această diferențiere este importantă deoarece anxietatea de stare surprinde reacția emoțională tranzitorie, legată de moment și context, iar anxietatea de trăsătură surprinde predispoziția relativ stabilă de a reacționa anxios. Testul Glass privind gândurile în interacțiunile sociale surprinde dimensiunea cognitivă și socială a anxietății, în special raportată la situații de interacțiune, evaluare și vorbire publică. Alpert–Haber măsoară anxietatea academică, diferențiind între anxietatea care împiedică învățarea și anxietatea care poate facilita mobilizarea pentru performanță. ASQ vizează sensibilitatea la anxietate, adică teama față de propriile simptome anxioase, pe dimensiuni somatică, comportamentală și cognitivă. Prin urmare, cele patru instrumente nu se dublează mecanic, ci acoperă niveluri diferite: anxietate generală, anxietate social-cognitivă, anxietate academică și sensibilitate la simptomele anxietății. Această alegere este justificată de obiectivul tezei de a construi un profil complex al persoanelor cu anxietate, nu doar de a obține o etichetă globală a anxietății.

## **2.2. Caracteristici ale eșantionului cercetării**

**Descrierea eșantionului.** În cadrul acestei cercetări, focalizată asupra relației dintre calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietate, s-a recurs la o abordare cantitativă care a implicat chestionarea unui eșantion relevant numeric și sociocultural. Structura eșantionului reflectă diversitatea participanților din punct de vedere demografic, educațional și psihologic, facilitând astfel o analiză complexă și riguroasă a fenomenului investigat.

**Context general și structurarea eșantionului.** Eșantionul a fost constituit din număr de **420 de subiecți**, selectați în mod voluntar și anonimizat, conform principiilor etice ale cercetării psihologice, toți fiind studenți înmatriculați în instituții de învățământ superior din România și Republica Moldova: din 2 instituții de învățământ universitar: 1 instituție din București și 1 instituție din mun. Chișinău.

Selectarea acestora a urmărit reprezentativitatea în funcție de variabilele relevante pentru scopul investigației, precum: țara de proveniență, genul, mediul de rezidență, ciclul și anul de studii, vârsta, statutul marital, performanța academică și alte dimensiuni psihosociale asociate experienței anxietății și a utilizării remediilor aromaterapeutice.

## Distribuția respondenților după variabilele socio-demografice

În continuare prezentăm distribuția respondenților după variabilele socio-demografice

**Tabelul 2.2. Eșantionul cercetării în funcție de țara de origine**

Nr. crt.	Țară / Instituția de învățământ	Număr de subiecți	Procent
1.	România Universitatea Hyperion, București	257	61,2%
2.	Republica Moldova Universitatea de Stat din Moldova, mun. Chișinău	163	38,8%

După cum observăm din tabelul 2.2, respondenții sunt din spațiul românesc, respectiv din două țări: România (61,2%) și Republica Moldova (38,8%), ceea ce oferă o perspectivă transfrontalieră și cultural-comparativă asupra fenomenelor psihologice investigate, relativ proporțională cu dimensionarea populației celor două țări. Această împărțire conferă studiului o dimensiune comparativă transnațională, oferind cadrul pentru analiza diferențelor culturale în manifestarea calității vieții, adaptabilității psihosociale, anxietății și în utilizarea aromaterapiei.

Distribuția eșantionului după criteriul gen poate fi vizualizată în tabelul 2.3.

**Tabelul 2.3. Distribuția eșantionului în funcție de gen**

Gen	Numărul de subiecți	%
<b>Masculin</b>	72	17.1%
<b>Feminin</b>	348	82.9%
<b>Total</b>	<b>420</b>	100%

Analizând datele prezentate în tabelul 2.3, observăm că raportul subiecților în funcție de gen este mult disproportional în favoarea fetelor. Deci, lotul investigat este semnificativ feminin, proporția respondentelor fiind de 82,9% față de doar 17,1% respondenți de gen masculin. Această asimetrie poate reflecta atât interesul crescut al femeilor pentru tematica cercetării, cât și posibile realități structurale din cadrul populației studențești vizate.

Totodată poate reflecta o tendință explicabilă prin nivelul crescut de participare al femeilor în studiile psihologice și o posibilă prevalență mai mare a simptomelor de anxietate în rândul acestora, conform literaturii de specialitate.

În tabelul 2.4. este prezentat eșantionul implicat în experiment, în funcție de mediul de proveniență a subiecților.

**Tabelul 2.4. Distribuția eșantionului în funcție de mediul de proveniență**

Mediu	Nr.	% Valid
Urban	337	80.2%
Rural	83	19.8%

Din perspectiva mediului de proveniență, majoritatea participanților provin din mediul urban (80,2%), iar un procent de 19,8% din mediul rural, sugerând o predominanță a socializării academice în contexte urbane. Predominanța mediului urban reflectă și accesul mai facil la servicii educaționale și psihologice, precum și o conștientizare sporită a problematicii legate de sănătatea mintală în spațiile urbane.

În tabelul 2.5. este prezentat eșantionul implicat în experiment, în funcție nivelul de studii și ciclul universitar, precum și distribuția pe ani de studii.

**Tabelul 2.5. Distribuția eșantionului în funcție de nivelul de studii, ciclul universitar și distribuția pe ani de studii**

Ciclul de studii	Nr.	% Valid	Anul de studii	Nr.	% Valid
Licență	373	88.8%	Anul I Licență	172	41.0%
			Anul II Licență	34	8.1%
			Anul III Licență	167	39.8%
Master	47	11.2%	Anul II Master	47	11.2%

Din punct de vedere academic, respondenții sunt înscriși preponderent în ciclul de licență (88,8%), în timp ce doar 11,2% urmează un program de masterat.

Se observă o concentrare majoră a eșantionului în jurul anilor I și III de licență, indicând o participare activă atât a debutanților în parcursul universitar, cât și a celor care se află în pragul finalizării studiilor, un aspect relevant pentru înțelegerea diferențelor în adaptarea psihosocială în funcție de parcursul academic.

În tabelul 2.6. este prezentat eșantionul în funcție de mediul de categoria de vârstă.

**Tabelul 2.6. Distribuția eșantionului în funcție de categoria de vârstă**

Categoria de vârstă	Nr.	% Valid
18–21 ani	144	38.3%
22–34 ani	119	31.6%
Peste 35 ani	113	30.1%

Chiar dacă 10,5% dintre respondenți nu au oferit răspuns, se observă o reprezentare echilibrată între tineri studenți și adulți care revin sau continuă studiile, favorizând o perspectivă generațională asupra anxietății și autoreglării emoționale.

Această diversitate de vârstă sugerează că experiențele academice și cele psihologice sunt trăite de participanți aflați în etape diferite ale vieții, aspect relevant în analiza dimensiunii anxietății și a strategiilor de reglare emoțională.

#### **Anxietate și utilizarea aromelor/uleiurilor esențiale**

În tabelul 2.7. este prezentat eșantionul în funcție de criteriul *utilizarea aromelor în general*.

**Tabelul 2.7. Distribuția eșantionului în funcție de criteriul *utilizarea aromelor în general***

Utilizare arome	Nr.	% Valid
Da	167	39.8%
Nu	253	60.2%

Aproximativ 2 din 5 participanți (39.8%) afirmă că folosesc arome în viața de zi cu zi. În schimb, majoritatea respondenților (60.2%) declară că nu utilizează arome, ceea ce sugerează o utilizare modestă a acestor produse în eșantionul analizat. Însă, procentul celor care utilizează

aromele devine semnificativ în contextul explorării metodelor alternative de gestionare a anxietății, întrucât cei 39.8% pot constitui un subgrup deschis la intervenții non-farmacologice.

În tabelul 2.8. este prezentat eșantionul în funcție de criteriul *utilizarea aromelor pentru diminuarea anxietății*.

**Tabelul 2.8. Distribuția eșantionului în funcție de criteriul *utilizarea aromelor pentru diminuarea anxietății***

Utilizare	Nr.	% Valid
Da	108	25.8%
Nu	311	74.2%

Doar un sfert din respondenți (25.8%) declară că folosesc arome în mod intenționat pentru a diminua anxietatea. În schimb, aproape 3 din 4 participanți (74.2%) nu utilizează aromele cu această finalitate specifică. Însă, dacă comparăm acest tabel 2.11 cu cel anterior 2.10, rezultă că din cei 167 de participanți care folosesc arome în general, aproximativ 108 ( $\approx 64.7\%$ ) le utilizează cu scop anxiolitic. Aceasta sugerează că o parte considerabilă dintre cei care utilizează arome o fac ca strategie de auto-reglare emoțională. Având în vedere tema „Calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială a persoanelor cu anxietate”, acest indicator devine esențial în evaluarea strategiilor complementare de coping folosite de studenți/anxioși; analiza diferențelor între utilizatori și non-utilizatori ai aromelor din perspectiva: - nivelului de anxietate; - calității vieții; - gradului de adaptabilitate psihosocială.

În tabelul 2.9. este prezentat eșantionul în funcție de criteriul *tipuri de uleiuri esențiale utilizate*.

**Tabelul 2.9. Distribuția eșantionului în funcție de criteriul *tipuri de uleiuri esențiale utilizate***

Ulei esențial	Nr.	% Valid
Lavandă	61	14.6%
Bergamotă	12	2.9%
Ylang-Ylang	9	2.2%
Mai multe tipuri	32	7.7%
Altele	2	0.5%
Nu utilizează	302	72.2%
Ulei esențial	Nr.	% Valid

Deși majoritatea respondenților nu utilizează uleiuri esențiale, există un interes semnificativ pentru lavandă – documentată științific pentru efectele sale anxiolitice – ceea ce poate deschide direcții viitoare de intervenție psihologică alternativă.

*Psihoaromaterapia și sănătatea mintală.* Cercetarea a urmărit și legătura dintre utilizarea aromelor și gestionarea anxietății. Am identificat că: - 39,8% dintre participanți utilizează arome în mod general; - 25,8% declară că folosesc arome pentru diminuarea anxietății; - 15% au avut un diagnostic anterior de anxietate. În ceea ce privește tipurile de uleiuri esențiale utilizate, preferințele sunt următoarele: lavandă (14,6%), bergamotă (2,9%), Ylang-Ylang (2,2%). Se

evidențiază astfel o preponderență a lavandei, documentată pentru efectele sale calmante, dar și o rată relativ scăzută de utilizare a uleiurilor în ansamblu, ceea ce poate indica un potențial exploratoriu pentru intervenții complementare în domeniul anxietății. Subliniem aici că structura acestui eșantion reflectă un tablou complex și relevă multiple dimensiuni ale populației studiate: cu o pondere crescută a tinerelor studente provenite din mediul urban și o orientare academică de nivel licență, dar și cu o deschidere moderată către metode complementare de gestionare a anxietății precum aromaterapia. Variabilele socio-demografice prezentate oferă fundamentul necesar pentru analiza relației dintre calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și simptomele de anxietate în rândul populației universitare. Prezența cazurilor cu diagnostic de anxietate, precum și deschiderea către aromaterapie, oferă un teren fertil pentru investigarea relației dintre starea emoțională și remediile complementare utilizate de populația studiată.

Menționăm că demersul de cercetare are două etape principale. În prima etapă, studiul constatativ nu pornește doar de la diferențe deja cunoscute, ci determină nivelurile de manifestare ale calității vieții, adaptabilității psihosociale și anxietății la eșantionul de 420 de studenți. Prin instrumentele utilizate, cercetarea caracterizează nivelurile anxietății, inclusiv anxietatea de stare și de trăsătură, anxietatea socială/interacțională, anxietatea academică și sensibilitatea la anxietate. Așadar, nivelul anxietății a fost determinat psihometric, nu doar presupus. După determinarea nivelurilor, cercetarea analizează diferențele și relațiile dintre variabile: cum se asociază anxietatea cu adaptabilitatea psihosocială și calitatea vieții, cum diferă aceste variabile în funcție de factori psihosociale și ce profil au persoanele cu niveluri distincte de anxietate. În a doua etapă, pe baza datelor constatative, au fost selectați participanți cu anxietate ridicată și cu niveluri mai reduse de adaptabilitate și calitate a vieții pentru experimentul formativ. Programul a fost aplicat grupului experimental și evaluat prin comparația test–retest și prin comparația cu grupul de control. Prin urmare, răspunsul clar este: da, cercetarea a determinat nivelul de anxietate și, ulterior, a analizat diferențele și relațiile acestuia cu adaptabilitatea psihosocială și calitatea vieții.

### **2.3. Rezultatele studiului constatativ: percepții privind calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială**

#### ***2.3.1. Percepțiile subiecților privind conceptul de calitate a vieții***

În acest subcapitol am prezentat analiza calitativă a datelor de asociație liberă asupra conceptului „calității vieții” în percepțiile studenților. Conceptul de calitate a vieții cuprinde o sferă mai largă decât cea a standardelor individuale de viață, făcând referire la toate aspectele condițiilor în care trăiesc oamenii, respectiv la toate nevoile și cerințele acestora. Organizația Mondială a Sănătății prezintă calitatea vieții ca fiind percepția indivizilor cu privire la poziția lor în viață, în contextul culturii și sistemelor de valori în care trăiesc și în raport cu obiectivele,

așteptările, standardele și preocupările acestora. Această interpretare reflectă punctul de vedere conform căruia calitatea vieții se referă la o evaluare subiectivă care este încorporată într-un context cultural, social și de mediu. Calitatea vieții pentru studenți este percepută ca o experiență holistică și subiectivă, depășind simplele posesiuni materiale sau succesul academic.

Pentru cercetarea realizată a fost valorificată *metoda asociației libere* sau evocarea liberă. Conform metodei date subiecților li s-a propus să noteze cinci cuvinte sau îmbinări de cuvinte asemănătoare cu termenul inductor *calitatea vieții*. Avantajul acestei metode constă în faptul că subiectul evocă termenii asociați spontan și fără a fi influențați. La această etapă au fost obținuți indicatorii care indică asupra frecvenței termenilor asociativi. Totodată, subiecții antrenați în experiment au ierarhizat acești termeni asociativi, de la cel mai important la cel mai puțin important, reflectând asupra conceptului. Pentru a obține valoarea (cifra) care indică importanța termenului evocat în lanțul asociativ a fost folosită modalitatea de scriere a cuvintelor în ordine ierarhică, de la 1 la 5, cu indiciul 1 – pentru cel mai important și apropiat cuvânt, 2 – mai puțin important, iar 5 – pentru cel mai puțin important și îndepărtat cuvânt, similar scalei Likert.

Demersul analitic realizat presupune, prezentarea conținutului percepției conceptului *calității vieții* specifice întregului lot supus cercetării. De altfel, prin metoda *asociației libere*, aplicată au fost termeni asociativi pentru cuvântul inductor.

Procesul a implicat o analiză tematică inductivă a răspunsurilor de asociere liberă, concentrându-se pe identificarea ideilor, conceptelor și semnificațiilor recurente. Răspunsurile brute, inițial colectate, au fost extrase sistematic pentru a facilita această analiză. În continuare prezentăm câteva teme emergente și detalierea lor: 1. Bunăstarea holistică; 2. Liniște și echilibru interior; 3. Împlinire personală și satisfacție; 4. Relații semnificative și conexiune socială; 5. Securitate materială și autonomie.

1. *Bunăstarea holistică* este cea mai răspândită temă, cuprinzând dimensiunile fizică, mentală, emoțională și socială. Studenții asociază în mod constant calitatea vieții cu un sentiment cuprinzător de a se simți bine și sănătos în toate aceste domenii. Conceptele cheie includ „bunăstare generală”, „sănătate fizică și psihică”, „stare de bine” și „echilibru bio-psiho-social”.

Astfel, respondenții au definit calitatea vieții ca fiind „*nivelul pe care îl experimentează fiecare în legătură cu starea de sănătate și bunăstare*” sau „*bunăstare atât psihică cât și emoțională, socială*”. De asemenea, se menționează că este „*bunăstare fizică și psihică*” și „*echilibru bio-psiho-social*”; „un concept complex care reflectă bunăstarea generală. Include *factori obiectivi*: sănătatea, veniturile, educația, siguranța și *subiectivi*: satisfacția, echilibrul dintre muncă și timp liber”, ceea ce se aliniază cu definițiile existente.

Accentul constant pe „bunăstare” și „sănătate” în multiple dimensiuni sugerează că studenții nu percep calitatea vieții doar ca absența bolii, ci ca o stare proactivă. Această perspectivă

indică o înțelegere sofisticată, care depășește simpla supraviețuire. Prin menționarea repetată a „sănătății fizice și psihice” și a „bunăstării generale”, studenții semnalează că sănătatea nu este doar o componentă, ci o condiție fundamentală pentru calitatea vieții. Includerea sănătății „mentale” și „emoționale” alături de cea „fizică” demonstrează o conștientizare a interconectării acestor aspecte, depășind un model pur biomedical al sănătății. Aceasta implică faptul că inițiativele menite să îmbunătățească calitatea vieții studenților trebuie să abordeze bunăstarea mentală și emoțională la fel de critic ca și sănătatea fizică.

2. *Liniște și echilibru interior* – este tema ce reflectă o dorință profundă de liniște, armonie și echilibru în interiorul propriei persoane și în diversele domenii ale vieții. Ea evidențiază dimensiunea subiectivă și internă a calității vieții. Conceptele cheie includ „liniște”, „pace”, „armonie”, „echilibru”, „liniște interioară”, „calmitate” și „acord cu tine”. Exemple din răspunsuri includ „liniște, bunăstare, armonie”, „liniștea din suflet și relațiile cu cei dragi” și „bazată pe liniște și împlinire sufletească”. Unii respondenți au menționat „pacea interioară, stabilitatea materială, relații sănătoase” și „echilibru în viață”. De asemenea, se subliniază necesitatea de a „trăi în echilibru emoțional, să fiu autentică, să am conexiuni profunde, libertate, evoluție și un impact pozitiv asupra celor din jur” și „echilibrul între trup, suflet și minte, momente autentice și fericire, conexiuni profunde și stări în acord cu valorile”.

Accentul recurent pe „liniște” și „echilibru” sugerează că studenții percep calitatea vieții ca o stare dinamică de reglare internă și armonie, deosebit de importantă în mediul academic adesea stresant. Aceasta nu este o condiție statică, ci o căutare activă a stabilității în mijlocul provocărilor. Studenții se confruntă cu tranziții semnificative, presiuni academice și cerințe sociale. Menționarea repetată a „liniștii” și „echilibrului” indică o recunoaștere a factorilor de stres inerenți din viețile lor. Aceasta nu este doar o dorință pasivă, ci indică un mecanism activ de gestionare sau un rezultat dorit al navigării cu succes a acestor provocări. Prin urmare, calitatea vieții este percepută ca fiind capacitatea de a menține o stare interioară de calm și de a echilibra cerințele externe, ceea ce reprezintă o nevoie psihologică de ordin superior.

3. *Împlinire personală și satisfacție* – este tema care se referă la sentimentul de a-și atinge obiectivele personale, de a-și realiza aspirațiile, de a se simți mulțumit cu propria viață și de a experimenta bucurie și fericire. Tema dată subliniază aspectele subiective și aspiraționale ale calității vieții. Conceptele cheie includ „mulțumire”, „satisfacție”, „împlinire”, „fericire”, „bucurie” și „realizare profesională, personală”. Printre definițiile oferite se numără „bucurie și echilibru în tot ceea ce fac”, „măsura în care reușesc să îmi îndeplinesc țelurile și dorințele” și „mulțumirea cu propria viață, realizare profesională, personală”. De asemenea, se menționează „capacitatea de a face ceea ce te face fericit” și „gradul de satisfacție pe care o persoană îl experimentează în viața sa”. Un răspuns revelator este „sentimentul de împlinire, satisfacția

lucrului bine făcut, lipsa grijilor”, alături de „împlinire pe toate planurile”.

Legătura puternică dintre calitatea vieții și împlinirea personală sugerează că studenții își definesc bunăstarea nu doar prin ceea ce *dețin*, ci prin ceea ce *fac* și *devin*. Aceasta evidențiază o mentalitate orientată spre creștere, în care dezvoltarea continuă și realizările contribuie semnificativ la calitatea vieții percepute. Pentru studenți, viața este adesea orientată spre viitor – obiective academice, aspirații profesionale, dezvoltare personală. Accentul pe „împlinire” și „satisfacție” derivate din atingerea scopurilor reflectă prezenta etapă de dezvoltare. Aceasta implică faptul că percepția calității vieții este văzută ca o călătorie de auto-actualizare, unde progresul și realizările contribuie direct la sentimentul lor de bunăstare, mai degrabă decât o stare statică.

4. *Relații semnificative și conexiune socială* - importanța relațiilor puternice și de susținere cu familia și prietenii, precum și sentimentul de apartenență la o comunitate, sunt aspecte centrale. Iubirea și sprijinul necondiționat sunt menționate frecvent. Conceptele cheie incluse sunt: „familie”, „iubire necondiționată”, „relații împlinitoare”, „persoanele dragi lângă tine”, „conexiuni profunde” și „relații sociale autentice”. În același context, răspunsurile includ și expresiile: „reprezentată de familie, iubire necondiționată, sănătate, succes, pace, bunăstare”, „să ai persoanele dragi lângă tine” și „liniștea din suflet și relațiile cu cei dragi”. De asemenea, se subliniază că este „determinată de relațiile pe care le întreținem cu cei dragi, nivelul de împlinire pe care îl avem profesional, relația cu comunitatea”. Alți respondenți au menționat „sănătate, relații de familie armonioase, statut social, confort financiar, activitate profesională făcută cu plăcere”, „relații împlinitoare cu ceilalți și cu sine” și „timp petrecut cu familia, sănătatea mea și a familiei, prietenia”.

Prioritizarea constantă a relațiilor subliniază înrădăcinarea socială a bunăstării individuale. Pentru studenți, calitatea vieții nu este o căutare solitară, ci este profund interconectată cu calitatea conexiunilor lor interpersonale. Aceasta denotă o nevoie puternică de apartenență și sprijin social. Ființele umane sunt ființe sociale, iar pentru tinerii adulți, relațiile cu semenii și familia sunt formative. Datele arată denotă că studenții percep „iubirea”, „familia” și „relațiile” ca fiind fundamentale pentru calitatea vieții lor. Aceasta depășește simpla interacțiune socială; indică o nevoie de conexiuni profunde, de susținere și armonioase. Această observație este esențială pentru înțelegerea sănătății mentale a studenților, deoarece izolarea socială poate diminua semnificativ calitatea vieții.

5. *Securitate materială și autonomie* – această temă, deși mai puțin dominantă decât stările interne, stabilitatea financiară, confortul material și libertatea de a face alegeri sunt recunoscute ca factori importanți care contribuie la o viață bună. Conceptele cheie includ „confort material”, „stabilitate financiară”, „bani”, „nevoile materiale satisfăcute” și „libertate de a alege”.

Răspunsurile includ și expresii precum: „să am nevoile materiale satisfăcute”, „confort material, stabilitate financiară, sănătate fizică și psihică” și „sănătate, relații de familie armonioase, statut social, confort financiar, activitate profesională făcută cu plăcere”. De asemenea, se regăsesc termeni precum „siguranță, bani, iubire, oameni, sănătate” și „nivelul de satisfacere a necesităților individului de la cele de bază până la cele de dezvoltare personală, potrivit aspirațiilor”.

Factorii materiali sunt priviți în primul rând ca facilitatori, mai degrabă decât ca definiția supremă a calității vieții. Studenții recunosc că stabilitatea financiară și confortul oferă baza și libertatea necesare pentru a urmări alte aspecte, intrinsec valoroase, precum sănătatea, relațiile și împlinirea personală. Aceasta sugerează o înțelegere ierarhică a nevoilor, similară cu ierarhia lui Maslow. Menționarea explicită a „nevoilor materiale satisfăcute” și a „stabilității financiare” alături de „sănătate” și „relații” indică faptul că, deși nu sunt definiția calității vieții, aceste aspecte materiale sunt considerate condiții necesare pentru atingerea acesteia. Expresia „să-mi permit financiar un trai bun, inclusiv vacanțe” ilustrează clar modul în care securitatea financiară permite experiențe dorite, legând bunăstarea materială de timp liber și plăcere personală. Aceasta indică o viziune practică, instrumentală asupra banilor și confortului.

În concluzie aici subliniem că în conformitate cu rezultatele cercetării realizate constatările susțin o *explicație a calității vieții*, care prioritizează bunăstarea subiectivă, sănătatea mentală și emoțională, și conexiunile sociale puternice, în detrimentul indicatorilor pur academici sau economici. Divergența față de metricile pur obiective implică faptul că evaluările instituționale tradiționale ale bunăstării studenților ar putea fi incomplete sau nealiniate cu prioritățile studenților. Dacă studenții își definesc calitatea vieții în primul rând prin stări interne și relații, atunci metricile universitare care se concentrează exclusiv pe media generală, ratele de retenție sau angajarea după absolvire ratează aspecte critice ale experienței lor trăite. Aceasta impune o reevaluare a modului în care succesul și bunăstarea studenților sunt măsurate și susținute în cadrul instituțiilor de învățământ. Percepțiile studenților asupra calității vieții sunt multifacetate, profund subiective și centrate în primul rând pe bunăstarea holistică (fizică, mentală, emoțională, socială), liniștea interioară, împlinirea personală și relațiile semnificative. Securitatea materială și autonomia joacă un rol instrumental în facilitarea acestor dimensiuni centrale. Înțelegerea calității vieții din perspectiva studenților este valoroasă pentru dezvoltarea unor sisteme de sprijin și politici eficiente și relevante. Este esențial să se creeze și să se susțină medii care să cultive diverse dimensiuni ale calității vieții, permițând studenților să se dezvolte autentic și holistic.

### **2.3.2. Percepțiile subiecților despre adaptabilitatea psihosocială**

Adaptabilitatea psihosocială reprezintă o condiție fundamentală a echilibrului individual și a funcționării eficiente în cadrul societății. Ea presupune interacțiunea permanentă dintre individ și mediul său de viață, proces în care persoana își ajustează valorile, comportamentele și emoțiile

pentru a răspunde adecvat cerințelor sociale. Adaptarea psihosocială implică transformări valorice și dezvoltarea unui potențial adaptativ ce permite o participare activă și eficientă la viața socială. În paralel, calitatea vieții este conceptualizată de OMS ca percepția individului asupra propriei poziții în contextul cultural și valoric în care trăiește. Aceasta reflectă bunăstarea fizică, psihică și socială, satisfacția de viață și sentimentul de împlinire personală. Relația dintre cele două concepte este una directă: capacitatea de adaptare determină nivelul de satisfacție, de echilibru și de stabilitate emoțională. Studiul de față explorează reprezentările studenților privind adaptarea psihosocială și calitatea vieții, punând accent pe factorii interni și sociali care contribuie la formarea unei stări de bine durabile și la consolidarea capitalului uman într-un context societal în continuă schimbare.

În cadrul studiului, a fost utilizată *metoda asociației libere* (evocarea liberă). Conform acestei metode, participanților li s-a cerut să noteze cinci cuvinte sau expresii asociate spontan cu termenul indus „*adaptabilitatea psihosocială*”. Avantajul acestei tehnici constă în caracterul ei neinfluențat, permițând obținerea unor asocieri autentice. Pentru a obține valoarea care indică importanța termenului evocat în lanțul asociativ a fost utilizată modalitatea de scriere a cuvintelor în ordine ierarhică, similar scalei Likert, de la 1 la 5, cu indiciul 1 – pentru cel mai important și apropiat cuvânt, 2 – mai puțin important, iar 5 – pentru cel mai puțin important și îndepărtat cuvânt.

Demersul analitic realizat presupune, reprezentarea conținutului conceptului: *adaptare psihosocială* specific întregului grup care a participat la această cercetare. Menționăm că procesul a implicat o analiză tematică inductivă a răspunsurilor de asociere liberă, concentrându-se pe identificarea ideilor, conceptelor și semnificațiilor recurente. Răspunsurile brute, inițial colectate, au fost extrase sistematic pentru a facilita această analiză. În continuare prezentăm câteva teme emergente și detalierea lor.

*Asocieri centrale pentru „adaptabilitatea psihosocială”:*

1) *Flexibilitate și ajustare*. Conceptul central se referă la capacitatea de a se schimba și de a se ajusta eficient la diverse circumstanțe. Definițiile includ „capacitatea de a fi flexibil și deschis”, „capacitatea de a te plia la mediul extern” și „capacitatea de a te adapta la diverse situații ale vieții, contexte sau prietenie”. De asemenea, se menționează „capacitatea unui om de a se ajusta eficient la schimbările din mediu” și „flexibilitatea în fața stimulilor și factorilor din mediu sociocultural”. Deși multe definiții subliniază ajustarea reactivă la schimbare („a te adapta la schimbări”), unele implică o atitudine mai proactivă, cum ar fi „a fi deschis” sau „a te mula”, sugerând o implicare dinamică cu mediul, mai degrabă decât o simplă conformare pasivă. Această distincție între adaptarea reactivă și angajamentul proactiv este o nuanță cheie în înțelegerea capacității adaptative.

2) *Reziliență și gestionarea stresului*. O componentă semnificativă este abilitatea de a face față provocărilor, de a menține echilibrul emoțional și de a-și reveni după adversitate. Respondenții

menționează „să știi să îți controlezi emoțiile în situații critice, să nu te pierzi cu firea” și „capacitatea de a înfrunta bucuriile și tristețile vieții”. Alte formulări includ „capacitatea unei persoane de a se ajusta și de a face față schimbărilor și provocărilor” și „capacitatea de a face față și a se adapta la medii, situații noi precum și răspunsul la stres”. De asemenea, se subliniază „capacitatea de a gestiona eficient schimbările, provocările și incertitudinile vieții, menținând un echilibru emoțional și cognitiv”. Accentul pe „controlarea emoțiilor”, „a nu te pierde cu firea” și „gestionarea stresului” indică un control intern și o autoreglare ca aspecte critice ale adaptabilității psihosociale. Aceasta sugerează că indivizii percep adaptarea nu doar ca o schimbare comportamentală externă, ci ca un proces psihologic intern de gestionare a răspunsurilor emoționale și cognitive la medii provocatoare.

3) *Integrare socială și comunicare.* Abilitatea de a interacționa eficient în cadrul grupurilor sociale și de a se adapta la normele sociale este frecvent menționată. Definițiile includ „capacitatea de a se integra social”, „cât de ușor te adaptezi în mediul social” și „procesul prin care indivizii își reglează comportamentul, gândurile și emoțiile ca să se integreze în diferite medii sociale”. De asemenea, se face referire la „modul în care relaționăm cu cei din jurul nostru la nivel conversațional, comportamental” și „capacitatea de a comunica și interacționa asertiv în cadrul societății cu cei din jur”. Definiții precum „să îți modifice comportamentul astfel încât să fii în conformitate cu regulile sociale, la un moment dat, fără a-ți călca în picioare propriile valori” indică o înțelegere sofisticată a adaptării sociale. Aceasta nu este o conformare oarbă, ci o interacțiune dinamică în care individul se ajustează, în timp ce se străduiește să-și mențină integritatea personală, sugerând o influență reciprocă între individ și mediul său social.

4) *Inteligență emoțională și empatie.* Mai multe răspunsuri leagă implicit sau explicit adaptabilitatea de înțelegerea și gestionarea emoțiilor, atât proprii, cât și ale celorlalți. Datele includ „inteligența și maturitatea emoțională”, „flexibilitate, reglare emoțională adecvată, empatie cognitivă și afectivă” și „inteligența emoțională ridicată”. Accentul pe inteligența emoțională și empatie sugerează că o adaptare psihosocială eficientă se bazează în mare măsură pe abilitățile cognitive sociale – capacitatea de a înțelege indiciile sociale, de a interpreta emoțiile altora și de a-și regla propriile răspunsuri emoționale în contextele sociale. Aceasta poziționează inteligența emoțională ca un mecanism cheie subiacent pentru o adaptare de succes.

În contextul dat a fost realizată și analiza listelor de „cinci cuvinte asemănătoare” pentru „adaptabilitatea psihosocială”. Aceste liste consolidează puternic temele de flexibilitate și reziliență. Astfel se conturează câteva *cuvinte cheie dominante*: „flexibilitate” este termenul cel mai frecvent, urmat de „reziliență”, „integrare”, „comunicare”, „empatie” și „ajustare”. Aceste cuvinte subliniază capacitățile esențiale necesare pentru o adaptare psihosocială eficientă.

Totodată se conturează și unele *fațete suplimentare*. Termeni precum „toleranță”, „deschidere”, „autocontrol” și „gestionarea stresului” elaborează în continuare natura multidimensională a acestui concept. Frecvența ridicată a „flexibilității” alături de „toleranță” și

„deschidere” indică faptul că adaptabilitatea psihosocială nu se referă doar la ajustarea comportamentală, ci și la flexibilitatea cognitivă – dorința de a lua în considerare noi idei și perspective și de a tolera ambiguitatea sau diferențele. Aceasta sugerează o agilitate mentală care stă la baza unei adaptări eficiente. Frecvențele sunt calculate prin agregarea mențiunilor din definițiile deschise și din listele de cinci cuvinte similare, cu o normalizare pentru a include variațiile de formulare. În general, rezultatele obținute evidențiază că flexibilitatea și reziliența sunt percepute ca fiind cele mai importante atribute ale adaptabilității psihosociale, urmate de capacitatea de integrare socială și comunicare eficientă.

Precum am menționat de la bun început prin aceeași metodă (*metoda asociației libere*), au fost obținuți și termeni asociativi pentru cuvântul inductor *calitatea vieții*. În continuare prezentăm câteva teme emergente și detalierea lor.

Analiza realizată evidențiază faptul că reprezentările studenților asupra adaptabilității psihosociale și calității vieții se înscriu într-un model holistic, centrat pe echilibru, dezvoltare personală și relaționare eficientă. Cercetarea realizată oferă o perspectivă calitativă valoroasă asupra modului în care studenții percep conceptele de *adaptabilitate psihosocială* și *calitatea vieții*, utilizând metoda evocării libere pentru a surprinde semnificațiile asociate spontan cu acești termeni. Rezultatele cercetării reflectă o înțelegere nuanțată și complexă a conceptelor, reliefând o serie de dimensiuni esențiale ale acestora în context social și individual.

Adaptabilitatea psihosocială este asociată în principal cu flexibilitatea cognitivă, deschiderea către schimbare și capacitatea de a gestiona stresul, emoțiile într-un mod constructiv. Ea include dimensiuni precum reziliența, autoreglarea emoțională, empatia și integrarea socială — competențe esențiale pentru menținerea unei stări psihologice optime și pentru relaționarea armonioasă cu mediul.

Amintim că, în ceea ce privește *calitatea vieții*, *studenții o definesc* ca fiind bunăstare globală, care integrează sănătatea fizică, echilibrul psihic, stabilitatea emoțională și relațiile sociale autentice. Accentul este pus pe dimensiunea subiectivă a trăirii – liniștea interioară, armonia, satisfacția și sentimentul de împlinire personală. De asemenea, factorii materiali sunt percepuți ca suport necesar, dar nu determinant, al calității vieții, indicând o maturizare a perspectivei asupra rolului resurselor economice în atingerea stării de bine. Rezultatele sugerează o legătură strânsă dintre adaptabilitatea psihosocială și calitatea vieții, întrucât capacitatea de ajustare la schimbările sociale și emoționale condiționează nivelul de satisfacție și de echilibru personal. O bună adaptare facilitează reziliența, acceptarea de sine și interacțiunea eficientă cu mediul, contribuind la formarea unei atitudini pozitive și a unei vieți percepute ca valoroase.

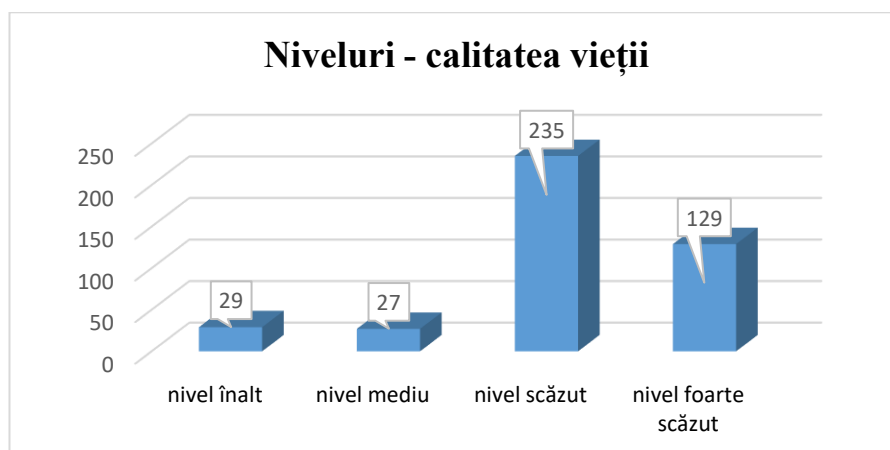
Din perspectivă aplicativă, cercetarea subliniază necesitatea promovării programelor educaționale axate pe dezvoltarea adaptabilității psihosociale, a inteligenței emoționale, a competențelor interpersonale și a mecanismelor de autoreglare, în special în mediul universitar. Aceste competențe favorizează nu doar performanța academică, ci și bunăstarea psihologică și

socială a tinerilor. Într-o societate marcată de schimbare rapidă, adaptabilitatea psihosocială devine o resursă strategică pentru menținerea echilibrului și pentru susținerea unei calități superioare a vieții.

## 2.4. Niveluri de manifestare ale calității vieții, adaptabilității psihosociale și anxietății (conform instrumentelor psihometrice)

### 2.4.1. Blocul instrumentelor psihometrice care descriu calitatea vieții

*Analiza distribuției scorurilor la Chestionarul Calitatea Vieții (QOLI - Quality of Life Inventory).* Am considerat importantă pentru cercetarea realizată determinarea nivelurilor de manifestare a scorului general al calității vieții tuturor componentelor acestuia descrise în capitolul anterior al lucrării. Administrând **Chestionarul Calitatea Vieții** (Michael B. Frisch) am determinat nivelul de dezvoltare a calității vieții (indice general) prin componentele: *sănătatea; stima de sine; țelurile și valorile; banii; munca; jocul; învățarea; creativitatea; ajutorul; iubirea; prietenii; copiii; rudele; acasă; cartierul; comunitatea.* Rezultatele pentru indicele general al calității vieții este prezentat în figura 2.1.



**Fig. 2.1. Nivelul de dezvoltare a indicelui general al calității vieții (QOLI)**

Figura 2.1. prezintă distribuția frecvențelor pentru nivelurile calității vieții raportate de participanți, conform scorurilor obținute la inventarul QOLI. Procentajele sunt calculate atât în raport cu întreaga eșantionare (Percent), cât și în termeni de ponderi valide pentru fiecare categorie (Valid Percent), cu evidențierea acumulării procentuale (Cumulative Percent). Rezultatele indică o distribuție puternic dezechilibrată, orientată spre nivelurile inferioare ale calității vieții:

- Nivel ridicat al calității vieții a fost raportat de 29 de participanți (6,9%), ceea ce sugerează o minoritate foarte restrânsă cu percepție pozitivă globală asupra propriei existențe;
- Nivel mediu este prezent la 27 de participanți (6,4%), ceea ce denotă un segment și mai redus care se situează într-o zonă de echilibru relativ între satisfacție și insatisfacție;

- Nivel scăzut caracterizează 235 de participanți (56,0%), reprezentând majoritatea eșantionului. Aceasta indică faptul că percepțiile negative privind calitatea vieții predomină semnificativ, cu posibile implicații clinice și sociale;
- Nivel foarte scăzut se regăsește la 129 de participanți (30,7%), o proporție îngrijorător de ridicată, ce sugerează o deteriorare accentuată a stării psihosociale și o probabilitate crescută de asocieri cu dificultăți emoționale, cognitive sau de adaptare.

Analizând procentele cumulative, se observă că aproximativ 69,3% dintre respondenți se încadrează în zona nivelurilor scăzut și foarte scăzut, ceea ce confirmă tendința generală de percepție negativă asupra calității vieții în eșantionul investigat.

Un alt instrument psihometric administrat a fost **Chestionarul de evaluare a satisfacției față de calitatea vieții**, elaborat de către *R.S. Elliot și adaptat de N. Vodopyanova*. Conform acestuia determinăm 9 subscale / domenii și indexul general al calității vieții. Subscalele sunt: *serviciu (cariera); aspirații personale și realizări; sănătate; comunicarea cu prietenii (apropiații); suport social; optimism; echilibru psihic; autocontrol; stări emoționale*. Rezultatele sunt prezentate în tabelul 2.10.

**Tabelul 2.10. Distribuțiile scorurilor pentru domeniile calității vieții**

	Scale / Domenii	Niveluri	Frecvența	%
1.	SCV – Domeniul „Serviciu/Carieră”	nivel înalt nivel mediu nivel scăzut	244 143 33	58,1 34,0 7,9
2.	SCV – Domeniul „Aspirații personale și realizări”	nivel înalt nivel mediu nivel scăzut	242 138 40	57,6 32,9 9,5
3.	SCV – Domeniul „Sănătate”	nivel înalt nivel mediu nivel scăzut	158 171 91	37,6 40,7 21,7
4.	SCV – Domeniul „Comunicarea cu prietenii (apropiații)”	nivel înalt nivel mediu nivel scăzut	234 140 46	55,7 33,3 11,0
5.	SCV – Domeniul „Suport social”	nivel înalt nivel mediu nivel scăzut	214 159 47	51,0 37,9 11,2
6.	SCV – Domeniul „Optimism”	nivel înalt nivel mediu nivel scăzut	140 219 61	33,3 52,1 14,5
7.	SCV – Domeniul „Echilibru psihic”	nivel înalt nivel mediu nivel scăzut	93 251 76	22,1 59,8 18,1
8.	SCV – Domeniul „Autocontrol”	nivel înalt nivel mediu nivel scăzut	45 285 90	10,7 67,9 21,4
9.	SCV – Domeniul „Stări emoționale”	nivel înalt nivel mediu nivel scăzut	101 196 123	24,0 46,7 29,3

10.	SCV – Scor general	nivel înalt	174	41,4
		nivel mediu	214	51,0
		nivel scăzut	32	7,6

Rezultatele prezentate în tabelul 2.10 fac referință la toate domeniile reliefate în chestionar (Anexa 14.3). Analiza integrată a domeniilor SCV evidențiază un profil general relativ favorabil, dar marcat de vulnerabilități semnificative. Domeniile „Serviciu/Carieră” și „Aspirații personale și realizări” înregistrează cele mai ridicate niveluri de satisfacție, majoritatea respondenților raportând percepții pozitive, ceea ce indică o bună integrare profesională și un sentiment de progres personal. Aceste dimensiuni funcționează ca factori protectivi pentru echilibrul emoțional și adaptabilitatea psihosocială. În schimb, domeniul „Sănătate” relevă o distribuție mai puțin favorabilă, cu o majoritate situată la niveluri scăzute și medii, sugerând o percepție fragilă asupra stării de bine fizic și psihic. Relațiile interpersonale și suportul social prezintă tendințe predominant pozitive, însă proporțiile considerabile de niveluri medii și scăzute indică existența unor zone de risc privind integrarea socială și sprijinul emoțional. Dimensiunile psihologice interne, precum optimismul, echilibrul psihic, autocontrolul și stările emoționale, evidențiază o vulnerabilitate accentuată, majoritatea participanților situându-se în zone intermediare sau deficitare. Scorul general confirmă acest profil heterogen: deși există un nucleu consistent de adaptare pozitivă, predomină un echilibru fragil, expus influențelor stresului și anxietății, ceea ce subliniază necesitatea intervențiilor psihologice sistematice.

#### 2.4.2. Blocul instrumentelor psihometrice care descriu adaptarea psihosocială

**Chestionarul Adaptabilitate, MLO-AM**, elaborat de către A.G. Maklakov, S.V. Chernyanin, determină capacitatea de adaptare a personalității bazată pe psihosociologie și pe unele caracteristici fiziologice care reflectă caracteristicile generale de dezvoltare neuro-cardio-psihică și sociale. Rezultatele sunt prezentate în tabelul 2.11.

**Tabelul 2.11. Distribuțiile scorurilor la MLO-AM: potențial personal de adaptare, stabilitate neuro-psihică, capacități de comunicare, norme morale**

	Scale	Niveluri	Frecvența	%
1.	Potențialul de dezvoltare	Potențial adaptativ scăzut	163	38.8
		Potențialul de adaptare satisfăcător	204	48.6
		Potențial adaptativ înalt	53	12.6
2.	Stabilitate neuro-psihică	Nivel scăzut al reglării comportamentale	160	38.1
		Nivel mediu al reglării comportamentale	222	52.9
		Nivel înalt al reglării comportamentale	38	9.0
3.	Capacități de comunicare	Nivel scăzut al capacităților de comunicative	33	7.9
		Nivel mediu al capacităților de comunicative	363	86.4

		Nivel înalt al capacităților de comunicative	24	5.7
4.	Norme morale	Nu poate evalua adecvat locul și rolul său în colectiv	19	4.5
		Evaluează parțial / incomplet locul și rolul său în colectiv	392	93.3
		Evaluează adecvat locul și rolul său în colectiv	9	2.1

Analizând rezultatele obținute (tabelul 2.11) am identificat elemente esențiale pentru fiecare din scalele testului:

**1. Potențial personal de adaptare.** Tabelul reflectă modul în care participanții își raportează resursele interne și capacitatea de adaptare la situații de viață, conform instrumentului MLO-AM. Acest indicator este fundamental pentru înțelegerea modului în care indivizii fac față stresului, anxietății și schimbărilor, fiind strâns legat de reziliența psihologică și de mecanismele de coping.

Distribuția pe niveluri:

- Potențial adaptativ scăzut este raportat de 163 de participanți (38,8%), ceea ce constituie un segment semnificativ. Acest grup prezintă o capacitate redusă de a face față solicitărilor externe și interne, fiind predispus la dificultăți de autoreglare emoțională; tendințe de evitare sau blocaj în situații de stres; vulnerabilitate crescută la anxietate și probleme de adaptare socială.
- Potențial adaptativ satisfăcător este prezent la 204 respondenți (48,6%), reprezentând aproape jumătate din eșantion. Aceștia manifestă un nivel funcțional de adaptare, ceea ce înseamnă că dispun de resurse suficiente pentru a gestiona majoritatea situațiilor cotidiene; pot menține o stare relativ echilibrată, dar sunt susceptibili la dezechilibru în fața stresului cronic sau a schimbărilor majore.
- Potențial adaptativ înalt este raportat de 53 de persoane (12,6%), un subgrup restrâns, dar valoros. Acești indivizi prezintă reziliență ridicată, capacitate de a transforma obstacolele în oportunități; mecanisme eficiente de coping cognitiv și emoțional; predispoziție spre o bună adaptare psihosocială și spre menținerea unei calități a vieții superioare chiar și în contexte dificile.

Din perspectivă teoretică potențialul adaptativ este considerat un predictor-cheie al sănătății mintale. Literatura de specialitate subliniază că un nivel scăzut este asociat cu anxietate cronică, scăderea autoeficacității și probleme de integrare socială; un nivel satisfăcător indică un echilibru funcțional, dar cu riscul de vulnerabilitate în condiții de stres major; un nivel înalt reprezintă resursa cea mai importantă pentru prevenirea tulburărilor emoționale, fiind corelat pozitiv cu optimismul, autocontrolul și echilibrul psihic.

Rezultatele sugerează că eșantionul investigat prezintă un profil de adaptabilitate moderat

spre fragil, cu o proporție considerabilă de participanți aflați în zona de risc psihosocial (aproape 40% cu potențial scăzut). Această distribuție are implicații majore subliniază legătura directă dintre anxietate și potențialul adaptativ, confirmă faptul că intervențiile psihologice ar trebui să vizeze dezvoltarea competențelor de coping, a rezilienței și a autoreglării emoționale; arată că segmentul restrâns cu potențial adaptativ înalt poate constitui un grup-model pentru identificarea factorilor protectivi.

**2. Stabilitate neuro-psihică.** Tabelul reflectă nivelurile de reglare comportamentală și stabilitate neuro-psihică, adică gradul în care indivizii reușesc să își mențină echilibrul emoțional și comportamental în fața stresului și a solicitărilor cotidiene. Această dimensiune este strâns legată de autocontrol, echilibru psihic și reziliență emoțională.

Distribuția pe niveluri:

- Nivel scăzut al reglării comportamentale este raportat de 160 de participanți (38,1%), ceea ce reprezintă un segment important al eșantionului. Acești indivizi prezintă instabilitate emoțională crescută; dificultăți în gestionarea stresului și a tensiunilor interpersonale; predispoziție la reacții impulsive sau la retragere socială. În termeni psihologici, acest grup se află în zona de risc crescut pentru anxietate și tulburări afective.
- Nivel mediu al reglării comportamentale este prezent la 222 de respondenți (52,9%), constituind majoritatea eșantionului. Aceștia manifestă o capacitate moderată de autoreglare, fiind în general funcționali, dar vulnerabili în situații solicitante. Această categorie poate fi caracterizată printr-un echilibru fragil, unde sprijinul social și strategiile de coping fac diferența între adaptare și destabilizare emoțională.
- Nivel înalt al reglării comportamentale a fost raportat de 38 de participanți (9,0%), ceea ce indică un subgrup restrâns. Acești indivizi prezintă stabilitate psihică solidă; capacitate de autoreglare constantă chiar și în condiții stresante; probabilitate crescută de a manifesta reziliență și adaptabilitate psihosocială sănătoasă.

Stabilitatea neuro-psihică este un indicator fundamental al sănătății mintale și al funcționării psihosociale. Literatura de specialitate arată că nivelurile scăzute sunt corelate cu hipersensibilitate la stres, anxietate crescută și predispoziție spre reacții emoționale disproporționate; nivelurile medii sugerează o funcționare adaptativă de bază, dar cu risc de dezechilibru în fața factorilor stresori majori; nivelurile înalt reprezintă resursa optimă pentru menținerea calității vieții și a adaptabilității psihosociale. Rezultatele indică o dominanță clară a nivelurilor scăzute și medii, ceea ce sugerează că echilibrul neuro-psihic al participanților este fragil și poate fi ușor perturbat de stres sau de anxietate. Acest profil are implicații importante și anume evidențiază necesitatea unor intervenții axate pe dezvoltarea autoreglării emoționale și comportamentale; confirmă legătura dintre nivelul scăzut al stabilității psihice și predispoziția către simptome anxioase sau depresive;

subliniază importanța consolidării rezilienței și mecanismelor de coping adaptativ la populația investigată.

**3. Capacități de comunicare.** Tabelul prezintă nivelurile raportate privind abilitățile de comunicare, o dimensiune critică a funcționării interpersonale și a integrării sociale. Capacitatea de comunicare influențează direct calitatea relațiilor, nivelul de suport social și, implicit, reziliența psihologică.

Distribuția pe niveluri:

- Nivel scăzut al capacităților de comunicare a fost raportat de 33 de participanți (7,9%). Aceștia reprezintă un grup vulnerabil, cu dificultăți în exprimarea clară a nevoilor și emoțiilor; stabilirea și menținerea relațiilor sociale; gestionarea conflictelor sau situațiilor tensionate. Psihologic, acest nivel este corelat cu izolare socială, anxietate interpersonală și scăderea suportului perceput.

- Nivel mediu al capacităților de comunicare este prezent la 363 de respondenți (86,4%), constituind majoritatea covârșitoare a eșantionului. Acest grup demonstrează abilități funcționale, dar nu dezvoltate la maximum. Ei pot comunica în mod adecvat în majoritatea contextelor, însă eficiența lor poate scădea în situații conflictuale sau cu grad ridicat de stres; exprimarea emoțională poate fi parțial inhibată; unele interacțiuni sociale pot fi resimțite ca solicitante.

- Nivel înalt al capacităților de comunicare este raportat de doar 24 de participanți (5,7%). Acești indivizi se remarcă prin competențe superioare de exprimare și ascultare activă; abilitatea de a construi relații sociale solide și sprijin reciproc; potențial ridicat de leadership și de influență pozitivă în grup.

Capacitatea de comunicare este un predictor central al adaptabilității psihosociale, deoarece facilitează suportul social și integrarea interpersonală; reduce riscul de singurătate și izolare; contribuie la gestionarea conflictelor și la consolidarea relațiilor funcționale. Un nivel scăzut sau chiar mediu poate limita dezvoltarea resurselor de coping social, ceea ce sporește vulnerabilitatea la anxietate și stres. În schimb, nivelul înalt este un factor protector, corelat cu stima de sine crescută, reziliența emoțională și calitatea vieții superioară.

Rezultatele subliniază faptul că, deși majoritatea respondenților manifestă o capacitate medie și funcțională de comunicare, doar un procent foarte redus reușește să atingă niveluri superioare, ceea ce indică spațiu semnificativ pentru dezvoltare. Acest tablou poate explica fragilitatea relațională și procentul relativ ridicat de participanți cu satisfacție scăzută în domeniul sprijinului social și al comunicării cu prietenii (din SCV); predispoziția la anxietate socială și dificultăți de adaptare în contexte interpersonale; nevoia de intervenții de formare a competențelor sociale și emoționale, menite să consolideze adaptabilitatea psihosocială.

**4. Norme morale.** Tabelul ilustrează nivelurile de conștientizare și evaluare a normelor morale, în special modul în care participanții își percep locul și rolul în cadrul colectivului. Această dimensiune este asociată cu responsabilitatea socială, integrarea în grup și funcționarea etico-morală a individului, factori cruciali pentru adaptabilitatea psihosocială.

Distribuția pe niveluri:

- Nu poate evalua adecvat locul și rolul său în colectiv: doar 19 participanți (4,5%) se încadrează în această categorie. Aceștia reprezintă grupul cu cea mai mare vulnerabilitate, caracterizat de dificultăți de înțelegere a rolurilor sociale și morale; lipsa orientării clare în raport cu normele colective; risc de dezintegrare socială și dificultăți în construirea unei identități sociale coerente.

- Evaluează parțial / incomplet locul și rolul său în colectiv: majoritatea covârșitoare, 392 de participanți (93,3%), aparțin acestei categorii. Acești indivizi au o conștiință morală și socială parțial dezvoltată – sunt capabili să identifice norme și roluri, însă percepția lor poate fi fragmentară; aplicarea principiilor morale în viața cotidiană poate fi inconsistentă; relațiile interpersonale pot suferi de ambiguitate sau superficialitate. Este o zonă de funcționare medie, dar cu potențial de instabilitate în situații sociale complexe.

- Evaluează adecvat locul și rolul său în colectiv: doar 9 participanți (2,1%) demonstrează o conștiință morală clară și matură, cu capacitatea de a se raporta în mod corect și coerent la norme și responsabilități sociale. Acești indivizi prezintă integrare socială solidă; asumarea responsabilităților în grup; capacitate de a contribui pozitiv la climatul colectiv.

Normele morale sunt fundamentale pentru coerența socială și pentru adaptarea la comunitate. Un nivel scăzut (incapacitatea de a evalua adecvat rolul în colectiv) este corelat cu instabilitate morală, lipsă de integrare socială și risc de marginalizare. Nivelul mediu (preponderent în acest eșantion) sugerează că indivizii sunt parțial adaptați, însă se confruntă cu dificultăți în interiorizarea completă a normelor colective, ceea ce poate limita funcționarea psihosocială optimă. Nivelul înalt reprezintă idealul adaptativ, dar procentul extrem de redus (2,1%) indică o raritate a maturității morale consolidate în cadrul populației investigate.

Rezultatele relevă un profil problematic al dimensiunii „Norme morale” predominant nivelul parțial de evaluare (93,3%), ceea ce denotă o înțelegere incompletă a normelor și rolurilor sociale; doar o minoritate redusă (2,1%) demonstrează o conștiință morală matură și integrare socială solidă; grupul de 4,5% care nu își poate evalua locul și rolul în colectiv indică o vulnerabilitate deosebită la dezadaptare psihosocială.

Această distribuție subliniază necesitatea unor intervenții educaționale și psihosociale, axate pe dezvoltarea conștiinței morale; înțelegerea normelor sociale și asumarea responsabilităților; promovarea coeziunii și integrării sociale.

Un alt chestionar administrat subiecților experimentali a fost **Chestionarului de adaptare la mediul studentesc și solicitările academic**, elaborat de către S. Rusnac împreună cu alți cercetători. Acesta este un instrument de apreciere a impactului schimbărilor micro-mezo-macrosociale, pe care le confruntă tinerii în procesul încadrării în mediul academic. Chestionarul conține 3 scale care descriu: satisfacerea necesităților sociocomunicative; satisfacerea necesităților ecosociale; satisfacerea necesităților socioeconomice; satisfacerea necesităților de comunicare cu rudele și prietenii; satisfacerea necesităților de comunicare cu colegii de facultate; satisfacerea necesităților de comunicare cu cadrele didactice; satisfacerea necesităților de identificare profesională; satisfacerea necesităților de formare profesională; satisfacerea necesităților de management al timpului personal. Rezultatele sunt prezentate în tabelul 2.12.

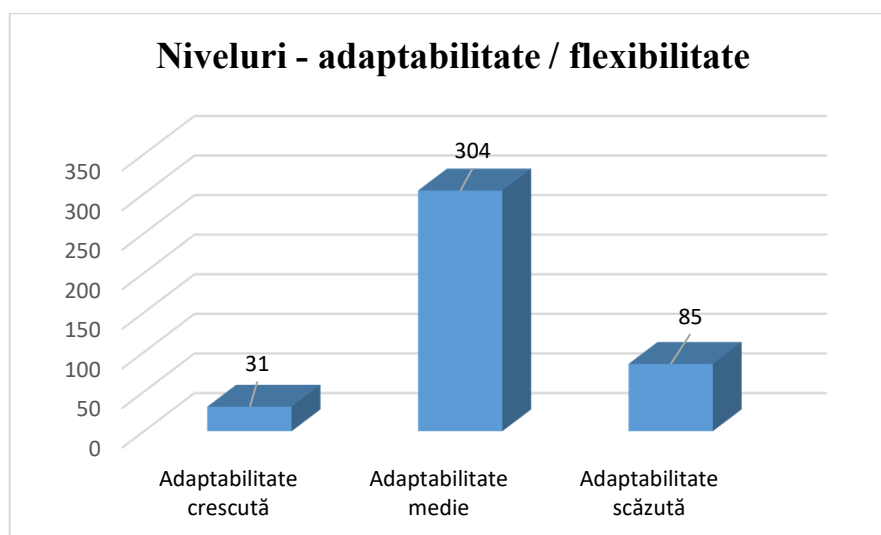
**Tabelul 2.12. Distribuțiile scorurilor pentru adaptarea la mediul studentesc, solicitările academice**

	Scale	Niveluri	Frecvența	%
1.	Satisfacerea necesităților sociocomunicative	Adaptare slabă	22	5.2
		Adaptare medie	206	49.0
		Adaptare înaltă	192	45.7
2.	Satisfacerea necesităților ecosociale	Adaptare slabă	21	5.0
		Adaptare medie	219	52.1
		Adaptare înaltă	180	42.9
3.	Satisfacerea necesităților socioeconomice	Adaptare slabă	39	9.3
		Adaptare medie	238	56.7
		Adaptare înaltă	143	34.0
4.	Satisfacerea necesităților de comunicare cu rudele și prietenii	Adaptare slabă	66	15.7
		Adaptare medie	172	41.0
		Adaptare înaltă	182	43.3
5.	Satisfacerea necesităților de comunicare cu colegii de facultate	Adaptare slabă	56	13.3
		Adaptare medie	236	56.2
		Adaptare înaltă	128	30.5
6.	Satisfacerea necesităților de comunicare cu cadrele didactice	Adaptare slabă	55	13.1
		Adaptare medie	208	49.5
		Adaptare înaltă	157	37.4
7.	Satisfacerea necesităților de identificare profesională	Adaptare slabă	36	8.6
		Adaptare medie	110	26.2
		Adaptare înaltă	274	65.2
8.	Satisfacerea necesităților de formare profesională	Adaptare slabă	38	9.0
		Adaptare medie	213	50.7
		Adaptare înaltă	169	40.2
9.	Satisfacerea necesităților de management al timpului personal	Adaptare slabă	97	23.1
		Adaptare medie	217	51.7
		Adaptare înaltă	106	25.2

În tabelul 2.12 am prezentat indici pentru cele 3 scale principale și 9 secundare (Anexa 14.4): Analiza integrată a adaptării la nivel macro-, mezo- și microsocial evidențiază un profil complex al stării de confort/disconfort, marcat de echilibru relativ, dar și de vulnerabilități semnificative. La nivel macrosocial, satisfacerea necesităților sociocomunicative și ecosociale

indică o polarizare între adaptare înaltă și medie, sugerând că, deși există resurse relaționale solide, o proporție importantă de participanți întâmpină dificultăți în integrarea socială și comunitară. Dimensiunea socioeconomică apare ca o sursă majoră de instabilitate, majoritatea situându-se la nivel mediu sau scăzut, ceea ce amplifică riscul de stres și anxietate. La nivel mezosocial, comunicarea cu rudele, prietenii, colegii și cadrele didactice reflectă o funcționare predominant medie, caracterizată prin relații funcționale, dar insuficient consolidate, ceea ce poate limita suportul emoțional și integrarea academică. În plan microsocioal, majoritatea participanților prezintă o bună identificare profesională, însă dificultăți persistă în formarea profesională și managementul timpului, indicând un echilibru fragil între aspirații și resurse personale. Astfel, rezultatele subliniază că adaptabilitatea psihosocială este susținută de factori protectivi importanți, dar rămâne vulnerabilă la influența stresorilor sociali, economici și personali, evidențiind necesitatea intervențiilor orientate spre dezvoltare personală.

Pentru identificarea nivelului de adaptabilitate am valorificat și **Testul Adaptabilitate / flexibilitate**, elaborat de către A. Chelcea. Rezultatele sunt prezentate în figura 2.2.



**Fig. 2.2. Distribuțiile scorurilor la Testul Adaptabilitate / flexibilitate**

Această dimensiune reflectă nivelul de flexibilitate cognitivă și comportamentală, adică abilitatea indivizilor de a-și ajusta reacțiile, strategiile și atitudinile în funcție de cerințele mediului. Ea are un rol central în reziliența psihologică și în menținerea echilibrului emoțional în fața stresului.

Distribuția pe niveluri:

- Adaptabilitate crescută: raportată de 31 de participanți (7,4%), ceea ce constituie un segment foarte restrâns. Acești studenți manifestă capacitate ridicată de flexibilitate cognitivă și emoțională; eficiență în găsirea de soluții noi și creative; reziliență puternică în fața schimbărilor și incertitudinii. Ei reprezintă nucleul cu cel mai mare potențial de adaptare psihosocială.

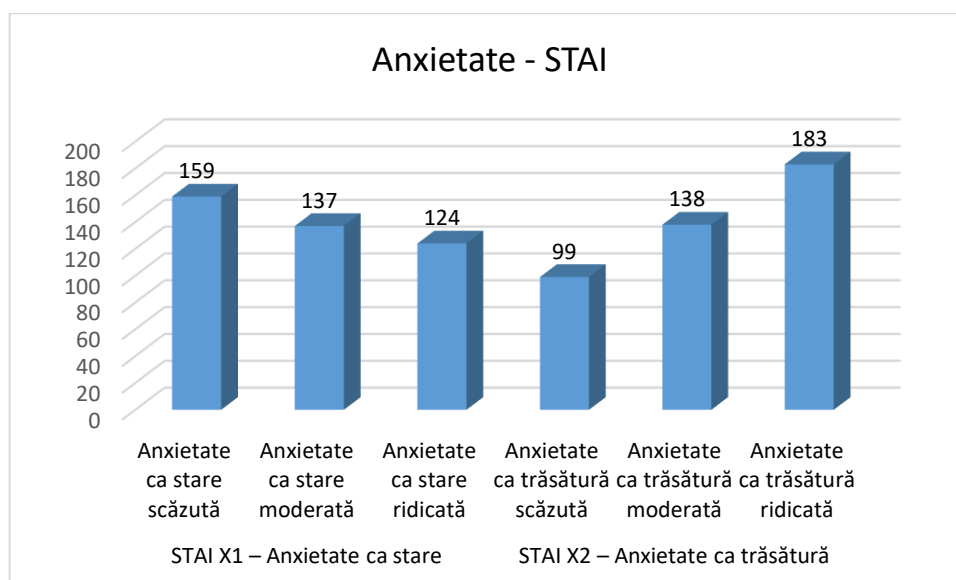
- Adaptabilitate medie: prezentă la 304 respondenți (72,4%), adică marea majoritate a eșantionului. Acești participanți pot gestiona situațiile cotidiene cu o eficiență moderată, însă întâmpină dificultăți în condiții de stres intens sau schimbări majore; pot manifesta rigiditate cognitivă sau reticență la schimbare; flexibilitatea lor este funcțională, dar fragilă.
- Adaptabilitate scăzută: raportată de 85 de persoane (20,2%), un procent semnificativ. Acești studenți prezintă dificultăți în a-și ajusta strategiile de coping; tendințe de rigiditate și rezistență la schimbare; vulnerabilitate accentuată la stres, anxietate și situații de tranziție.

Adaptabilitatea și flexibilitatea constituie dimensiuni fundamentale ale funcționării psihologice sănătoase. Nivelul scăzut, conform literaturii de specialitate, este asociat cu rigiditate cognitivă, dificultăți de învățare din experiență și risc crescut de tulburări anxioase. Nivelul mediu sugerează o capacitate relativ bună de funcționare, dar vulnerabilă la factori de stres, în același context, nivelul crescut este un factor protector major, corelat cu reziliență, stima de sine ridicată și o mai bună calitate a vieții.

După distribuția cumulativă aproximativ 92,6% dintre participanți se situează la nivel scăzut sau mediu, ceea ce confirmă că flexibilitatea psihologică ridicată este foarte rară în eșantion. De altfel, doar 7,4% ating niveluri crescute, ceea ce arată o capacitate redusă a grupului de a face față schimbărilor majore. Rezultatele indică o tendință generală spre rigiditate cognitivă și comportamentală, cu majoritatea respondenților (72,4%) la nivel mediu și un segment important (20,2%) cu adaptabilitate scăzută. Acest tablou sugerează vulnerabilitate psihosocială în fața schimbărilor și tranzițiilor de viață; risc crescut de accentuare a anxietății în contexte noi sau imprevizibile; importanța unor programe de dezvoltare personală axate pe creșterea flexibilității cognitive, învățarea unor strategii de coping adaptativ, promovarea rezilienței prin exerciții de restructurare cognitivă și autoreglare emoțională.

### ***2.4.3. Blocul instrumentelor psihometrice care descriu anxietatea***

Pentru identificarea nivelului de anxietate am valorificat **Inventarul de Anxietate Stare – Trăsătură STAI**, elaborat de către Spielberger. Rezultatele sunt prezentate în figura 2.3.



**Fig. 2.3. Distribuțiile scorurilor la anxietate, conform STAI X1 – Anxietate ca stare și STAI X2 – Anxietate ca trăsătură**

**STAI X1 – Anxietate ca stare.** Datele din figura 2.3 reflectă nivelurile de anxietate de moment (reactivă), adică intensitatea trăirilor anxioase resimțite de participanți în situații specifice și imediate. Această dimensiune evaluează starea emoțională tranzitorie, diferită de anxietatea ca trăsătură (X2), și este influențată direct de contextul actual al individului.

Distribuția pe niveluri:

- Anxietate ca stare scăzută este raportată de 159 de participanți (37,9%). Aceștia se află într-o zonă de echilibru emoțional relativ bun, caracterizată prin nivel redus al tensiunii psihice; reacții anxioase rare sau de intensitate scăzută; resurse suficiente de reglare emoțională. Acest grup constituie un factor protector în eșantion, având un risc redus de dezadaptare.
- Anxietate ca stare moderată: prezentă la 137 de respondenți (32,6%). Acești indivizi resimt tensiune psihică variabilă, oscilând între calm și neliniște. Ei pot manifesta reacții anxioase în situații solicitante dispun de mecanisme de coping funcționale, dar uneori fragile; se află într-o zonă de echilibru instabil, predispusă la amplificarea anxietății în condiții de stres.
- Anxietate ca stare ridicată: raportată de 124 de persoane (29,5%), adică aproape o treime din eșantion. Acest grup reflectă un nivel critic de vulnerabilitate emoțională, caracterizat prin neliniște intensă și persistentă; predispoziție la reacții excesive față de stimuli stresori; dar și dificultăți în concentrare, somn și menținerea echilibrului psihic.

Conform teoriei lui Spielberger, anxietatea ca stare reflectă reacțiile emoționale tranzitorii, activate în funcție de context. Nivelul scăzut indică un bun control emoțional și reziliență. Nivelul moderat sugerează o reactivitate anxioasă medie, firească, dar cu potențial de amplificare în condiții de presiune. În contextul dat, nivelul ridicat semnalează un risc crescut de dezechilibru

psihic, fiind asociat cu tulburări de adaptare, performanță academică afectată, dificultăți interpersonale.

Referindu-ne la distribuția cumulativă identifică că aproximativ 70,5% dintre participanți se află în zona scăzută sau moderată, ceea ce arată că majoritatea eșantionului manifestă anxietate de stare controlabilă. Totuși, aproape o treime (29,5%) se confruntă cu anxietate ridicată, ceea ce constituie un segment îngrijorător, cu vulnerabilitate accentuată la stres și dezechilibru emoțional. Rezultatele arată un tablou heterogen, cu o distribuție relativ echilibrată între nivelurile de anxietate scăzută, moderată și ridicată. Astfel, grupul cu anxietate scăzută (37,9%) indică resurse de adaptare și echilibru emoțional. Grupul cu anxietate moderată (32,6%) confirmă prezența unei stări anxioase „normative”, dar cu risc de intensificare. În cazul dat grupul cu anxietate ridicată (29,5%) sugerează o proporție semnificativă a eșantionului aflată în stare de distres psihologic accentuat, cu implicații clinice și sociale. Aceste date confirmă faptul că anxietatea de moment reprezintă o problemă reală pentru aproape o treime dintre participanți, ceea ce justifică nevoia de intervenții psihologice de reglare emoțională și reducere a stresului.

***STAI X2 – Anxietate ca trăsătură.*** Figura 2.3 evidențiază nivelurile de anxietate ca predispoziție generală, adică frecvența și intensitatea cu care participanții tind să resimtă anxietate în viața de zi cu zi, independent de contextul imediat.

Distribuția pe niveluri:

- Anxietate ca trăsătură scăzută: raportată de 99 de participanți (23,6%). Acest grup prezintă o predispoziție redusă de a percepe situațiile ca amenințătoare; stabilitate emoțională și reziliență psihologică; probabilitate mai scăzută de a dezvolta tulburări anxioase clinice. Ei constituie segmentul cel mai protejat psihologic al eșantionului.
- Anxietate ca trăsătură moderată: prezentă la 138 de persoane (32,9%). Acești participanți manifestă un nivel funcțional și relativ normativ de anxietate; reacții anxioase ocazionale, dar gestionabile; precum și o zonă intermediară între echilibru și vulnerabilitate, dependentă de factori situaționali.
- Anxietate ca trăsătură ridicată: raportată de 183 de participanți (43,6%), adică aproape jumătate din eșantion. Acești indivizi prezintă predispoziție accentuată la neliniște, tensiune și preocupări excesive; vulnerabilitate ridicată la stres cronic; risc crescut de dezvoltare a tulburărilor anxioase și de dificultăți de adaptare psihosocială.

Conform modelului lui Spielberger, anxietatea ca trăsătură reflectă o dispoziție de personalitate relativ stabilă. După autor, nivelul scăzut este asociat cu stabilitate emoțională și autoreglare eficientă, nivelul moderat indică o reactivitate anxioasă „normală”, cu rol adaptativ în situații de solicitare, iar nivelul ridicat sugerează o hipersensibilitate la stres, fiind corelat cu dificultăți cognitive (ex. concentrare scăzută), vulnerabilitate la depresie și tulburări de adaptare,

scăderea calității vieții.

În cazul dat rezultatele distribuției cumulative indică faptul că aproximativ 56,4% dintre participanți manifestă anxietate ca trăsătură moderată sau ridicată, ceea ce sugerează că predispoziția la neliniște și tensiune emoțională este dominantă în eșantion. În același timp 43,6% se află la nivel ridicat, ceea ce constituie un segment îngrijorător prin prisma riscului psihologic și clinic. Astfel, rezultatele indică o prevalență ridicată a anxietății ca trăsătură în rândul participanților, cu implicații semnificative. Aproape jumătate dintre respondenți (43,6%) prezintă o predispoziție cronică spre anxietate, ceea ce le afectează adaptabilitatea psihosocială și calitatea vieții. Doar un sfert (23,6%) dispun de un nivel scăzut, ceea ce confirmă că reziliența emoțională este rară în eșantion. Aceste date sugerează o nevoie urgentă de programe de intervenție psihologică (consiliere, tehnici de relaxare, training de coping cognitiv) pentru reducerea vulnerabilității anxioase și sprijinirea echilibrului psihic.

Precum menționam în descrierea instrumentelor psihometrice, starea anxiogenă A-stare reprezintă o stare emoțională tranzitorie sau condiții ale organismului uman, caracterizată prin sentimente subiective, conștient percepute de tensiune și teamă și activitate sporită a SNV. A-stare poate varia în intensitate și fluctua în timp. Anxietatea ca trăsătură se referă la diferențele individuale relativ stabile în înclinația spre anxietate, ce diferențiază oamenii în ceea ce privește tendința de a răspunde la situațiile percepute ca amenințătoare cu creșteri ale intensității stării de anxietate. Ca și concept psihologic, trăsătura anxietate are caracteristicile unei clase de constructe pe care Atkinson le numește „motive” și la care Campbell se referă ca și „dispoziții comportamentale”.

În general, acei care obțin scoruri mari la A-trăsătură vor manifesta creșteri ale A-stare mai frecvent decât indivizii care obțin scoruri mici la A-trăsătură, deoarece ei tind să reacționeze la un mare număr de situații, considerându-le periculoase sau amenințătoare. Persoanele care obțin scoruri mari la A-trăsătură răspund de asemenea cu A-stare crescută și în situațiile care implică relații interpersonale ce amenință stima de sine. S-a arătat, de exemplu, că acele condiții în care este trăit insuccesul, sau în care este evaluat nivelul individual (ex. Aplicarea unui test de inteligență) sunt amenințătoare în special pentru persoanele care obțin scoruri mari la A-trăsătură. Dar dacă, într-adevăr, oamenii care diferă în scorurile la A-trăsătură vor prezenta diferențe în A-stare, depinde de modul în care o situație specifică este percepută de un individ ca periculoasă sau amenințătoare, iar acest lucru este puternic influențat de experiența trecută a individului.

Pentru identificarea nivelului de anxietate am valorificat **Testul de autoevaluare a gândurilor în interacțiunile sociale**, elaborat de Glass și colab. Rezultatele sunt prezentate în tabelul 2.13.

#### **Tabelul 2.13. Distribuțiile scorurilor la autoevaluare a gândurilor în interacțiunile sociale**

Factori	Niveluri	Frecvența	%
Subscala anxietății pozitive	Nivel crescut de anxietate socială	28	6.7
	Nivel moderat de anxietate socială	275	65.5
	Nivel redus de anxietate socială	117	27.9
Subscala anxietății negative	Nivel redus de anxietate socială	215	51.2
	Nivel moderat de anxietate socială	172	41.0
	Nivel crescut de anxietate socială	33	7.9

În funcție de punctajul obținut, persoana poate deține una sau ambele subscale ale anxietății sociale.

**Subscala anxietății pozitive.** Această scală măsoară nivelul de anxietate socială cu potențial adaptativ, adică acea neliniște care, deși prezentă, poate stimula vigilența, motivația și atenția în interacțiuni sociale. Ea nu are doar o conotație negativă, ci poate funcționa ca resursă pentru integrarea socială atunci când este la un nivel moderat.

Distribuția pe niveluri:

- Nivel crescut de anxietate socială: raportat de 28 de participanți (6,7%). Aceștia prezintă o hiperactivare emoțională în contexte sociale, ceea ce poate perturba comunicarea și spontaneitatea; induce comportamente de evitare; crește riscul de izolare și distres psihologic.
- Nivel moderat de anxietate socială: prezent la 275 de respondenți (65,5%), adică marea majoritate a eșantionului. Acești indivizi resimt neliniște socială controlabilă, care poate avea un rol pozitiv stimulează atenția la cerințele interacțiunii; crește gradul de conștientizare a normelor sociale; menține o vigilență constructivă, ce poate favoriza integrarea socială.
- Nivel redus de anxietate socială: raportat de 117 participanți (27,9%). Acești indivizi prezintă o relaxare și stabilitate emoțională sporită în situații sociale, cu mai puține temeri de evaluare negativă; comunicare fluentă și spontaneitate, însă, uneori, un nivel foarte redus de anxietate poate diminua atenția și motivația adaptativă.

Din punct de vedere teoretic anxietatea socială moderată are un rol funcțional și adaptativ, pentru că favorizează conformarea la norme, crește vigilența și auto-monitorizarea, dar contribuie și la menținerea unor relații interpersonale echilibrate. În schimb nivelul crescut indică o disfuncție, asociată cu timiditate accentuată, evitarea situațiilor sociale și anxietate generalizată. La polul opus nivelul scăzut sugerează echilibru și siguranță interpersonală, dar lipsa completă a anxietății poate fi asociată uneori cu relaxare excesivă sau chiar cu deficit de implicare socială.

În cazul rezultatelor prezentate distribuția cumulativă indică că aproximativ 72,1% dintre

participanți manifestă anxietate socială moderată sau crescută, ceea ce arată că majoritatea resimt neliniște în contexte interpersonale. Totuși, doar 6,7% ating un nivel crescut, ceea ce confirmă că anxietatea socială patologică este relativ rară în eșantion. Deci, rezultatele indică faptul că nivelul moderat de anxietate socială predomină (65,5%), ceea ce reflectă un tablou funcțional-adaptativ, respectiv studenții resimt o ușoară tensiune în contexte sociale, dar aceasta le poate crește vigilența și motivația interpersonală. Segmentul de 27,9% cu anxietate redusă beneficiază de stabilitate emoțională și relații interpersonale mai relaxate, doar 6,7% se confruntă cu anxietate socială crescută, ceea ce constituie un grup vulnerabil la izolare și stres psihologic. Astfel, această distribuție arată că anxietatea socială este prezentă, dar preponderent la nivel moderat, având mai degrabă un rol protector și adaptativ pentru integrarea psihosocială.

**Subscala anxietății negative.** Această scală reflectă modul în care anxietatea socială devine obstacol în comunicare, relații și adaptabilitate, depășind rolul ei adaptativ și intrând în zona de vulnerabilitate psihologică și disfuncționalitate interpersonală.

Distribuția pe niveluri:

- Nivel redus de anxietate socială: raportat de 215 participanți (51,2%). Acești indivizi manifestă o stare de echilibru interpersonal anxietatea socială este minimă sau gestionabilă; relațiile cu ceilalți nu sunt semnificativ afectate de teamă sau tensiune; funcționarea lor socială este în general eficientă.
- Nivel moderat de anxietate socială: prezent la 172 de respondenți (41,0%). Acești participanți resimt neliniște în contexte sociale, dar într-o formă gestionabilă pot experimenta timiditate sau tensiune în situații de evaluare, uneori evită interacțiuni sociale solicitante, însă, în majoritatea cazurilor, anxietatea nu blochează complet funcționarea.
- Nivel crescut de anxietate socială: raportat de 33 de participanți (7,9%). Acest grup este vulnerabil și se confruntă cu dificultăți majore de comunicare și relaționare, tendințe accentuate de evitare a situațiilor sociale și risc ridicat de izolare, scăderea stimei de sine și dificultăți de adaptare psihosocială.

Abordările teoretice indică că anxietatea negativă, în opoziție cu anxietatea pozitivă, are efecte dezadaptative, fiind corelată cu evitarea interacțiunilor sociale, stres interpersonal accentuat, scăderea suportului social și a calității vieții. Astfel, nivelul redus este asociat cu o bună integrare socială și stabilitate emoțională, nivelul moderat reflectă o tensiune gestionabilă, dar cu riscuri de amplificare, și, nivelul crescut semnalează probleme clinice potențiale, necesitând intervenții psihologice de suport.

Evidențiem că aproximativ 92,1% dintre participanți manifestă anxietate negativă redusă sau moderată, conform distribuției cumulative, ceea ce arată că pentru marea majoritate anxietatea socială nu devine complet dezadaptativă. Totuși, 7,9% se confruntă cu anxietate negativă crescută,

cea ce constituie un grup vulnerabil la izolare și dificultăți de integrare socială. Rezultatele indică o prevalență moderată a anxietății sociale dezadaptative jumătate dintre participanți (51,2%) prezintă un nivel redus, beneficiind de funcționare socială eficientă. Un procent considerabil (41,0%) manifestă anxietate moderată, ceea ce sugerează o neliniște gestionabilă, dar persistentă; în același timp, aproape 8% constituie un grup cu anxietate negativă severă, care necesită atenție și suport psihologic. Astfel, distribuția subliniază faptul că, deși majoritatea reușesc să gestioneze anxietatea socială, există un segment vulnerabil cu impact direct asupra adaptabilității psihosociale și calității vieții.

În același context, pentru identificarea nivelului de anxietate am administrat **Chestionarul de evaluare a anxietății academice**, elaborat de R. Alpert și R. Haber. Rezultatele sunt prezentate în tabelul 2.14.

**Tabelul 2.14. Distribuțiile scorurilor la autoevaluarea anxietății academice**

Factori	Niveluri	Frecvența	%
Anxietatea care împiedică însușirea cunoștințelor	Anxietate redusă (ajută învățarea)	23	5.5
	Anxietate moderată	388	92.4
	Anxietate crescută (blochează învățarea)	9	2.1
Anxietatea care facilitează însușirea cunoștințelor	Anxietate redusă (nu ajută învățarea/demobilizează)	12	2.9
	Anxietate moderată	344	81.9
	Anxietate crescută (facilitează învățarea)	64	15.2

În chestionarul dat itemii aleși după criteriul performanțelor academice evidențiază două subscale prin care se evaluează anxietatea care împiedică însușirea cunoștințelor și anxietatea care facilitează însușirea cunoștințelor la studenți.

**Anxietatea care împiedică însușirea cunoștințelor.** Această scală măsoară rolul anxietății în procesul educațional, distingând între anxietatea care are un efect facilitator (stimulează atenția și mobilizarea resurselor cognitive) și cea care are un efect dezadaptativ (blochează achiziția și consolidarea cunoștințelor).

Distribuția pe niveluri:

- Anxietate redusă (ajută învățarea): raportată de 23 de participanți (5,5%). Acești studenți manifestă un nivel de activare emoțională optimă, care crește vigilența și concentrarea, stimulează motivația academică și favorizează performanța școlară prin activarea cognitivă adaptativă.
- Anxietate moderată: prezentă la 388 de respondenți (92,4%), constituind marea majoritate a eșantionului. Acești subiecți resimt anxietate la un nivel gestionabil, dar eficiența cognitivă este uneori fluctuantă, presiunea emoțională poate afecta temporar învățarea, performanța depinde mult de suportul academic și de strategiile de coping.

- **Anxietate crescută (blochează învățarea):** raportată de 9 participanți (2,1%), un segment restrâns, dar vulnerabil. Aceștia experimentează blocaje cognitive și emoționale în situații de evaluare, dificultăți în memorare, concentrare și reproducerea informațiilor, denotă risc crescut de eșec academic și distres psihologic.

Anxietatea redusă are un rol funcțional, în concordanță cu teoria Yerkes–Dodson (1908), conform căreia un nivel optim de activare emoțională stimulează performanța. anxietatea moderată reflectă un nivel „normal” de tensiune psihică, prezent în contexte academice, dar care nu afectează fundamental capacitatea de învățare. De altfel, anxietatea crescută devine un factor dezadaptativ major, blocând mecanismele cognitive și afectând motivația intrinsecă.

**Anxietatea care facilitează însușirea cunoștințelor.** Această scală evaluează funcția pozitivă a anxietății în învățare: în ce măsură un anumit nivel de tensiune emoțională stimulează concentrarea, vigilența și performanța academică.

Distribuția pe niveluri:

- **Anxietate redusă (nu ajută învățarea/demobilizează):** raportată de 12 participanți (2,9%). Aceștia nu resimt anxietatea ca resursă de mobilizare, ci mai degrabă ca lipsă de energie și motivație, ceea ce poate conduce la scăderea implicării academice, lipsă de concentrare, risc de demotivare și performanță scăzută.
- **Anxietate moderată:** prezentă la 344 de respondenți (81,9%), ceea ce constituie majoritatea de grup. La acest nivel, anxietatea joacă un rol funcțional, prin stimularea atenției și a efortului cognitiv, menținerea concentrării în situații de evaluare, activarea mecanismelor de coping adaptativ. Acest rezultat confirmă teoria Yerkes–Dodson, conform căreia un nivel moderat de anxietate susține performanța optimă.
- **Anxietate crescută (facilitează învățarea):** raportată de 64 de participanți (15,2%). Pentru aceștia, un nivel mai ridicat de anxietate nu devine blocant, ci are efect mobilizator intens, generând o energie suplimentară pentru învățare și rezolvare de sarcini, motivație de a depăși obstacolele, performanță academică sporită în condiții de presiune.

Conform distribuției cumulative aproximativ 97,1% dintre participanți se află în zona anxietății moderate sau crescute cu efect pozitiv, ceea ce indică faptul că anxietatea este trăită predominant ca resursă adaptativă în context educațional. Doar 2,9% resimt anxietatea ca factor demobilizant, ceea ce confirmă că acest tip de vulnerabilitate este foarte rar în eșantion. Sumarizând, aici, rezultatele subliniază că, în eșantionul investigat, anxietatea are în general un rol funcțional și chiar pozitiv în procesul de învățare majoritatea (81,9%) se află la nivel moderat, unde anxietatea optimizează concentrarea și performanța; 15,2% folosesc chiar un nivel ridicat de anxietate ca resursă de mobilizare; doar o minoritate (2,9%) este afectată negativ, percepend anxietatea ca demobilizantă. Acest tablou susține ideea că anxietatea nu este doar o vulnerabilitate,

ci poate funcționa ca mecanism adaptativ atunci când este prezentă la un nivel controlabil.

Ultimul instrument care a fost administrat pentru identificarea nivelului de anxietate este **Chestionarul ASQ pentru evaluarea anxietatii**, elaborat de Lehrer și Woolfolk. Rezultatele sunt prezentate în tabelul 2.15.

**Tabelul 2.15. Distribuțiile scorurilor la Chestionarul ASQ pentru evaluarea anxietatii**

Factori	Niveluri	Frecvența	%
Dimensiunea somatică	Scor scăzut	273	65.0
	Scor mediu	133	31.7
	Scor ridicat	14	3.3
Dimensiunea comportamentală	Scor scăzut	155	36.9
	Scor mediu	219	52.1
	Scor ridicat	46	11.0
Dimensiunea cognitivă	Scor scăzut	123	29.3
	Scor mediu	193	46.0
	Scor ridicat	104	24.8
ASQ – Scor general	Scor redus	262	62.4
	Scor moderat	140	33.3
	Scor ridicat	18	4.3

Chestionarul ASQ pentru evaluarea anxietatii oferă oportunitatea de a evidenția câteva dimensiuni: somatică; comportamentală; cognitivă și un scor global pentru anxietate prin sumarea scorurilor parțiale.

**1. ASQ – Dimensiunea somatică.** Această dimensiune reflectă nivelul simptomelor somatice ale anxietății (tensiune musculară, palpitații, oboseală, tulburări de somn, disconfort gastrointestinal etc.), care reprezintă un indicator al stresului psihofiziologic și al modului în care corpul răspunde la presiunea psihică.

Distribuția pe niveluri:

- Scor scăzut: raportat de 273 de participanți (65,0%). Aceștia prezintă simptome somatice rare sau reduse echilibru psihofiziologic relativ bun; anxietatea se exprimă mai mult la nivel cognitiv și emoțional decât somatic; resurse mai mari de rezistență la stresul fizic.
- Scor mediu: prezent la 133 de persoane (31,7%). Acești indivizi resimt manifestări corporale moderate ale anxietății, precum oboseală ocazională, insomnii, tensiune musculară; afectarea temporară a stării de bine; simptome gestionabile, dar care pot crește în situații de stres intens.
- Scor ridicat: raportat de 14 participanți (3,3%). Acest grup restrâns se confruntă cu manifestări somatice severe, ce pot interfera cu funcționarea zilnică palpitații frecvente, atacuri de panică, dureri recurente; vulnerabilitate crescută la tulburări psihosomatice; risc de scădere semnificativă a calității vieții și adaptabilității psihosociale. Astfel, dimensiunea somatică are o prevalență redusă, dar semnificativă clinic, confirmând că pentru o mică

parte din respondenți anxietatea este trăită și prin corp, necesitând o abordare integrativă (psihologică și medicală).

**2. ASQ – Dimensiunea comportamentală.** Această dimensiune evaluează modul în care anxietatea se exprimă prin manifestări comportamentale, precum: agitație motorie, ticuri, evitarea situațiilor anxiogene, comportamente de retragere sau dificultăți în menținerea atenției și a autocontrolului.

Distribuția pe niveluri:

- Scor scăzut: raportat de 155 de participanți (36,9%). Acești indivizi prezintă puține manifestări comportamentale vizibile ale anxietății, reacțiile lor la stres rămân predominant interne (cognitive și emoționale), nu resimt nevoie frecventă de evitare sau retragere, mențin un nivel bun de control al comportamentului în situații tensionate.
- Scor mediu: prezent la 219 respondenți (52,1%), adică majoritatea eșantionului. Acești participanți manifestă comportamente anxioase ocazionale și moderate, precum dificultăți temporare de concentrare, tendința de evitare a unor situații solicitante, agitație psihomotorie în contexte de presiune. Comportamentele lor nu sunt severe, dar pot afecta adaptarea socială și performanța academică.
- Scor ridicat: raportat de 46 de participanți (11,0%). Acești indivizi prezintă manifestări comportamentale intense ale anxietății, cu tendințe accentuate de evitare și retragere, posibile reacții motorii evidente (ex. neliniște, mișcări repetitive, ticuri), risc crescut de izolare și dezadaptare psihosocială. Astfel, dimensiunea comportamentală evidențiază că aproximativ unul din zece participanți prezintă anxietate suficient de intensă pentru a afecta vizibil funcționarea zilnică, ceea ce justifică nevoia de intervenții psihologice orientate spre tehnici de relaxare, expunere gradată și control comportamental.

**3. ASQ – Dimensiunea cognitivă.** Această dimensiune evaluează nivelul distorsiunilor și interferențelor cognitive generate de anxietate, precum: dificultăți de concentrare, preocupări excesive, gânduri intruzive, anticiparea negativă a evenimentelor sau autocritica intensă.

Distribuția pe niveluri:

- Scor scăzut: raportat de 123 de participanți (29,3%). Aceștia prezintă impact redus al anxietății asupra funcționării cognitive: capacitate bună de concentrare și rezolvare a sarcinilor; preocupări anxioase rare sau controlabile și funcționare cognitivă eficientă chiar și în situații solicitante.
- Scor mediu: prezent la 193 de persoane (46,0%), adică aproape jumătate din eșantion. Acești subiecți resimt dificultăți cognitive moderate, precum fluctuații ale atenției; tendința de supra-analiză și ruminare; dificultăți temporare în luarea deciziilor. Impactul asupra vieții academice și sociale este semnificativ, dar gestionabil.

- Scor ridicat: raportat de 104 de participanți (24,8%). Acești studenți se confruntă cu afectări cognitive severe generate de anxietate precum gânduri intruzive persistente, scenarii anticipative negative (catastrofare), dificultăți majore de concentrare și procesare a informației, risc crescut de performanță academică scăzută și dezadaptare psihosocială.

Astfel, dimensiunea cognitivă confirmă că anxietatea nu este doar un fenomen emoțional, ci afectează direct procesarea informației și eficiența academică, justificând intervenții de antrenament cognitiv și tehnici de restructurare a gândurilor iraționale.

**4. ASQ – Scor general** - reflectă nivelul global de anxietate trăit și exprimat de participanți, prin integrarea manifestărilor la nivel corporal, cognitiv, emoțional, comportamental.

Distribuția pe niveluri:

- Scor redus: raportat de 262 de participanți (62,4%). Acești respondenți prezintă niveluri scăzute de anxietate globală, ceea ce sugerează echilibru psihofiziologic satisfăcător, resurse bune de reglare emoțională, risc scăzut de tulburări anxioase clinice. Ei constituie majoritatea eșantionului și reprezintă un segment protejat psihologic.
- Scor moderat: prezent la 140 de respondenți (33,3%). Acești indivizi trăiesc niveluri medii de anxietate, manifestate prin dificultăți emoționale sau cognitive gestionabile, simptome ocazionale de disconfort somatic sau comportamental, echilibru fragil, susceptibil la factori de stres. Ei formează un grup vulnerabil, cu risc de escaladare a anxietății în condiții nefavorabile.
- Scor ridicat: raportat de 18 participanți (4,3%). Acești studenți se confruntă cu anxietate intensă, dezadaptativă, caracterizată prin gânduri intruzive și distorsiuni cognitive puternice, simptome somatice și comportamentale vizibile, precum și dificultăți majore de adaptare psihosocială și academică. Evidențiem că aceștia reprezintă grupul cu cea mai mare nevoie de sprijin clinic sau psihologic.

În acest caz, distribuția cumulativă prezintă date conform cărora aproximativ 95,7% dintre participanți se situează în zona scorurilor reduse sau moderate, ceea ce indică o prevalență scăzută a anxietății severe în eșantion. Totuși, 4,3% constituie un nucleu critic, cu anxietate ridicată, a cărei funcționare psihosocială este serios afectată. Subliniem aici că rezultatele la ASQ – Scor general arată un profil predominant echilibrat, cu majoritatea (62,4%) la nivel redus, sugerând reziliență psihologică; o treime (33,3%) la nivel moderat, cu vulnerabilitate emoțională și cognitivă și o minoritate (4,3%) la nivel ridicat, confruntată cu anxietate severă, cu impact asupra sănătății și calității vieții. Astfel, deși anxietatea severă este relativ rară, distribuția confirmă că aproximativ 1 din 3 participanți trăiește anxietatea la un nivel semnificativ, ceea ce justifică implementarea unor programe de consiliere psihologică preventivă și de dezvoltare a strategiilor de coping adaptativ.

## 2.5. Particularități ale calității vieții, adaptabilității psihosociale, anxietății în funcție de factorii psihosociali

În conformitate cu scopul cercetării am identificat particularitățile calității vieții, adaptabilității psihosociale, anxietății respondenților în funcție de factorii psihosociali (variabilele socio-demografice analizate în funcție de factorii din anchetă):

1. Diferențe pentru eșantionul cercetării în funcție de criteriul *țara de origine* (perspectivă culturală) (*România / Republica Moldova*)
2. Diferențe pentru eșantionul cercetării în funcție de criteriul *gen* (*masculin / feminin*)
3. Diferențe pentru eșantionul cercetării în funcție de criteriul *mediul de proveniență* (*urban/rural*)
4. Diferențe pentru eșantionul cercetării în funcție de criteriul *nivelul de studii, ciclul universitar și distribuția pe ani de studii* (*Licență: I; II; III; Master: II*)
5. Diferențe pentru eșantionul cercetării în funcție de criteriul *vârstă* (*18-21 ani, 22-34 ani, peste 35 ani*)
6. Diferențe pentru eșantionul cercetării în funcție de criteriul *utilizarea aromelor uleiurilor esențiale* (*da / nu*) (*utilizatori / non-utilizatori de arome*)
7. Diferențe pentru eșantionul cercetării în funcție de criteriul *tipuri de uleiuri esențiale utilizate* (*lavandă / bergamotă / ylang-ylang / mai multe tipuri / altele / nu se utilizează*)

În continuare prezentăm date pentru fiecare criteriu indicat.

### 1. Diferențe pentru eșantionul cercetării în funcție de criteriul *țara de origine* (perspectivă culturală) (*România / Republica Moldova*)

Analiza comparativă a rezultatelor în funcție de criteriul *țara de origine* România – Republica Moldova, a fost realizată cu ajutorul **testului *t* pentru eșantioane independente**.

Această analiză investighează diferențele între studenții din România ( $N = 257$ ) și Republica Moldova ( $N = 163$ ) în raport cu o serie de variabile psihologice evaluate prin instrumente standardizate: *Inventarul Calității Vieții (Quality of Life Inventory) – QOLI*, (Michael B. Frisch); *Chestionarul de evaluare a satisfacției față de calitatea vieții / Scala de Coping și Valori (SCV)* (Elliot R.S., adaptat de N. Vodopyanova); *Chestionarul Adaptabilitate, MLO-AM* (A.G. Maklakov, S.V. Chermyanin); *Chestionarul de adaptare la mediul studentesc și solicitările academice (AMSSA) / AMS*, (S. Rusnac și colab.); *Testul Adaptabilitate / flexibilitate* (A. Chelcea); *Inventarul de Anxietate Stare – Trăsătură STAI / State-Trait Anxiety Inventory (STAI; XI și X2)* (Spielberger); *Testul de autoevaluare a gândurilor în interacțiunile sociale* (elaborat de Glass și colab.) / *Scala Glass de anxietate*; *Chestionarul de evaluare a anxietății academice (facilitatoare/împiedicătoare)* (Alpert-Harber); *Chestionarul ASQ pentru evaluarea anxietatii /*

*Anxiety Scale Questionnaire (ASQ)* (Lehrer și Woolfolk).

*Metodologia statistică* pentru acest compartiment al tezei face referință la următoarele: Test statistic: Testul *t* pentru eșantioane independente; Verificare egalitate varianțe: Testul Levene; Nivel de semnificație:  $p < 0.05$ ; Statistici raportate: medii, *t*, *df*, *p*, diferență medie; Criteriu de includere: sunt prezentate doar variabilele cu diferențe semnificative statistic; Limitări: sunt prezentate limitările care există. Analiza utilizează **testul *t* pentru eșantioane independente** ( $\alpha = .05$ ), cu verificarea egalității varianțelor (testul Levene). În cazurile de varianțe inegale, s-au aplicat corecțiile corespunzătoare (Welch/Satterthwaite). În continuare prezentăm rezultatele pe categorii tematice.

***Calitatea vieții și scalele satisfacției față de calitatea vieții, SCV / coping (QOLI și SCV)***

Studentii din România raportează niveluri mai ridicate ale calității vieții percepute și o orientare mai pronunțată către resurse de coping adaptativ. Diferențele, deși semnificative statistic, se situează la niveluri mici spre moderate (Cohen's  $d \approx 0.25-0.45$ ). Acest profil poate fi explicat prin disponibilitatea unor resurse educaționale și sociale diferite în cele două contexte, fără a indica deficiențe la nivel individual. Rezultatele sunt prezentate în tabelul 2.16.

**Tabelul 2.16. Diferențe pentru eșantionul cercetării, QOLI și SCV, în funcție de criteriul țara de origine (perspectivă culturală) (România / Republica Moldova)**

<i>Variabilă</i>	<i>M RO</i>	<i>M MD</i>	<i>T</i>	<i>Df</i>	<i>P</i>	<i>ΔM</i>
QOLI – calitatea vieții	3.19	2.98	2.661	418	.008	+0.21
SCV – serviciu/carieră	2.59	2.37	3.476	418	.001	+0.22
SCV – suport social	2.51	2.21	4.479	418	<.001	+0.30
SCV – optimism	2.26	2.08	2.672	418	.008	+0.18
SCV – stări emoționale	2.07	1.75	4.561	418	<.001	+0.33

Rezultatele obținute (tabelul 2.19), pentru QOLI – calitatea vieții, denotă o percepție mai pozitivă a vieții la studenții din România. Pentru *Chestionarul de evaluare a satisfacției față de calitatea vieții*, SCV – serviciu/carieră, SCV – suport social, SCV – optimism, SCV – stări emoționale, identificăm că orientarea profesională este mai clară la România, la fel rețele sociale percepute ca mai consistente, nivel mai ridicat de optimism, și reglare emoțională mai favorabilă. Studenții români par să beneficieze de o percepție mai pozitivă a vieții și de resurse de coping mai consolidate, aspecte care pot fi influențate de contextul socio-educational și de accesul la servicii de suport. Diferențele reflectă tendințe de grup, nu evaluări la nivel individual.

***Adaptare personală și integrare academică (MLO-AM și AMS)***

La nivelul adaptabilității și al integrării în mediul academic, rezultatele evidențiază valori mai ridicate pentru grupul din România. Rezultatele sunt prezentate în tabelul 2.17.

**Tabelul 2.17. Diferențe pentru eșantionul cercetării, MLO-AM și AMS, în funcție de criteriul țara de origine (perspectivă culturală) (România / Republica Moldova)**

<i>Variabilă</i>	<i>M RO</i>	<i>M MD</i>	<i>T</i>	<i>Df</i>	<i>P</i>	<i>ΔM</i>
------------------	-------------	-------------	----------	-----------	----------	-----------

MLO-AM – potențial de adaptare	1.89	1.50	5.972	418	<.001	+0.38
MLO-AM – stabilitate neuro-psihică	1.84	1.50	5.602	418	<.001	+0.34
AMS – comunicare cu cadre didactice	2.37	2.04	5.020	418	<.001	+0.33
AMS – identificare profesională	2.68	2.39	4.493	418	<.001	+0.28
AMS – formare profesională	2.42	2.15	4.359	418	<.001	+0.27

Rezultatele obținute (tabelul 2.17), indică pentru grupul de subiecți din România tranziții ocupaționale gestionate mai eficient (MLO-AM – potențial de adaptare); stabilitate emoțională crescută (MLO-AM – stabilitate neuro-psihică); Relații academice mai pozitive (AMS – comunicare cu cadre didactice); conturare mai clară a identității profesionale (AMS – identificare profesională); satisfacție mai mare privind dezvoltarea profesională (AMS – formare profesională). Diferențele pot fi înțelese prin prisma oportunităților educaționale și a contextului socio-economic distinct, care pot facilita sau limita accesul la resurse de formare și comunicare academică.

#### ***Anxietate și flexibilitate (STAI, Glass, Alpert-Haber, ASQ)***

Rezultatele pentru variabilele anxietate și flexibilitate, identificate cu instrumentele psihometrice STAI, Glass, Alpert-Haber, ASQ sunt prezentate în tabelul 2.18.

**Tabelul 2.18. Diferențe pentru eșantionul cercetării, STAI, Glass, Alpert-Haber, ASQ, în funcție de criteriul țara de origine (perspectivă culturală) (România / Republica Moldova)**

<i>Variabilă</i>	<i>MRO</i>	<i>MMD</i>	<i>T</i>	<i>Df</i>	<i>P</i>	<i>ΔM</i>
STAI-X1 – anxietate de stare	1.74	2.20	-5.933	418	<.001	-0.47
STAI-X2 – anxietate de trăsătură	2.05	2.44	-5.105	418	<.001	-0.40
Glass – anxietate pozitivă	2.28	2.10	3.427	418	.001	+0.19
Glass – anxietate negativă	1.50	1.67	-2.802	418	.005	-0.18
ASQ – scor general	1.32	1.57	-4.398	418	<.001	-0.25
Test flexibilitate	2.07	2.21	-2.778	418	.006	-0.14

Rezultatele arată niveluri mai ridicate de anxietate la studenții din Republica Moldova, atât la dimensiunile de stare și trăsătură, cât și la anxietatea școlară (ASQ). În același timp, scorurile pentru anxietatea pozitivă (Glass) sunt mai ridicate la studenții din România, ceea ce sugerează o componentă motivațională adaptivă. Interesant, flexibilitatea este superioară în cazul studenților din Republica Moldova.

Nivelurile mai ridicate de anxietate observate la studenții din Republica Moldova nu reprezintă un deficit personal, ci pot fi înțelese ca răspunsuri la presiuni educaționale și socio-culturale. Flexibilitatea mai mare identificată în același grup poate funcționa ca mecanism compensator, sprijinind ajustarea în contexte academice solicitante.

*Variabile fără diferențe semnificative.* Nu s-au înregistrat diferențe la: SCV – autocontrol ( $p = .416$ ), MLO-AM – norme morale ( $p = .410$ ), Stog ( $p = .804$ ). Aceste rezultate sugerează că

diferențele dintre grupuri sunt specifice anumitor dimensiuni, nu generalizate tuturor constructelor psihologice.

Conform rezultatelor identificăm că studenții din România prezintă scoruri mai ridicate la calitatea vieții, adaptabilitate și relaționare academică, aspecte care pot fi susținute de accesul la resurse educaționale și rețele sociale mai bine consolidate. Studenții din Republica Moldova raportează niveluri mai ridicate de anxietate, dar și flexibilitate superioară, ceea ce poate reprezenta un potențial de adaptare creativă și de dezvoltare personală. Diferențele observate au mărimi mici spre moderate, fiind explicabile prin factori socio-economici, culturali și educaționali, nu prin caracteristici individuale.

Scorurile mai mari la QOLI, SCV și MLO-AM pentru bunăstare și adaptare, la grupul din România sugerează reziliență și integrare academică superioară (relații cu cadrele, managementul timpului, claritate profesională). Studenții MD raportează anxietate mai ridicată la multiple niveluri (stare, trăsătură, școlară). Acest profil poate afecta performanța și engagement-ul. Identificăm aici nuanțe: scala Alpert – anxietate care împiedică e ușor mai mare la grupul din România (efect mic–mediu): posibil reflectă presiuni de performanță într-un context perceput mai competitiv; concomitent, anxietatea pozitivă (Glass) este mai mare la grupul din România, ceea ce poate transforma activarea în motivație. Diferențele pot fi influențate de factori contextuali precum: condiții socioeconomice, curricular-instituționale, acces la resurse și norme culturale; interpretarea rămâne corelațională.

În concluzie, rezultatele susțin ideea că contextul socio-educational distinct influențează experiența studenților din România și Republica Moldova. Studenții din România raportează mai multă satisfacție și adaptabilitate, în timp ce studenții din Republica Moldova se confruntă mai des cu anxietate, dar demonstrează o flexibilitate mai mare. Această combinație evidențiază atât provocări, cât și resurse adaptative specifice fiecărui context, subliniind importanța unor intervenții educaționale și psihologice adaptate cultural.

## **2. Diferențe pentru eșantionul cercetării în funcție de criteriul *gen (masculin / feminin)***

În continuare prezentăm analiza comparativă a variabilelor psihologice în funcție de gen. Din perspectivă statistică a fost utilizat testul *t* pentru eșantioane independente. Această analiză vizează compararea performanței psihologice între studenți de gen masculin ( $N = 72$ ) și feminin ( $N = 348$ ) în ceea ce privește o serie de variabile psihologice asociate cu suportul social, adaptarea academică, mecanismele de coping și anxietatea. Instrumentele utilizate, prezentate în analiza detaliată a descrierii conform primului criteriu sunt validate științific și permit investigarea diferențelor de gen dintr-o perspectivă psihologică integrativă.

Metodologia statistică face referință la Testul *t* pentru eșantioane independente; Testul

Levene (verificare egalitate varianțe); Nivel de semnificație:  $p < 0.05$ ; Statistici raportate: medii,  $t$ ,  $df$ ,  $p$ , diferență medie; Criteriu de includere: sunt prezentate doar variabilele cu diferențe semnificative statistic; Limitări: dimensiune inegală a eșantioanelor (masculin  $\ll$  feminin). În continuare prezentăm rezultatele pe categorii tematice.

***Calitatea vieții și scalele satisfacției față de calitatea vieții, SCV / coping (QOLI și SCV)***

Deși majoritatea subscalelor SCV și QOLI nu indică diferențe semnificative între genuri (ex.: QOLI,  $p = 0.462$ ; SCV Optimism,  $p = 0.929$ ), anumite dimensiuni precum suportul social perceput și stările emoționale prezintă diferențe semnificative statistic. Rezultatele sunt prezentate în tabelul 2.19.

**Tabelul 2.19. Diferențe pentru eșantionul cercetării, QOLI și SCV, în funcție de gen**

<i>Variabilă</i>	<i>M Masculin</i>	<i>M Feminin</i>	<i>t</i>	<i>Df</i>	<i>P</i>	<i>ΔM</i>
SCV – Suport social	2.25	2.43	-2.027	418	0.043	-0.178
SCV – Stări emoționale	2.13	1.91	2.279	418	0.023	0.214

Rezultatele obținute (tabelul 2.19), pentru SCV – Suport social, faptul că femeile percep un suport social mai ridicat, aliniat cu literatura care sugerează rețele relaționale mai sensibile și active în cazul acestora. Referindu-ne la SCV – Stări emoționale am identificat că bărbații raportează stări emoționale mai pozitive, posibil reflectând un stil de reglare emoțională mai automatizat sau mai puțin expresiv. Diferențele reflectă o socializare de gen diferențiată, în care femeile tind să investească mai mult în relațiile sociale, iar bărbații pot manifesta o atitudine emoțională mai pozitivă, posibil ca strategie de coping.

Pentru *adaptarea sociocomunicativă și integrare*, dintre variabilele legate de adaptare, doar satisfacerea necesităților sociocomunicative a înregistrat o diferență semnificativă între genuri. Astfel, femeile prezintă un nivel mai înalt de satisfacție sociocomunicativă, favorizând integrarea academică și reducerea stresului interpersonal (Tabelul A13.2). Această diferență poate reflecta stiluri de interacțiune influențate de gen, femeile investind mai mult în comunicarea relațională, conform studiilor de socializare diferențiată.

Referindu-ne la *Anxietate și stres academic* (Scala Glass) identificăm că majoritatea variabilelor privind anxietatea nu au înregistrat diferențe semnificative (*STAI XI*,  $p = 0.527$ ; *ASQ scor general*,  $p = 0.348$ ). Totuși, există o diferență semnificativă în anxietatea pozitivă (facilitatoare), măsurată prin Scala Glass. Bărbații manifestă o anxietate facilitatoare mai pronunțată, ceea ce poate spori motivația academică în contexte competitive. Această constatare contrazice parțial literatura care raportează anxietate mai mare la femei, dar sugerează că forma funcțională a anxietății (motivatoare) poate fi mai accesibilă bărbaților în contexte de performanță.

În concluzie menționăm că analiza comparativă a diferențelor de gen evidențiază câteva variații semnificative statistic, însă de magnitudine modestă. În general femeile prezintă percepție crescută a suportului social și satisfacție mai mare în nevoile sociocomunicative. La nivel

comparativ, bărbații manifestă stări emoționale mai pozitive și nivel mai ridicat de anxietate pozitivă (facilitatoare). Aceste diferențe pot fi explicate prin socializarea diferențiată pe gen, femeile sunt încurajate să dezvolte rețele interpersonale și să-și exprime emoțiile, în timp ce bărbații pot fi încurajați să dezvolte autocontrolul și orientarea spre performanță. Strategii de coping diferențiate pot fi explicate prin faptul că femeile tind să utilizeze mai frecvent strategii centrate pe emoții și relații, iar bărbații pe acțiune sau pe evitarea expresivității.

### **3. Diferențe pentru eșantionul cercetării în funcție de criteriul *mediul de proveniență***

Analiza comparativă a variabilelor psihologice în funcție de mediul de proveniență (urban/rural) are ca scop identificarea diferențelor psihologice semnificative între studenții proveniți din mediu urban (N = 337) și cei din mediu rural (N = 83) (Tabelul A13.3), în ceea ce privește o serie de variabile asociate cu adaptarea academică, calitatea vieții, mecanismele de coping și anxietatea (Limitări: dimensiune disproporționată a eșantioanelor (urban > rural)).

#### ***Calitatea vieții și scalele satisfacției față de calitatea vieții, SCV / coping (QOLI și SCV)***

Studenții urbani prezintă o orientare profesională mai clară, posibil asociată cu expunerea la oportunități educaționale și de carieră mai variate. Capacitatea de gestionare a emoțiilor este mai eficientă la studenții urbani, reflectând o reglare emoțională mai stabilă în contexte variate. QOLI (calitatea vieții generală) nu prezintă diferențe semnificative între grupuri ( $p = 0.238$ ).

#### ***Adaptare personală și integrare academică (MLO-AM și AMS)***

La nivelul adaptabilității și al integrării în mediul academic, rezultatele evidențiază că studenții urbani au o capacitate adaptativă superioară, esențială pentru reziliența în fața tranzițiilor academice și profesionale. Nivel crescut de stabilitate psihică la urbani, posibil asociat accesului crescut la resurse de suport (ex. consiliere psihologică, informații). Abilitățile de comunicare interpersonală sunt mai dezvoltate la studenții din medii urbane. Nivelul de satisfacție în relație cu mediul ecosocial este mai ridicat la studenții urbani, sugerând integrare mai bună în contextul universitar. Nu s-au identificat diferențe semnificative în subscală AMS – Satisfacerea necesităților socioeconomice ( $p = 0.362$ ) sau SCV – Suport social ( $p = 0.106$ ).

#### ***Anxietate academică și comportamente asociate (Instrumente: ASQ, STAI).***

Rezultatele pentru variabilele anxietate academică și comportamente asociate, identificate cu instrumentele psihometrice, ASQ, STAI ne indică că studenții rurali prezintă manifestări comportamentale mai frecvente ale anxietății (ex: agitație, evitare), afectând adaptarea. Anxietatea școlară generală este semnificativ mai ridicată la studenții din mediu rural, reflectând dificultăți de integrare sau adaptare în mediul academic urbanizat. STAI-X1 (anxietate de stare) nu a indicat o diferență semnificativă ( $p = 0.102$ ). Deci, analiza comparativă între studenții din medii urbane și rurale evidențiază un număr limitat, dar semnificativ, de diferențe psihologice. Studenții din mediu

urban manifestă orientare profesională mai clară; capacități adaptative superioare; stabilitate psihică și reglare emoțională mai bune; precum și satisfacție ecosocială crescută. Studenții din mediu rural prezintă *niveluri mai ridicate de anxietate comportamentală și școlară generală, provocări mai mari în integrarea în contextul universitar urbanizat.*

Reieșind din aceste rezultate utile ar fi câteva implicații pentru practică și politici educaționale: - Programe de orientare și sprijin adaptativ pentru studenții din medii rurale, mai ales în primii ani de studii. - Acces echitabil la resurse psihopedagogice, inclusiv consiliere psihologică și mentorat personalizat. - Intervenții diferențiate în funcție de mediul de proveniență, axate pe reducerea decalajelor în autoreglare și integrare socială.

#### **4. Diferențe pentru eșantionul cercetării în funcție de criteriul *nivelul de studii, ciclul universitar și distribuția pe ani de studii (Anul I Licență; Anul II Licență; Anul III Licență; Anul II Master)***

Prezentăm în continuare analiza comparativă a variabilelor psihologice între ani de studiu. Din perspectivă statistică a fost utilizat *Testul ANOVA pentru eșantioane independente și testul post-hoc Tukey HSD*). Această analiză urmărește identificarea diferențelor semnificative statistic între grupuri de studenți aflați în ani diferiți de studiu — Anul I Licență ( $N = 172$ ), Anul II Licență ( $N = 34$ ), Anul III Licență ( $N = 167$ ) și Anul II Master ( $N = 47$ ) — în ceea ce privește o serie de variabile psihologice relevante pentru adaptarea academică, sănătatea mintală și mecanismele de coping. *Deci*, Pentru această comparație a fost utilizat testul ANOVA pentru eșantioane independente, urmat de testul post-hoc Tukey HSD pentru identificarea perechilor de grupuri între care diferențele sunt semnificative. Rezultate pe domenii psihologice sunt prezentate în continuare

##### ***Calitatea vieții și scalele satisfacției față de calitatea vieții, SCV / coping (QOLI și SCV)***

Deși scorurile globale privind calitatea vieții (QOLI) nu au evidențiat diferențe semnificative între ani ( $F(3, 416) = 1.270, p = 0.284$ ), analiza subscalelor din SCV indică variații semnificative între nivelurile academice în ceea ce privește mecanismele de coping și valorile personale (Tabelul A13.4). Orientarea profesională este semnificativ mai accentuată la masteranzi, sugerând o clarificare a scopurilor și planificare pe termen lung. Masteranzii raportează un nivel mai ridicat al împlinirii personale, reflectând o autoeficacitate crescută. Capacitatea de relaționare se îmbunătățește semnificativ odată cu înaintarea în studii. Indică o stabilitate emoțională crescută la masteranzi. Masteranzii prezintă o mai bună gestionare a emoțiilor. Coping-ul adaptiv crește semnificativ cu nivelul academic.

##### ***Adaptare și integrare academică și socio-profesională (MLO-AM și AMS)***

Rezultatele pentru variabilele adaptare și integrare academică și socioprofesională, identificate cu instrumentele psihometrice MLO-AM și AMS sunt prezentate în tabelul A13.4.

Conform acestora capacitatea adaptivă este semnificativ mai ridicată la masteranzi; reziliența psihologică este crescută la masteranzi; abilitățile de comunicare mai bine dezvoltate în ani avansați; relații educaționale mai satisfăcătoare la master; Studenții din anii inițiali prezintă o flexibilitate adaptativă crescută.

#### ***Anxietate, stres și reglare emoțională (STAI-X2, Scala Glass, Scala Alpert-Haber, ASQ)***

În continuare vom descrie rezultatele pentru variabilele anxietate și flexibilitate, identificate cu instrumentele psihometrice STAI, Glass, Alpert-Haber, ASQ. Desfășurat acestea sunt prezentate în tabelul A13.4.

Rezultatele obținute indică următoarele: - anxietatea cronică scade semnificativ în stadiile avansate de studiu; anxietatea negativă este mai scăzută la masteranzi; valori ușor crescute la master, posibil asociate presiunilor academice; comportamente anxioase mai frecvente la studenții din anul I; gândurile anxioase scad semnificativ odată cu înaintarea în parcursul academic.

Rezultatele evidențiază un pattern clar de maturizare psihologică și adaptare progresivă în funcție de anul de studiu. Studenții de la master demonstrează un coping mai adaptativ, reziliența psihologică crescută, niveluri mai reduse de anxietate cronică și abilități superioare de comunicare și relaționare, sugerând o integrare eficientă a experiențelor academice și personale acumulate. Pe de altă parte, studenții din anul I de licență prezintă valori mai mari ale anxietății de trăsătură, comportamentale și cognitive, precum și un nivel crescut de flexibilitate – un posibil mecanism compensator în perioada de tranziție la mediul universitar.

Avansarea în parcursul educațional este asociată cu o adaptare psihosocială mai eficientă și o sănătate mintală mai stabilă. Aceste rezultate susțin implementarea de intervenții preventive în anii de început, axate pe reducerea anxietății, dezvoltarea copingului adaptiv și consolidarea relațiilor educaționale. De asemenea, sunt justificate cercetări longitudinale pentru a analiza evoluția acestor variabile și influența experienței academice asupra sănătății mintale.

### **5. Diferențe pentru eșantionul cercetării în funcție de criteriul vârstă**

Analiza comparativă a variabilelor psihologice în funcție de de criteriul vârstă (18-21 ani, 22-34 ani, peste 35 ani) a fost realizată cu ANOVA pentru eșantioane independente și test post-hoc Tukey HSD. Scopul acestei analize este de a identifica diferențele semnificative statistic între trei categorii de vârstă ale studenților — 18–21 ani (N = 144), 22–34 ani (N = 119) și peste 35 ani (N = 113) — în ceea ce privește variabilele psihologice asociate calității vieții, copingului, adaptării și anxietății. Aceste variabile au fost măsurate printr-un set de instrumente psihometrice standardizate, fiecare cu validitate științifică demonstrată.

Și în cazul dat, similar celorlalte descrise, au fost valorificate instrumente standardizate: *Inventarul Calității Vieții (Quality of Life Inventory) – QOLI*, (Michael B. Frisch); *Chestionarul*

*de evaluare a satisfacției față de calitatea vieții / Scala de Coping și Valori (SCV) (Elliot R.S., adaptat de N. Vodopyanova); Chestionarul Adaptabilitate, MLO-AM (A.G. Maklakov, S.V. Chermyanin); Chestionarul de adaptare la mediul studentesc și solicitările academice (AMSSA) / AMS, (S. Rusnac și colab.); Testul Adaptabilitate / flexibilitate (A. Chelcea); Inventarul de Anxietate Stare – Trăsătură STAI / State-Trait Anxiety Inventory (STAI; XI și X2) (Spielberger); Testul de autoevaluare a gândurilor în interacțiunile sociale (elaborat de Glass și colab.) / Scala Glass de anxietate; Chestionarul de evaluare a anxietății academice (facilitatoare/împiedicătoare) (Alpert-Harber); Chestionarul ASQ pentru evaluarea anxietatii / Anxiety Scale Questionnaire (ASQ) (Lehrer și Woolfolk).*

### ***Calitatea vieții și scalele satisfacției față de calitatea vieții, SCV / coping (QOLI și SCV)***

Rezultatele indică o creștere semnificativă a calității percepute a vieții și a eficienței mecanismelor de coping odată cu înaintarea în vârstă. Studenții din categoria „peste 35 ani” au înregistrat cele mai ridicate scoruri, reflectând o reziliență psihologică crescută, echilibru emoțional și integrare valorică consolidată (Tabelul A13.5). Mai concret, studenții din categoria „peste 35 ani” denotă: percepție mai pozitivă a vieții, corelată cu maturitatea și stabilitatea; orientare profesională consolidată la adulții maturi; autoeficacitate crescută și împlinire personală la vârste mai mari; percepție mai pozitivă asupra sănătății proprii; relaționare interpersonală îmbunătățită odată cu vârsta; rețele sociale mai solide la adulți, eficiente în reducerea stresului; rețele sociale mai solide la adulți, eficiente în reducerea stresului; atitudine pozitivă față de viitor, asociată cu coping constructiv; stabilitate emoțională superioară; capacitate crescută de reglare a impulsurilor; gestionarea emoțiilor este semnificativ mai eficientă; coping general adaptiv optimizat odată cu vârsta.

### ***Adaptare și integrare în mediu (MLO-AM și AMS)***

Studenții din categoria „peste 35 ani” demonstrează niveluri mai ridicate de adaptare personală, stabilitate psihică și satisfacție socio-profesională, sugerând o integrare eficientă în contextul academic și social. Tinerii (18–21 ani) manifestă un nivel mai mare de flexibilitate adaptativă, probabil ca răspuns la tranzițiile de viață Tabelul A13.5.

### ***Anxietate și stres psihologic (STAI, Glass, Alpert-Haber, ASQ, Stog)***

Tinerii (18–21 ani) manifestă niveluri mai mari de anxietate de stare, de trăsătură și școlară, precum și simptome somatice și comportamentale asociate stresului. În schimb, adulții maturi prezintă anxietate pozitivă crescută (motivatoare) și anxietate debilitantă scăzută, ceea ce reflectă un stil de coping mai eficient și o reglare emoțională mai bună. În concluzie, rezultatele sugerează că vârsta biologică este un predictor relevant pentru adaptarea psihologică în mediul academic. Studenții peste 35 ani demonstrează un profil psihologic pozitiv, cu coping eficient, anxietate redusă și satisfacție mai mare față de viață și contextul educațional. Prin contrast, studenții tineri

(18–21 ani) manifestă anxietate crescută, stres academic și coping mai puțin consolidat, fapt ce subliniază necesitatea unor intervenții psihologice preventive pentru sprijinirea adaptării acestora.

## **6. Diferențe pentru eșantionul cercetării în funcție de criteriul *utilizarea aromelor uleiurilor esențiale (da / nu)( utilizatori / non-utilizatori de arome)***

Analiza comparativă a rezultatelor în funcție de criteriul *studentii utilizatori și non-utilizatori de arome*, a fost realizată cu ajutorul **testului *t* pentru eșantioane independente**. Această analiză urmărește identificarea diferențelor semnificative statistic între studenții care declară utilizarea aromelor (Da;  $N = 167$ ) și cei care nu utilizează (Nu;  $N = 253$ ), în ceea ce privește o serie de variabile psihologice relevante pentru calitatea vieții, adaptarea academică, sănătatea emoțională și mecanismele de coping.

### ***Calitatea vieții și scalele satisfacției față de calitatea vieții, SCV / coping (QOLI și SCV)***

Datele din tabelul A13.9 denotă că: - utilizatorii percep o calitate a vieții mai ridicată; Orientare profesională mai clară; Percepție mai pozitivă asupra propriei sănătăți; Relaționare interpersonală mai satisfăcătoare; Percepția suportului social este mai ridicată; Atitudine mai pozitivă față de viitor; Stabilitate emoțională mai bună; Coping global mai adaptiv.

Utilizatorii de arome au raportat scoruri semnificativ mai mari la **Quality of Life Inventory (QOLI)** și la multiple dimensiuni din **Scala de Coping și Valori (SCV)** (sănătate, suport social, optimism, echilibru psihic). Acest pattern sugerează că, în context studentesc, utilizarea aromelor poate fi asociată cu o percepție mai pozitivă a vieții și o mai bună integrare a resurselor de coping. Din perspectivă psihologică, acest efect poate fi explicat prin rolul aromelor ca mecanism compensator sau factor de autoreglare emoțională (de ex., reducerea stresului perceput, creșterea sentimentului de relaxare). Totuși, trebuie subliniat că relația este corelațională: nu utilizarea în sine determină creșterea calității vieții, ci mai degrabă studenții cu o percepție mai pozitivă ar putea fi mai predispuși să recurgă la astfel de practici de autoreglare.

### ***Adaptare personală și integrare / comunicare academică (MLO-AM și AMS)***

La nivelul adaptabilității și al integrării în mediul academic, rezultatele evidențiază valori mai ridicate la utilizatorii de arome pentru: - Integrare mai bună în rețele sociale (AMS – Nevoi sociocomunicative); - Interacțiuni mai armonioase cu mediul (AMS – Nevoi ecosociale); - Percepția resurselor economice mai favorabilă (AMS – Nevoi socioeconomice); - Relații academice percepute ca mai eficiente (AMS – Comunicare cu cadre didactice); Direcție profesională mai clară (AMS – Identificare profesională); Implicare mai bună în dezvoltarea academică (AMS – Formare profesională). Variabilele MLO-AM (potențial de adaptare, stabilitate neuro-psihică, comunicare) nu au atins pragul de semnificație, dar unele au prezentat tendințe marginale ( $p \approx 0.05-0.06$ ).

În ceea ce privește *Scala de Adaptare la Mediul Studențesc* (AMS), utilizatorii au raportat scoruri superioare la satisfacerea nevoilor sociocomunicative, ecosociale, profesionale și de comunicare cu cadrele didactice. Aceasta sugerează că grupul utilizatorilor percepe o integrare mai eficientă în rețelele sociale și academice și o orientare mai clară spre obiective profesionale.

Interpretarea psihologică poate fi ancorată în teoriile motivației academice (Deci & Ryan, 2000), unde satisfacerea nevoilor de autonomie, competență și relaționare susține adaptarea și performanța [113]. Posibil, utilizarea aromelor funcționează ca un ritual contextual de apartenență sau de relaxare în interacțiuni sociale, facilitând sentimentul de integrare.

### ***Anxietate și flexibilitate (STAI, Glass, Alpert-Haber, ASQ)***

Rezultatele pentru variabilele anxietate și flexibilitate, identificate cu instrumentele psihometrice STAI, Glass, Alpert-Haber, ASQ, sunt prezentate în tabelul A13.9. Rezultatele denotă niveluri mai reduse de anxietate situațională la utilizatori (STAI-X1 – Anxietate de stare); manifestări ale anxietății negative mai scăzute (Glass – Anxietate negativă); simptome somatice de anxietate mai puține (ASQ – Dimensiune somatică); anxietatea academică globală mai redusă (ASQ – Scor general). Variabile fără diferențe sunt: STAI-X2 (anxietate de trăsătură), Glass (anxietate pozitivă), Alpert-Haber (facilitatoare/împiedicătoare), ASQ (comportamentală, cognitivă), test adaptabilitate/flexibilitate.

Astfel, rezultatele evidențiază un profil diferențiat între cele două grupuri: 1) Studenții utilizatori de arome raportează: - Niveluri mai ridicate de calitate a vieții și coping adaptiv; - Satisfacerea mai bună a nevoilor academice și sociale; - Niveluri mai reduse de anxietate de stare, anxietate negativă și simptome somatice de anxietate. 2) Studenții non-utilizatori prezintă scoruri relativ mai ridicate la anxietatea situațională și școlară globală, dar fără diferențe în anxietatea de trăsătură sau în subscalele facilitatoare. Astfel, rezultatele obținute evidențiază o serie de diferențe semnificative între studenții care utilizează arome și cei care nu utilizează, cu implicații relevante pentru bunăstarea psihologică și adaptarea academică.

Rezultatele indică niveluri mai reduse de anxietate de stare (STAI-X1), anxietate negativă (Glass) și simptome somatice de anxietate (ASQ) la utilizatori. Acest pattern poate fi interpretat ca un efect protector moderat al aromelor asupra sănătății emoționale. Totuși, anxietatea de trăsătură (STAI-X2) și alte subscale (ASQ cognitivă, comportamentală, anxietate facilitatoare/împiedicătoare) nu au prezentat diferențe semnificative. Aceasta indică faptul că utilizarea aromelor nu modifică predispozițiile stabile către anxietate, ci poate influența doar experiențele situaționale de stres și manifestările acute.

Conform literaturii privind *aromaterapia și autoreglarea emoțională* (Herz, 2009; Moss, 2010) [149], stimulii olfactivi pot influența direct sistemul limbic, ceea ce ar explica reducerea anxietății acute și percepția unei relaxări mai rapide. În același timp, utilizarea aromelor în produse

precum țigările electronice poate fi asociată și cu *efecte placebo* sau cu ritualuri de relaxare social acceptate.

*Aspecte fără diferențe semnificative.* Absența diferențelor în variabile precum autocontrolul, stările emoționale specifice, anxietatea de trăsătură sau flexibilitatea adaptativă indică faptul că utilizarea aromelor nu influențează în mod uniform toate dimensiunile psihologice. Acest rezultat subliniază caracterul selectiv și context-dependent al efectului, care poate fi puternic în anumite domenii (coping, anxietate de stare) și absent în altele. Utilizarea aromelor este corelată cu o percepție mai bună a calității vieții, satisfacerea nevoilor academice și reducerea anxietății situaționale. Aceste efecte pot sprijini adaptarea psihologică în perioada studenției, caracterizată de multiple tranziții și stres academic. În sinteză, utilizarea aromelor pare a fi asociată cu avantaje psihologice selective – mai ales în domeniul coping-ului și anxietății situaționale.

În cele ce urmează vom argumenta în ce măsură utilizarea sau non-utilizarea uleiurilor esențiale poate fi considerat un factor de ordin psihosocial. În primul rând, utilizarea sau non-utilizarea uleiurilor esențiale poate fi interpretată ca un factor de ordin psihosocial în măsura în care reflectă interacțiunea dintre procesele psihice individuale și influențele sociale, culturale și comportamentale care modelează alegerile legate de sănătate și bunăstare. Dimensiunea psihosocială implică nu doar efectele directe ale unei practici (în acest caz, aromaterapia), ci și semnificațiile atribuite acesteia, contextul social al utilizării și mecanismele de coping asociate.

Din perspectivă psihologică, utilizarea uleiurilor esențiale este frecvent asociată cu strategii de autoreglare emoțională. Persoanele cu anxietate pot recurge la aromaterapie ca metodă complementară de reducere a stresului, bazându-se pe efectele percepute ale anumitor mirosuri (de exemplu, lavanda sau bergamota) asupra stării afective. Studiile recente (Koulivand et al., 2013; Conrad și Adams, 2012) indică faptul că aromaterapia poate avea efecte moderate asupra reducerii simptomelor anxioase, în special prin mecanisme de relaxare și condiționare psihologică [107; 166]. Astfel, utilizarea acestor uleiuri devine un indicator al stilului de coping și al nivelului de conștientizare a propriei sănătăți mentale.

Pe de altă parte, non-utilizarea uleiurilor esențiale poate reflecta alte variabile psihosociale: scepticismul față de terapiile alternative, nivelul de educație, accesul la informație sau influențele culturale. De ex., în anumite medii (urbane, cu nivel educațional ridicat), utilizarea aromaterapiei poate fi mai frecventă datorită expunerii la tendințe de wellness, în timp ce în alte contexte poate fi absentă sau percepută ca nevalidată științific.

Componenta socială este esențială: alegerea de a utiliza sau nu uleiuri esențiale este influențată de norme culturale, modele familiale și discursuri sociale despre sănătate. În studiile comparative între România și Republica Moldova, aceste diferențe pot evidenția rolul culturii în adoptarea comportamentelor de sănătate. De asemenea, variabile precum genul sau vârsta pot

influența utilizarea, femeile și tinerii fiind, conform literaturii, mai predispuși la adoptarea terapiilor complementare. În cadrul tezei date, includerea variabilei „utilizarea uleiurilor esențiale” este relevantă deoarece aceasta poate funcționa ca un indicator indirect al resurselor de coping, al orientării către sănătate și al integrării sociale în anumite subculturi de wellness. Mai mult, corelarea acestei variabile cu diagnosticul de anxietate sau performanța academică poate evidenția relații semnificative între comportamentele de autoreglare și funcționarea psihosocială. Perspectivele viitoare de cercetare ar putea include studii longitudinale care să analizeze dacă utilizarea constantă a aromaterapiei produce schimbări durabile în adaptabilitatea psihosocială sau dacă efectele sunt predominant placebo sau contextuale.

#### **7. Diferențe pentru eșantionul cercetării în funcție de criteriul *tipuri de uleiuri esențiale utilizate (lavandă / bergamotă / ylang-ylang / mai multe tipuri / altele / nu se utilizează)***

Analiza comparativă a variabilelor psihologice în funcție de criteriul *tipuri de uleiuri esențiale utilizate (lavandă / bergamotă / ylang-ylang / mai multe tipuri / altele / nu se utilizează)*, a fost realizată cu ajutorul ANOVA unidirecțională și teste post-hoc. Analiza urmărește identificarea diferențelor semnificative statistice între studenții care utilizează diverse tipuri de uleiuri esențiale (lavandă, bergamotă, ylang-ylang, combinații multiple, altele) și cei care nu utilizează, în ceea ce privește variabile psihologice asociate cu adaptarea, reziliența și sănătatea emoțională. Metodologie statistică: Test utilizat: ANOVA unidirecțională; Compararea grupurilor: Lavandă (N=61), Bergamotă (N=12), Ylang-Ylang (N=9), Mai multe (N=32), Altele (N=2), Nu (N=302); Testele post-hoc: Tukey HSD și Bonferroni; Nivel de semnificație:  $p < 0.05$ ; Statistici raportate: mediile grupurilor, valoarea F, p-value, diferențe post-hoc, interpretare psihologică; Criteriu de includere: doar variabilele cu diferențe semnificative statistice ( $p < 0.05$ ) sunt detaliate, restul menționate ca ne semnificative.

#### ***Calitatea vieții și scalele satisfacției față de calitatea vieții, SCV / coping (QOLI și SCV)***

Deși nu au fost identificate diferențe semnificative pentru scorul general QOLI ( $p = 0.335$ ) sau majoritatea subscalelor SCV, dimensiunea optimism a relevat diferențe semnificative. Deci, datele din tabelul A13.10 denotă că utilizatorii de ylang-ylang și bergamotă manifestă un optimism mai ridicat, asociat cu efectele euforizante și relaxante ale acestor uleiuri (SCV.O – Optimism) - diferențe post-hoc (Ylang-Ylang > Nu ( $p=0.010$ ); Ylang-Ylang > Lavandă ( $p=0.048$ )).

#### ***Adaptabilitate și flexibilitate (MLO-AM și AMS)***

La nivelul adaptabilității și al flexibilității, pentru studenții care utilizează diverse tipuri de uleiuri esențiale (lavandă, bergamotă, ylang-ylang, combinații multiple, altele) și cei care nu utilizează rezultatele evidențiază că: - utilizarea simultană a mai multor uleiuri se asociază cu o reziliență mai ridicată, posibil prin efecte cumulative de relaxare și energizare

(Adaptabilitate/Flexibilitate (MLO-AM)).

### ***Anxietate și stări emoționale (STAI, Glass, Alpert-Haber, ASQ)***

La componenta anxietate și stări emoționale (Tabelul A13), pentru studenții care utilizează diverse tipuri de uleiuri esențiale (lavandă, bergamotă, ylang-ylang, combinații multiple, altele) și cei care nu utilizează rezultatele evidențiază că: - utilizatorii de ylang-ylang prezintă un nivel crescut de anxietate facilitatoare, asociată cu motivația și mobilizarea resurselor în contexte academice (GlassAP – Anxietate pozitivă); - utilizatorii de lavandă manifestă o toleranță superioară la stres, aliniată cu efectele relaxante demonstrate clinic ale acestui ulei (Stog – Toleranță la stres).

*Variabile fără diferențe semnificative.* Nu s-au observat diferențe în: QOLI ( $p=0.335$ ); SCV (ex. carieră, sănătate, suport social, stări emoționale); AMS (ex. nevoi sociocomunicative, profesionale, formare, management timp); MLO-AM (potențial de adaptare, stabilitate neuro-psihică); STAI-X1 și X2 (anxietate de stare și trăsătură); Glass – Anxietate negativă; Alpert-Haber; ASQ (dimensiuni somatică, cognitivă, comportamentală). Aceste rezultate sugerează că impactul utilizării uleiurilor esențiale este selectiv și nu se extinde uniform asupra tuturor constructelor psihologice.

De altfel, rezultatele indică o influență modestă, dar selectivă a utilizării uleiurilor esențiale asupra unor dimensiuni psihologice:

- Optimismul și anxietatea pozitivă sunt mai ridicate la utilizatorii de ylang-ylang și bergamotă, confirmând literatura privind efectele anxiolitice și euforizante ale acestor uleiuri.
- Toleranța la stres este superioară la utilizatorii de lavandă, în concordanță cu studiile clinice care arată efecte relaxante ale compușilor volatili (ex. linalool).
- Adaptabilitatea/flexibilitatea este mai mare la cei care utilizează combinații de uleiuri, sugerând un posibil efect cumulativ asupra reglării emoționale.

Totuși, absența diferențelor în majoritatea variabilelor (QOLI, SCV general, STAI, ASQ) sugerează că efectele aromaterapiei sunt specifice unor domenii emoționale și contextuale, nu generalizabile la întreaga paletă a funcționării psihologice. Referindu-ne la implicațiile psihologice indicăm faptul că rezultatele susțin rolul complementar al aromaterapiei în reglarea emoțională și reducerea stresului, dar nu ca substitut pentru intervențiile psihologice validate. Astfel, studenții care utilizează uleiuri esențiale ar putea beneficia de o percepție mai pozitivă a stresului și de resurse suplimentare de coping în context academic. În cazul dat limitările (dimensiuni inegale de eșantion, design transversal, auto-raportare) impun precauție în generalizare și recomandă studii longitudinale și randomizate pentru confirmarea cauzalității.

## 2.6. Relația calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietate

În teză am avut drept obiectiv determinarea relației calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietatea la studenți. Pentru realizarea acestui obiectiv am analizat toate variabilele conform instrumentelor psihometrice valorificate în lucrare: calitatea vieții / bunăstarea subiectivă (*Inventarul Calității Vieții (Quality of Life Inventory) – QOLI, (Michael B. Frisch)*); satisfacția în viață / scale de coping și valori (*Chestionarul de evaluare a satisfacției față de calitatea vieții / Scala de Coping și Valori (SCV) (Elliot R.S., adaptat de N. Vodopyanova)*); adaptabilitatea psihosocială (*Chestionarul Adaptabilitate, MLO-AM (A.G. Maklakov, S.V. Chermyanin)*), adaptare la mediul studentesc - AMS / motivația academică (*Chestionarul de adaptare la mediul studentesc și solicitările academic (AMSSA) / AMS, (S. Rusnac și colab.)*); adaptabilitate / flexibilitate (*Testul Adaptabilitate / flexibilitate (A. Chelcea)*); anxietatea stare /anxietatea trăsătură (*Inventarul de Anxietate Stare – Trăsătură STAI / State-Trait Anxiety Inventory (STAI; X1 și X2) (Spielberger)*); (*STAI, ASQ, Glass, Alpert*); anxietatea pozitivă / anxietatea negativă (*Testul de autoevaluare a gândurilor în interacțiunile sociale (elaborat de Glass și colab.) / Scala Glass de anxietate*); anxietatea facilitatoare / anxietatea împiedicătoare (*Chestionarul de evaluare a anxietății academice (Alpert-Harber)*) și anxietatea ASQ (*Chestionarul ASQ pentru evaluarea anxietatii / Anxiety Scale Questionnaire (ASQ) (Lehrer și Woolfolk)*).

Ipoteză / Clarificare: identificarea corelațiilor calității vieții, adaptabilității psihosociale și anxietății personalității cu toate variabilele: calitatea vieții / bunăstarea subiectivă – QOLI; satisfacția în viață / scale de coping și valori - SCV; adaptabilitatea psihosocială - MLO-AM, adaptare la mediul studentesc / motivația academică - AMS; adaptabilitate / flexibilitate - Chelcea; anxietatea stare /anxietatea trăsătură - STAI; anxietatea pozitivă / anxietatea negativă - Glass; anxietatea facilitatoare / anxietatea împiedicătoare – Alpert; anxietatea - ASQ.

În scopul prezentării analizei corelațiilor calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietatea la studenți vom prezenta unele considerații metodologice. Analiza de față utilizează corelații Pearson pentru a examina relațiile bivariabile între principalele constructe psihologice investigate: calitatea vieții (QOLI), satisfacția în viață (SCV), adaptabilitatea psihologică (MLO-AM), motivația academică (AMS) și anxietatea (STAI, ASQ, Glass, Alpert).

Eșantionul a fost compus din 420 de participanți, iar datele au fost analizate prin procedura *pairwise*, tratând lipsurile ca *missing values excluded* și aplicând teste bidirecționale (*two-tailed*). Nivelul de semnificație a fost setat la  $p < 0,01$  pentru relevanță ridicată. Coeficienții Pearson ( $r$ ) au fost interpretați conform convenției **Cohen**:  $r < 0,30$ : *efect slab*;  $0,30 \leq r < 0,50$ : *efect moderat*;  $r \geq 0,50$ : *efect puternic* [47].

### Corelații între calitatea vieții și satisfacția cu viața

Calitatea vieții (măsurată prin **Quality of Life Inventory – QOLI**) se corelează semnificativ pozitiv cu toate subscalele din **SCV – Satisfacția cu Viața**, sugerând că percepția pozitivă asupra vieții este asociată cu satisfacția în domenii esențiale (carieră, familie, sănătate, aspirații).

**Tabelul 2.20. Corelații semnificative ale calității vieții cu subscalele din SCV – Satisfacția cu viața**

Pereche de variabile	R	P	Interpretare
QOLI – SCV_Scor general	.580**	< .01	Corelație puternică
QOLI – SCV_Aspirații (SCV.Apr)	.544**	< .01	Moderată
SCV_Sg – SCV.Apr	.677**	< .01	Puternică

Aceste asocieri reflectă modelul lui *Diener privind bunăstarea subiectivă*, în care satisfacția globală este determinată de evaluarea pozitivă a domeniilor importante ale vieții. Un scor QOLI ridicat este asociat cu un scor ridicat la SCV\_Sg și SCV.Apr, sugerând că indivizii care declară un nivel mai înalt de satisfacție cu viața în general și care percep că își ating aspirațiile personale, tind să aibă o percepție pozitivă generală asupra calității vieții. Aceste constatări sunt în deplină concordanță cu modelul bunăstării subiective propus de Ed. Diener [118; 119], care subliniază că satisfacția cu viața este una dintre cele trei componente centrale ale bunăstării (alături de afectul pozitiv și afectul negativ). Conform acestui model, indivizii își evaluează nivelul de satisfacție prin compararea situației actuale cu propriile standarde, valori și aspirații. Corelația puternică între SCV\_Sg și SCV.Apr ( $r = .677, p < .01$ ) indică faptul că realizarea aspirațiilor personale este un factor determinant al satisfacției generale, fapt susținut de literatura în domeniu, care argumentează că congruența dintre valorile personale și realizările percepute este esențială pentru menținerea unei stări de bine psihologice durabile.

Aceste corelații sugerează că: - Percepția calității vieții (QOLI) este strâns legată de modul în care individul evaluează diferite domenii de viață, dar mai ales de gradul de realizare al aspirațiilor personale; - Satisfacția cu viața, în sens general, reflectă nu doar o evaluare retrospectivă a realizărilor, ci și o evaluare prospectivă a progresului în direcția idealurilor personale; - Intervențiile psihologice care vizează identificarea și clarificarea valorilor și obiectivelor personale ar putea contribui la creșterea satisfacției cu viața și a bunăstării subiective.

Datele empirice confirmă existența unei rețele relaționale solide între bunăstarea subiectivă și satisfacția cu viața. Corelațiile moderate și puternice indică faptul că cele două constructe, deși conceptual distincte, funcționează împreună ca indicatori ai stării de bine psihologice. Evaluarea acestor dimensiuni în rândul populației studiate oferă o perspectivă valoroasă asupra factorilor subiectivi care contribuie la adaptarea și funcționarea eficientă în context academic și social.

#### **Corelații între adaptabilitate psihologică (MLO-AM) și alte variabile**

*Descrierea instrumentului MLO-AM.* Adaptabilitatea psihologică a fost evaluată utilizând **Modulul de Adaptabilitate al chestionarului Multilevel Personality Questionnaire (MLO-**

**AM**), o scală compozită ce cuprinde mai multe dimensiuni ale funcționării adaptative ale individului în fața schimbării, incertitudinii și provocărilor de mediu. Subscalele relevante incluse în analiză sunt: MLOAMPPA – *Potențial personal de adaptare*; MLOAMSNP – *Stabilitate neuro-psihică*; MLOAMCC – *Capacitatea de comunicare constructivă*. Aceste dimensiuni reflectă componente centrale ale rezilienței, reglării emoționale și funcționării psihosociale adaptative, conform teoriilor moderne ale copingului și ale personalității funcționale.

În tabelul 2.21 sunt prezentate corelațiile semnificative ale Adaptabilității, MLO-AM cu subscalele și SCV – Satisfacția cu Viața, scor general (SCV\_Sg).

**Tabelul 2.21. Corelații semnificative ale Adaptabilității, MLO-AM cu subscalele și SCV – Satisfacția cu Viața, scor general (SCV\_Sg)**

Pereche de variabile	R	P	Interpretare
MLOAMPPA – MLOAMSNP	.880**	< .01	<i>Corelație puternică</i> ; stabilitatea neuro-psihică susține adaptarea
MLOAMPPA – SCV_Sg	.470**	< .01	Adaptabilitatea susține satisfacția
MLOAMCC – MLOAMSNP	.399**	< .01	Comunicare și stabilitate psihologică

Scala MLO-AM (Multilevel Personality Questionnaire – Adaptability Module) evidențiază o coerență internă ridicată între subscalele sale: Potențial personal de adaptare (MLOAMPPA) și stabilitatea neuro-psihică (MLOAMSNP) - stabilitatea neuro-psihică susține adaptarea. Aceste rezultate sugerează că reziliența psihologică și capacitatea de adaptare la schimbare acționează ca factori protectori ai bunăstării și satisfacției, în conformitate cu modelele de resurse personale și coping. Analiza corelațiilor Pearson a indicat relații puternice și semnificative statistic între componentele interne ale MLO-AM, dar și legături relevante cu alte variabile psihologice din studiu. Interpretare psihologică conturează următoarele secvențe:

**a) Coerența internă a adaptabilității psihologice**

Corelația extrem de ridicată între MLOAMPPA și MLOAMSNP ( $r = .880, p < .01$ ) indică o coerență internă foarte bună a scalei MLO-AM. Aceasta sugerează că percepția de control emoțional și stabilitate neuro-psihică este strâns legată de capacitatea subiectivă de adaptare la situații dificile sau schimbări. Această constatare este congruentă cu literatura de specialitate, care descrie stabilitatea emoțională drept un fundament esențial al adaptării eficiente. De exemplu, indivizii cu un nivel ridicat de neuroticism (opusul stabilității) tind să aibă dificultăți în gestionarea schimbărilor și manifestă reactivitate crescută la stres.

**b) Legătura dintre adaptabilitate și satisfacția cu viața**

Corelația pozitivă moderat-puternică dintre MLOAMPPA și SCV\_Scor general ( $r = .470, p < .01$ ) arată că persoanele mai adaptabile tind să fie mai satisfăcute cu propria viață. Acest rezultat susține ipoteza conform căreia resursele psihologice personale, cum ar fi flexibilitatea cognitivă,

autoreglarea și reziliența, contribuie la o stare de bine psihologică generală. Acest rezultat poate fi explicat în cadrul modelului de tip resurse și vulnerabilități (Masten & Reed, 2002), conform căruia factorii protectori interni, precum capacitatea de adaptare, moderează impactul evenimentelor negative și facilitează menținerea unei evaluări pozitive a propriei vieți.

### ***c) Rolul comunicării în susținerea stabilității psihologice***

Corelația între capacitatea de comunicare constructivă (MLOAMCC) și stabilitatea neuro-psihică (MLOAMSNP) ( $r = .399$ ,  $p < .01$ ) sugerează că abilitățile socio-comunicative (ex. exprimarea emoțiilor, negocierea conflictelor, solicitarea de sprijin) sunt asociate cu reglarea eficientă a emoțiilor și cu o funcționare psihologică echilibrată. Aspectul dat este susținut de teoria inteligenței emoționale (Mayer & Salovey, 1997), potrivit căreia competențele sociale și comunicative contribuie la homeostazia emoțională și, implicit, la adaptare eficientă în medii sociale complexe, cum ar fi cel academic sau profesional [178; 179].

Referindu-ne la implicațiile teoretice și aplicative subliniem că: - Adaptabilitatea psihologică poate fi conceptualizată ca o trăsătură complexă și multifactorială, care implică reglare emoțională, competențe sociale și flexibilitate cognitivă; - Legătura consistentă cu satisfacția de viață sugerează că intervențiile psihologice care cultivă adaptabilitatea (ex. prin tehnici de coping, mindfulness, dezvoltarea abilităților sociale) pot avea un impact pozitiv indirect asupra bunăstării subiective; - Coerența internă a subscalei MLO-AM validează această scală ca un instrument util în cercetare și intervenție, mai ales în context educațional sau organizațional, unde capacitatea de adaptare este esențială pentru performanță și sănătate mintală. În concluzie indicăm că rezultatele susțin ipoteza conform căreia *adaptabilitatea psihologică este un factor central al funcționării psihologice optime, interconectat atât cu stabilitatea internă (reglarea emoțiilor), cât și cu evaluarea pozitivă a propriei vieți*. Astfel, aceasta poate fi considerată o resursă transversală care favorizează reziliența în fața stresorilor, satisfacția personală și implicarea academică.

### **Motivația academică și corelațiile cu alte dimensiuni**

În tabelul 2.22 sunt prezentate corelațiile semnificative ale motivației academice cu scalele sale și calitatea vieții.

**Tabelul 2.22. Corelații semnificative ale motivației academice cu calitatea vieții**

Pereche de variabile	R	P	Interpretare / Observație
AMS3a – AMS3b	.565**	< .01	Motivația de formare corelată cu identificarea profesională
AMS1a – AMS2a	.444**	< .01	Nevoi sociale și comunicative
AMS3b – QOLI	.471**	< .01	Motivația profesională corelată cu calitatea vieții

Scala AMS – Academic Motivation Scale (bazată pe teoria autodeterminării – SDT) a evidențiat corelații moderate între motivația intrinsecă și identificarea profesională, dar și legături semnificative cu satisfacția și calitatea vieții. Aceste date validează ipotezele SDT, potrivit cărora

motivația autonomă susține atât angajamentul academic, cât și calitatea vieții / bunăstarea psihologică.

### **Corelații între anxietate și alte componente: Anxietatea ca trăsătură și stare (STAI)**

În continuare prezentăm corelațiile semnificative ale anxietății ca trăsătură și stare (STAI) (Tabelul 2.23) și alte constructe.

**Tabelul 2.23. Corelații semnificative ale anxietății ca trăsătură și stare (STAI) și alte componente**

Pereche de variabile	R	P	Interpretare / Observație
STAI_X1 – STAI_X2	.794**	< .01	Corelație puternică; anxietate stabilă
ASQ_Scor General – STAI_X2	.516**	< .01	Corelație moderată; simptome și trăsături anxioase

#### **a) Legătura între anxietatea de stare și trăsătură (STAI\_X1 – STAI\_X2)**

Corelația puternică între STAI\_X1 (stare) și STAI\_X2 (trăsătură) ( $r = .794$ ,  $p < .01$ ) indică faptul că, în acest eșantion, anxietatea de moment este puternic influențată de predispoziția generală spre reacții anxioase. Cu alte cuvinte, indivizii care prezintă trăsături anxioase accentuate tind să manifeste și episoade acute de anxietate în situații cu potențial stresant, cum ar fi contexte academice sau evaluative. Această constatare este susținută de modelul propus de Spielberger et al. (1983), care afirmă că trăsătura de anxietate (trait anxiety) funcționează ca o predispoziție de a răspunde cu anxietate de stare (state anxiety) în fața stimulilor percepuți ca amenințatori [216]. Astfel, scorurile ridicate la ambele dimensiuni reflectă un profil anxios stabil, asociat cu vulnerabilitate psihologică și dificultăți de reglare emoțională.

#### **b) Relația între simptomele de anxietate și trăsătura anxioasă (ASQ\_SG – STAI\_X2)**

Corelația pozitivă moderată între ASQ\_SG și STAI\_X2 ( $r = .516$ ,  $p < .01$ ) susține ipoteza conform căreia *simptomele subiective de anxietate, raportate în ASQ, sunt congruente cu predispoziția globală de a experimenta anxietate*. ASQ include itemi care măsoară simptome cognitive (ruminație, anticipare negativă), simptome somatice (tensiune musculară, palpitații) și comportamente evitante, toate fiind frecvent asociate cu o trăsătură anxioasă ridicată. Acest rezultat confirmă validitatea convergentă între cele două instrumente și reflectă o concordanță între autoevaluarea trăsăturii (STAI\_X2) și manifestările simptomatice actuale (ASQ). Din perspectivă teoretică aceste rezultate sunt congruente cu teoriile moderne privind vulnerabilitatea anxioasă și diateza stresului. Potrivit acestor modele (Barlow, 2002; Clark & Beck, 2010). Acestea indică faptul că anxietatea ca trăsătură reflectă o hipersensibilitate la pericol, o toleranță scăzută la incertitudine și o tendință de procesare negativă a stimulilor. Anxietatea de stare este activată mai ușor la persoanele cu trăsătură anxioasă ridicată, mai ales în contexte evaluative sau competitive (ex. examen, interviu, prezentare publică). Simptomele anxioase (ex. în ASQ) sunt expresii

fenomenologice ale activării sistemului de răspuns la pericol, în funcție de vulnerabilitatea trăsăturii [86; 102]. Rezultatele confirmă faptul că anxietatea este un construct stabil și predictiv, având atât o componentă trăsătură, cât și manifestări simptomatice. Relațiile puternice dintre STAI\_X1, STAI\_X2 și ASQ indică faptul că aceste instrumente sunt sensibile la identificarea profilurilor de vulnerabilitate emoțională și pot ghida intervențiile clinice și educaționale.

**Anxietatea în interacțiunile sociale / vorbirea publică (Glass) și anxietatea trăsătură, anxietatea academică**

În continuare prezentăm corelațiile semnificative ale anxietății în interacțiunile sociale / vorbirea publică (Glass) și anxietatea trăsătură, anxietatea academică (AMS3a - Satisfacerea necesităților de identificare profesională) (Tabelul 2.24)

**Tabelul 2.24. Corelații semnificative ale anxietății în interacțiunile sociale și anxietatea trăsătură, anxietatea academică**

Pereche de variabile	R	P	Interpretare / Observație
Glass_AN – STAI_X2	.624**	< .01	Anxietatea negativă în vorbire corelată cu trăsătura anxioasă
Glass_AP – AMS3a	.303**	< .01	Anxietatea facilitatoare corelată pozitiv cu motivația profesională

**a) Anxietatea negativă (Glass\_AN) și trăsătura anxioasă (STAI\_X2)**

Corelația puternică între Glass\_AN și STAI\_X2 ( $r = .624, p < .01$ ) sugerează că persoanele cu un nivel ridicat de anxietate ca trăsătură sunt mai predispuse la gânduri disfuncționale și auto-critice în situații de interacțiuni sociale / vorbire publică. Acest rezultat indică faptul că anxietatea specifică performanțelor sociale (o formă de anxietate situațională) este profund influențată de predispoziția generală spre răspunsuri anxioase. Astfel, anxietatea în vorbirea publică poate fi conceptualizată ca un domeniu de manifestare a trăsăturii anxioase la nivel situațional. Această relație este în acord cu teoriile cognitive ale anxietății sociale (Clark & Wells, 1995), care subliniază rolul gândurilor negative automate și al auto-monitorizării excesive în amplificarea anxietății sociale [103].

**b) Anxietatea facilitatoare (Glass\_AP) și motivația profesională (AMS3a)**

Corelația pozitivă dintre Glass\_AP și AMS3a ( $r = .303, p < .01$ ) sugerează că o anumită doză de activare emoțională percepută ca utilă este asociată cu niveluri mai ridicate de motivație identificată – componentă a motivației autonome în cadrul teoriei autodeterminării (SDT). Cu alte cuvinte, persoanele care interpretează anxietatea de vorbire ca fiind motivatoare sau utilă tind să aibă o motivație academică mai profundă, ghidată de scopuri personale și de valorizarea procesului de formare profesională. Acest tip de anxietate funcțională este considerat facilitator de performanță în literatura psihologică (Yerkes & Dodson, 1908; Eysenck et al., 2007), întrucât stimulează vigilența și mobilizează resurse cognitive în scopul atingerii obiectivelor relevante.

Aceste rezultate, din punct de vedere a integrării teoretice evidențiază dualitatea anxietății în vorbirea publică și confirmă importanța distincției dintre: - *Anxietatea debilitantă* – caracterizată prin cogniții negative, frică anticipatorie și evitare; asociată cu trăsătura generală de anxietate; - *Anxietatea facilitatoare* – caracterizată prin interpretări pozitive ale activării fiziologice; asociată cu motivație autonomă și performanță crescută. Distincția dată este esențială pentru dezvoltarea unor intervenții diferențiate, care să urmărească: - restructurarea cognitivă și reducerea auto-verbalizărilor negative (în cazul anxietății debilitante), respectiv cultivarea percepției pozitive a activării (în cazul anxietății facilitatoare). În concluzie, datele susțin conceptualizarea anxietății în vorbirea publică ca un construct bidimensional, cu implicații diferențiate asupra funcționării academice și emoționale. În timp ce componenta negativă este asociată cu vulnerabilitate generală (trăsătura anxioasă), componenta pozitivă este corelată cu motivația profesională și poate avea un efect potențial adaptativ.

### **Anxietatea de realizare (Alpert) / Scala Alpert-Haber de anxietate facilitatoare/împiedicătoare și calitatea vieții**

În continuare prezentăm corelațiile semnificative ale anxietății de realizare / Scala Alpert-Haber de anxietate facilitatoare/împiedicătoare și anxietatea trăsătură, anxietatea academică (AMS3a - Satisfacerea necesităților de identificare profesională) (Tabelul 2.25).

**Tabelul 2.25. Corelații semnificative ale anxietății debilitante și motivația extrinsecă; a anxietății facilitatoare cu calitatea vieții**

Pereche de variabile	R	P	Interpretare / Observație
Alpert_Deb – AMS3c	-.166**	< .01	Anxietatea debilitantă corelată negativ cu motivația externă
Alpert_Fac – QOLI	.004	= .934	Nesemnificativă; anxietatea facilitatoare nu influențează bunăstarea

#### **a) Anxietatea debilitantă și motivația extrinsecă (Alpert\_Deb – AMS3c)**

Corelația negativă, deși slabă, între anxietatea debilitantă și dimensiunea extrinsecă a motivației academice (AMS3c – motivația bazată pe recompense externe și presiuni) ( $r = -.166$ ,  $p < .01$ ) indică faptul că persoanele care resimt un nivel ridicat de anxietate inhibitoare în fața realizărilor tind să manifeste un nivel mai scăzut de motivație externă. Acest rezultat poate părea contraintuitiv, întrucât anxietatea este adesea asociată cu presiunea de a performa. Totuși, în contextul anxietății debilitante, este posibil ca indivizii să se retragă psihologic din sarcinile academice percepute ca amenințătoare, reducând astfel și implicarea motivată extrinsec. Această dinamică poate fi explicată prin teoria autoevaluării negative (Sarason, 1984), [212] conform căreia persoanele cu anxietate debilitantă dezvoltă strategii de evitare și dezangajare pentru a se proteja de eșec anticipat, chiar și atunci când există motivații extrinseci puternice.

#### **b) Anxietatea facilitatoare și calitatea vieții (Alpert\_Fac – QOLI)**

Lipsa unei corelații semnificative între Alpert\_Fac și QOLI ( $r = .004$ ,  $p = .934$ ) indică faptul că percepția anxietății ca fiind utilă sau mobilizatoare în realizarea obiectivelor nu influențează direct nivelul de calitate a vieții / bunăstare generală. Acest rezultat este notabil, deoarece deși anxietatea facilitatoare poate sprijini performanța, ea nu pare să fie asociată cu o percepție subiectivă crescută a calității vieții. Posibil, anxietatea – chiar și în forma ei „funcțională” – este totuși o stare de activare psihofiziologică care nu contribuie direct la confortul emoțional, chiar dacă poate sprijini performanța pe termen scurt. Astfel, anxietatea facilitatoare poate funcționa ca un mecanism tranzitoriu de mobilizare în sarcini specifice, dar nu este o sursă de satisfacție globală sau de echilibru emoțional. Din perspectivă teoretică aceste rezultate se încadrează în cadrul teoriei procesării informației în anxietate (Wine, 1971; Eysenck et al., 2007), care face distincție între: - *Anxietatea debilitantă* – interferează cu resursele cognitive necesare performanței și reduce motivația; - *Anxietatea facilitatoare* – poate spori vigilența și pregătirea, dar efectele sale se manifestă mai ales în sfera performanței, nu neapărat în bunăstare sau motivație de durată. De asemenea, conform teoriei autodeterminării (Deci & Ryan, 2000) [116], motivația autonomă (bazată pe valori personale și sens) este asociată cu bunăstare, în timp ce motivația controlată (extrinsecă) este mai vulnerabilă în fața anxietății, ceea ce susține rezultatul negativ între Alpert\_Deb și AMS3c. Sumarizând aici se poate indica că analiza anxietății de realizare indică o diferență funcțională clară între componentele debilitantă și facilitatoare. În timp ce anxietatea debilitantă interferează negativ cu motivația extrinsecă, componenta facilitatoare nu pare să aibă un impact direct asupra bunăstării. Aceasta susține ideea că anxietatea poate avea efecte ambivalente și că interpretarea sa subiectivă este determinantă pentru implicațiile psihologice.

### **Simptome de anxietate (ASQ) și calitatea vieții**

În continuare prezentăm corelațiile semnificative ale anxietății ASQ și calitatea vieții (Tabelul 2.26).

**Tabelul 2.26. Corelații semnificative ale anxietății ASQ și calitatea vieții**

<b>Pereche de variabile</b>	<b>R</b>	<b>P</b>	<b>Interpretare / Observație</b>
ASQ_Dcog – ASQ_DS	.585**	< .01	Interconectare între simptome cognitive și somatice
ASQ_SG – QOLI	-.340**	< .01	Anxietatea scade calitatea vieții

Anxietatea generală și trăsăturile anxioase afectează negativ adaptabilitatea, satisfacția și bunăstarea generală. Aceste rezultate susțin modelul diathesis-stress, în care vulnerabilitatea individuală interacționează cu factorii stresori pentru a reduce funcționarea adaptativă.

#### **a) Legătura între simptomele cognitive și somatice (ASQ\_Dcog – ASQ\_DS)**

Corelația pozitivă moderat-puternică între dimensiunea cognitivă și dimensiunea somatică a simptomelor de anxietate ( $r = .585$ ,  $p < .01$ ) indică o interconectare funcțională între procesele mentale (gânduri anticipatorii negative, preocupare excesivă, ruminație), și manifestările corporale

ale anxietății (hiperactivare fiziologică). Această asociere este în concordanță cu modelul procesării informației în anxietate (Beck & Emery, 1985) [89], conform căruia gândurile disfuncționale declanșează răspunsuri fiziologice automate prin activarea sistemului nervos autonom. Astfel, simptomele cognitive și somatice funcționează sinergic, creând un ciclu de întreținere a anxietății, în care gândurile anxiogene intensifică simptomele corporale, iar acestea, la rândul lor, amplifică percepția pericolului.

**b) Relația dintre anxietatea generală și calitatea vieții (ASQ\_SG – QOLI)**

Corelația negativă moderată între scorul general de anxietate (ASQ\_SG) și calitatea vieții (QOLI) ( $r = -.340, p < .01$ ) sugerează că persoanele cu un nivel ridicat de simptome anxioase percep o calitate mai scăzută a vieții. Această constatare reflectă impactul anxietății asupra mai multor dimensiuni ale funcționării psihologice și sociale, incluzând reducerea satisfacției în relații, scăderea implicării academice/profesionale, afectarea sănătății somatice, scăderea sentimentului de control și eficacitate personală. Dacă ne referim la analiza teoretică identificăm că rezultatele susțin ipotezele modelului diateză–stres (diathesis–stress model), conform căruia vulnerabilitățile individuale (precum o predispoziție cognitivă spre interpretări negative, trăsături de personalitate anxioasă, instabilitate emoțională) interacționează cu factorii stresori externi, determinând apariția simptomelor anxioase care, la rândul lor, afectează funcționarea adaptativă și bunăstarea subiectivă. Totodată, conform modelului propus de Clark & Beck (2010), [102], cognițiile disfuncționale (ASQ\_Dcog) sunt nucleul anxietății, iar componenta somatică reflectă activarea sistemului de „alarmă” intern, ceea ce explică corelația ridicată dintre cele două. În acest context subliniem că simptomele de anxietate prezintă o structură internă coerentă, în care componentele cognitive și somatice sunt strâns corelate, reflectând un profil anxios complex și integrat. Nivelurile ridicate de anxietate generală sunt asociate cu scăderea calității vieții, confirmând efectul debilitant al anxietății asupra funcționării globale și oferind susținere empirică pentru modele teoretice centrate pe vulnerabilitate și stres.

**Sinteză generală a corelațiilor inter-categorice**

În continuare prezentăm sinteza generală a corelațiilor semnificative inter-categorice (Tabelul 2.27).

**Tabelul 2.27. Corelații semnificative inter-categorice: sinteză generală**

Pereche de variabile	R	P	Interpretare / Observație
QOLI – STAI_X1	-.418**	< .01	Anxietatea scade calitatea vieții
MLOAMPPA – ASQ_SG	-.565**	< .01	Adaptabilitatea protejează împotriva anxietății
Glass_AP – AMS3a	.303**	< .01	Anxietatea pozitivă poate motiva performanța

Calitatea vieții este în corelații cu anxietatea de stare, adaptabilitatea și anxietatea pozitivă.

**Anxietatea de stare și calitatea vieții (QOLI – STAI\_X1).** Corelația negativă între STAI\_X1

(anxietatea de stare) și QOLI (calitatea vieții) ( $r = -.418, p < .01$ ) indică faptul că persoanele care experimentează frecvent stări anxioase raportate la context tind să evalueze negativ propria calitate a vieții. Această relație este în acord cu literatura care subliniază faptul că afectul negativ tranzitoriu, chiar dacă nu este cronic, poate afecta percepțiile globale privind satisfacția personală, echilibrul emoțional și sensul vieții (Diener et al., 1999) [119]. Interpretarea susține ipoteza conform căreia anxietatea de stat (state anxiety), deși este un construct situațional, poate avea efecte cumulative asupra bunăstării, în special în medii academice sau profesionale stresante.

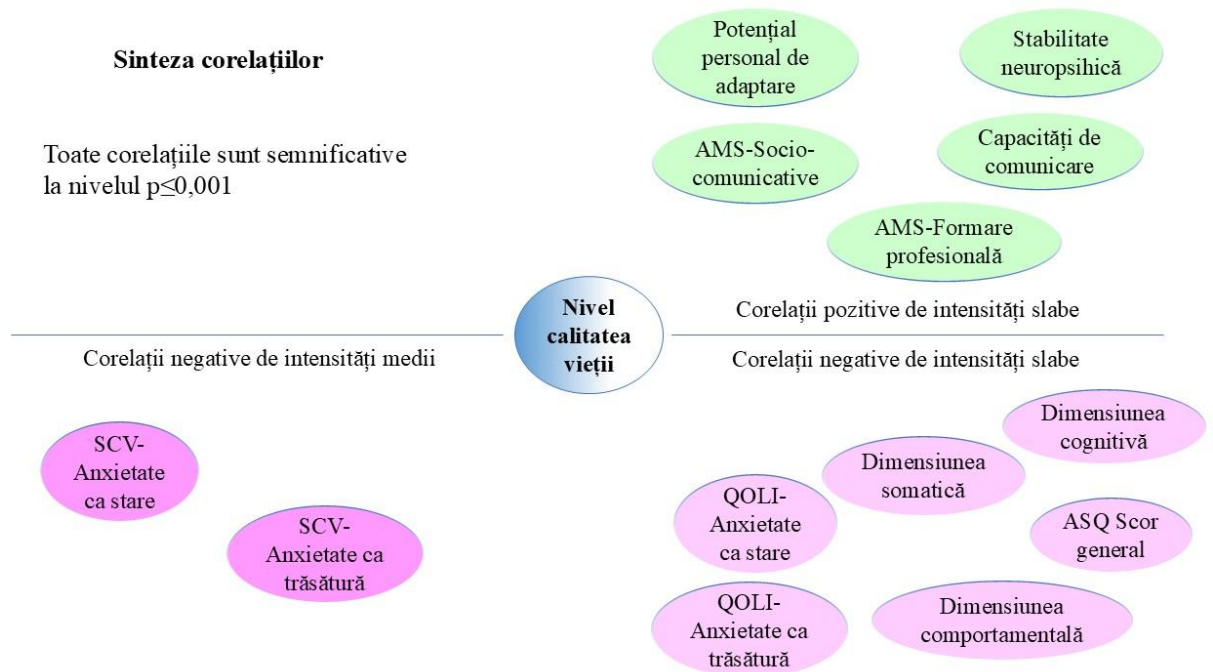
#### ***Adaptabilitatea psihologică și anxietatea generală (MLOAMPPA – ASQ\_SG)***

Corelația negativă puternică dintre Potențialul personal de adaptare (MLOAMPPA) și Scorul general de anxietate (ASQ\_SG) ( $r = -.565, p < .01$ ) sugerează că o capacitate crescută de adaptabilitate psihologică acționează ca un factor protector împotriva anxietății. Această relație reflectă validitatea conceptuală a teoriilor rezilienței (Masten, 2001; Tugade & Fredrickson, 2004) [134], conform cărora indivizii care posedă o bună capacitate de adaptare emoțională și cognitivă sunt mai capabili să gestioneze factorii de stres și, implicit, manifestează mai puține simptome anxioase. De asemenea, acest rezultat validează funcțional și empiric rolul adaptabilității ca o resursă psihologică critică pentru sănătatea mentală și reglarea emoțională în fața solicitărilor cotidiene.

#### ***Anxietatea facilitatoare și motivația profesională (Glass\_AP – AMS3a)***

Corelația pozitivă slab-moderată între anxietatea pozitivă în vorbirea publică (Glass\_AP) și dimensiunea motivației identificate profesional (AMS3a) ( $r = .303, p < .01$ ) oferă susținere empirică pentru conceptele de anxietate funcțională și activare adaptativă. Conform modelului Yerkes-Dodson (1908), un nivel moderat de activare psihologică (inclusiv anxietate) poate contribui la îmbunătățirea performanței, atâta timp cât activarea este interpretată cognitiv pozitiv și direcționată către scopuri personale. În acest caz studenții care percep anxietatea ca stimulativă în contexte de performanță verbală tind să manifeste o motivație autonomă orientată către scopuri de dezvoltare profesională (conform Teoriei autodeterminării – SDT). Această relație sugerează că nu toată anxietatea este maladadaptivă, iar intervențiile psihologice ar putea încuraja reinterpretarea activării fiziologice ca semnal al implicării și motivației, nu doar ca semn de disfuncționalitate.

Rezultatele prezentate până la acest moment evidențiază un profil psihologic coerent care face referință la conceptele de bază ale cercetării: calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietatea. Particularitățile care ilustrează implicațiile dimensiunilor studiate în manifestarea calității vieții au conturat modelul praxiologic prezentat grafic în figura 2.4.



**Fig. 2.4. Modelul praxiologic explicativ privind relațiile calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietatea [contribuție personală]**

Cercetarea în cadrul experimentului de constatare a urmat logica pașilor descriși în primul capitol al tezei conform căruia a fost sumarizat *Modelul teoretic explicativ al relației calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietatea* (fig. 1.2). În acest context, analiza minuțioasă a rezultatelor statistice obținute a permis identificarea **Modelului praxiologic explicativ privind relațiile calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietatea** (fig. 2.4).

Rezultatele evidențiază un profil psihologic coerent: calitatea vieții / bunăstarea subiectivă, adaptabilitatea și motivația intrinsecă sunt interconectate și se opun, ca funcție psihologică, anxietății cronice și stresului. Aceste constatări sunt aliniate cu: - Teoria autodeterminării (SDT) – explică rolul motivației autonome în menținerea bunăstării; - Modelul diathesis-stress – explică vulnerabilitatea la anxietate; - Modelul rezilienței – adaptabilitatea ca resursă de protecție. În concluzie, matricea de corelații relevă relații semnificative între calitatea vieții, adaptabilitate, motivație academică și anxietate, sugerând o rețea psihologică integrată.

#### **Analiza regresiei multivariate pentru predicția anxietății de trăsătură (STAI X2)**

Ipoteză / Clarificare: care din factorii studiați influențează anxietatea: calitatea vieții (QOLI), satisfacția cu viața (SCV), adaptabilitatea (MLO-AM), motivația academică (AMS) și flexibilitatea personală, precum și subscalele lor.

*Context teoretic și justificare psihologică.* Anxietatea de trăsătură, evaluată prin scala STAI X2 (*State-Trait Anxiety Inventory*), reflectă o predispoziție stabilă de a percepe situațiile ca fiind amenințătoare și de a răspunde prin reacții anxioase cronice. În context universitar, această formă de anxietate este intensificată de factori precum tranziția educațională, presiunile de performanță

și lipsa resurselor adaptative. Potrivit modelului diateză–stres (diathesis–stress), trăsătura anxioasă apare ca interacțiune între vulnerabilitățile individuale și cerințele situaționale (Ingram & Luxton, 2005). Obiectivul analizei de față este de a identifica factorii psihologici semnificativi care contribuie la predicția anxietății de trăsătură, selectați dintr-un set variat de constructe validate empiric: satisfacția cu viața (SCV), calitatea vieții (QOLI), adaptabilitatea (MLO-AM), motivația academică (AMS) și flexibilitatea personală.

*Metodologie: regresie stepwise backward.* Analiza de regresie multiplă stepwise backward a fost efectuată în SPSS, având ca variabilă dependentă STAI X2. Modelul inițial a inclus 25 de predictoare, introduse simultan. Eliminările au fost realizate iterativ pe baza criteriului F-to-remove  $\geq .100$ , pentru a obține un model parcimonios fără compromiterea semnificativă a puterii predictive.

*Statistici globale ale modelului:* 1) Modelul saturat (25 predictor):  $R = .753$ ,  $R^2 = .567$ ,  $R^2$  ajustat = .539; Eroare standard a estimării = .540;  $F(25, 394) = 20.601$ ,  $p < .001$ . 2) Modelul final (6 predictor):  $R = .736$ ,  $R^2 = .541$ ,  $R^2$  ajustat = .535; Eroare standard a estimării = .543. Valoarea ajustată a coeficientului  $R^2$  s-a menținut relativ constantă în ciuda reducerii semnificative a numărului de predictor, sugerând o eliminare eficientă a redundanțelor.

*Modelul final: predictorii semnificativi ai anxietății de trăsătură.* Modelul final include șase variabile psihologice, care împreună explică 54.1% din varianța scorurilor STAI X2, un efect de mărime medie spre mare ( $F^2 \approx 1.18$ , conform Cohen).

*Predictorii reținuți în modelul final:* 1) SCV.Se – Stări emoționale negative; 2) SCV\_Sg – Satisfacția globală cu viața; 3) MLOAMPPA – Potențial personal de adaptare; 4) MLO-AM Norme morale; 5) AMS3c – Managementul timpului; 6) Test adaptabilitate / flexibilitate. Acești predictorii reflectă în principal *resursele intrinseci ale individului*: reglare emoțională, adaptabilitate cognitivă, funcționare autonomă și coerență morală.

*Evoluția modelului: eliminări succesive.* Modelul inițial a fost rafinat prin 20 de etape succesive de eliminare a predictorilor ne semnificativi, păstrând doar cei cu contribuție unică relevantă. Tabelul de mai jos (Tabelul 2.28) sintetizează această evoluție.

**Tabelul 2.28. Predictorii semnificativi ai anxietății de trăsătură**

Model	Nr. predictor	$R^2$ ajustat	F change (p)	Variabilă eliminată	Interpretare / Observație
1	25	.539	–	–	Model saturat
5	21	.538	.578	SCV.O (optimism)	Suprapus cu SCV.Se
13	13	.544	.177	AMS1a	Redundant
16	10	.540	.108	MLOAMSNP	Inclus în MLOAMPPA
19	7	.536	.190	SCV.Ss	Suport social nesemnificativ
20	6	.535	.111	QOLI	Redundant cu SCV_Sg

În continuare prezentăm interpretările psihologice pe categorii tematice.

**1. Satisfacția cu viața (SCV) și calitatea vieții (QOLI).** Subscorurile SCV.Se (stări emoționale) și SCV\_Sg (satisfacție globală) rămân în modelul final, sugerând că bunăstarea subiectivă exercită un efect protector asupra anxietății cronice, mai ales prin reglarea afectului negativ. QOLI este eliminată în modelul 20, indicând suprapunere conceptuală și predictivă cu SCV. Acest rezultat este susținut de literatura (Diener et al., 1999) care plasează satisfacția cu viața și afectul negativ ca predictorii principali ai sănătății mentale.

**2. Adaptabilitate și reziliență (MLO-AM și flexibilitate).** MLOAMPPA și MLO-AM Norme morale rămân în model, confirmând că reziliența psihologică, prin autoreglare și coerență internă, este esențială în combaterea anxietății. Testul de adaptabilitate / flexibilitate susține rolul flexibilității cognitive ca resursă protectoare împotriva stresului cronic. Elementele eliminate (ex. stabilitatea neuro-psihică, comunicarea) par să nu ofere valoare predictivă unică în prezența acestor factori majori.

**3. Motivația academică (AMS).** Doar AMS3c (managementul timpului) rămâne semnificativ, sugerând că autoreglarea comportamentală este mai relevantă pentru anxietatea de trăsătură decât dimensiunile aspiraționale sau identitare. Subscalele eliminate (ex. formarea profesională, comunicarea cu cadrele didactice) indică o relevanță redusă pentru anxietatea cronică, care pare a fi mai puțin influențată de contextul academic extern. Relevanța și eficiența modelului final indică asupra faptului că Modelul cu 6 predicatori explică 54.1% din varianța STAI X2, comparabil cu regresii similare în care perfecționismul sau procrastinarea explică 50–54% din anxietatea cronică post-pandemie. Sumarizând, analiza regresiei stepwise backward a condus la un model final eficient, cu șase factori psihologici majori ce prezic anxietatea de trăsătură. Modelul subliniază rolul central al reglării emoționale, adaptabilității personale și autoreglării comportamentale, în detrimentul factorilor situaționali sau sociali. Aceste rezultate oferă sprijin pentru dezvoltarea unor *programe de prevenție și intervenție psihologică* orientate către *formarea rezilienței emoționale și managementul personal al stresului* în rândul studenților. De asemenea, ele indică nevoia de abordări holistice, care să vizeze nu doar reducerea simptomelor, ci și dezvoltarea resurselor intrinseci.

Rezultatele obținute în cadrul cercetării a permis atât conturarea modelului praxiologic explicativ, cât și identificarea unui profil al personalității studentului cu diferit nivel de anxietate din perspectiva calității vieții și a adaptabilității psihosociale (fig. 2.5).



**Fig. 2.5. Profilul personalității cu diferit nivel de anxietate din perspectiva calității vieții și a adaptabilității psihosociale [contribuție personală]**

Menționăm că **Profilului personalității cu diferit nivel de anxietate din perspectiva calității vieții și a adaptabilității psihosociale** (fig. 2.5) are ca fundament teoretico – aplicativ modelele prezentate în figura 1.2 - *Modelul teoretic explicativ al relației calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietatea* și figura 2.4 - *Modelului praxiologic explicativ privind relațiile calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietatea*.

Astfel, se conturează particularitățile **Profilului studenților cu nivel înalt al anxietății** prin raportare directă la variabilele investigate în cercetare. Menționăm că studenții cu nivel înalt al anxietății (STAI – anxietate de stare și anxietate de trăsătură crescute; ASQ – scor global ridicat) înregistrează scoruri scăzute la QOLI (calitatea vieții) și niveluri reduse ale satisfacției globale în SCV, în special la dimensiunile stări emoționale, optimism și echilibru psihic. În cadrul MLO-AM aceștia prezintă potențial adaptativ diminuat, stabilitate neuro-psihică scăzută și integrare parțială în colectiv (norme morale internalizate fragil). La nivelul adaptării academice, se evidențiază dificultăți la managementul timpului, comunicarea cu cadrele didactice și toleranța la solicitări evaluative. Flexibilitatea cognitivă este predominant medie sau scăzută. Motivațional (AMS), predomină motivația extrinsecă și anxietatea academică debilitantă. Profilul general indică vulnerabilitate emoțională, hipersensibilitate la stres și autoreglare deficitară.

În aceeași ordine de idei subliniem că **Profilul studenților cu nivel scăzut al anxietății** (STAI și ASQ – nivel redus sau moderat inferior) denotă scoruri ridicate la QOLI și niveluri înalte ale satisfacției globale în SCV, în special la optimism, stări emoționale pozitive și suport social. În cadrul MLO-AM aceștia manifestă potențial adaptativ crescut, stabilitate neuro-psihică bună,

capacități comunicative eficiente și internalizarea adecvată a normelor morale. Adaptarea academică este înaltă la dimensiunile identificare profesională și formare profesională, iar managementul timpului este funcțional; flexibilitatea este medie spre înaltă. Conform AMS predomină motivația autonomă și anxietatea facilitatoare. Profilul reflectă echilibru emoțional, reziliență și integrare psihosocială eficientă.

## **2.7. Concluzii la capitolul 2**

Studiul experimental al calității vieții, adaptabilității psihosociale și anxietății la studenți evidențiază concluzii ce prezintă dimensiuni inovative și fundamentează caracteristicile acestor concepte. De altfel, analiza rezultatelor prezentate în acest capitol permit să conturăm următoarele concluzii:

1. Abordarea conceptuală a experimentului de constatare a urmat modelului explicativ prezentat în capitolul teoretic care denotă că există o relație dintre calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietatea personalității.
2. Analiza nivelurilor de manifestare a variabilelor investigate evidențiază un profil complex și, în anumite privințe, vulnerabil al calității vieții în eșantionul studiat. Datele obținute prin QOLI indică o distribuție accentuat orientată spre niveluri scăzute și foarte scăzute ale calității vieții, aproape 70% dintre participanți raportând o percepție global negativă asupra propriei existențe. Acest rezultat sugerează prezența unor factori de risc psihosocial semnificativi, cu potențiale implicații asupra adaptabilității, sănătății mintale și funcționării cotidiene. În contrast, analiza domeniială realizată prin chestionarul SCV relevă o imagine diferențiată. Domenii precum cariera, aspirațiile personale, comunicarea cu prietenii și suportul social înregistrează ponderi consistente ale nivelurilor înalte de satisfacție, conturând existența unor resurse externe și relaționale relevante. Aceste dimensiuni pot funcționa ca factori protectivi, susținând identitatea personală, sentimentul de apartenență și autorealizarea. Totuși, variabilele intrapsihice – optimismul, echilibrul psihic, autocontrolul și stările emoționale – se caracterizează predominant prin niveluri medii sau scăzute, indicând o fragilitate a autoreglării emoționale și o vulnerabilitate crescută la stres și anxietate. Deși scorul general SCV reflectă o distribuție relativ echilibrată, cu un segment semnificativ de participanți la nivel înalt, majoritatea se situează într-o zonă de satisfacție moderată, instabilă. În ansamblu, rezultatele conturează un tablou al unei populații cu resurse externe funcționale, dar cu echilibru psihologic precar, ceea ce subliniază necesitatea intervențiilor orientate spre consolidarea competențelor de autoreglare emoțională, dezvoltarea optimismului și întărirea rezilienței psihosociale.

3. Analiza integrată a instrumentelor psihometrice utilizate pentru evaluarea adaptării psihosociale evidențiază un profil predominant moderat, dar fragil al eșantionului investigat. Datele obținute prin MLO-AM indică faptul că aproape 40% dintre participanți prezintă un potențial adaptativ scăzut și un nivel redus al stabilității neuro-psihice, ceea ce sugerează vulnerabilitate la stres, dificultăți de autoreglare emoțională și risc crescut de dezadaptare. Majoritatea se situează la niveluri medii, reflectând o funcționare relativ adecvată, însă instabilă în fața solicitărilor intense. Capacitățile de comunicare sunt preponderent medii, iar dimensiunea normelor morale este dominată de o evaluare parțială a rolului în colectiv, indicând o integrare socială incomplet consolidată. În contrast, chestionarul de adaptare la mediul studentesc relevă resurse importante la nivel profesional: identificarea profesională și formarea profesională înregistrează ponderi ridicate ale adaptării înalte, sugerând claritate vocațională și motivație pentru dezvoltare. Totuși, domeniile precum managementul timpului, comunicarea cu colegii și cadrele didactice sau satisfacerea necesităților socioeconomice indică zone de disconfort și vulnerabilitate. Rezultatele Testului de Adaptabilitate/Flexibilitate confirmă această tendință: flexibilitatea crescută este rară, majoritatea participanților manifestând un nivel mediu sau scăzut. În ansamblu, profilul conturat reflectă o adaptare funcțională, dar fragilă, care necesită intervenții orientate spre consolidarea rezilienței, flexibilității cognitive și competențelor de autoreglare emoțională.
4. Analiza integrativă a blocului instrumentelor psihometrice care descriu anxietatea evidențiază un profil heterogen, caracterizat prin coexistența unor resurse adaptative semnificative și a unor vulnerabilități emoționale relevante. Rezultatele obținute prin STAI indică faptul că, deși majoritatea participanților manifestă anxietate de stare la nivel scăzut sau moderat (70,5%), aproape o treime prezintă niveluri ridicate, sugerând expunere crescută la distres situațional. Mai îngrijorător este faptul că anxietatea ca trăsătură are o prevalență ridicată, 43,6% dintre respondenți înregistrând niveluri crescute, ceea ce reflectă o predispoziție stabilă spre neliniște și hipersensibilitate la stres. În plan social, anxietatea se manifestă predominant la nivel moderat, cu rol adaptativ, majoritatea studenților reușind să mențină un echilibru funcțional în interacțiuni. Totuși, un segment restrâns prezintă forme dezadaptative, cu risc de evitare și izolare. În context academic, anxietatea are în principal un rol facilitator, susținând performanța la nivel moderat, conform modelului activării optime, însă există cazuri izolate în care aceasta devine blocantă. Rezultatele ASQ confirmă o prevalență redusă a anxietății severe la nivel global, dar evidențiază afectări cognitive și comportamentale la o proporție semnificativă a eșantionului. Coroborate cu nivelurile medii de responsabilitate și tensiune psihică, datele sugerează un echilibru fragil, susceptibil la destabilizare în condiții de stres

prelungit, ceea ce justifică intervenții preventive orientate spre dezvoltarea rezilienței și autoreglării emoționale.

5. În ansamblu, analiza diferențelor în funcție de factorii psihosociale conturează un profil diferențiat al calității vieții, adaptabilității psihosociale și anxietății în rândul studenților investigați, evidențiind interacțiunea complexă dintre resursele individuale și contextul social. Din perspectivă culturală, studenții din România prezintă niveluri mai ridicate ale calității vieții, copingului adaptativ și integrării academice, în timp ce studenții din Republica Moldova raportează niveluri mai crescute de anxietate (de stare, de trăsură și academică), dar și o flexibilitate adaptativă superioară, posibil cu rol compensator. Diferențele de gen sunt moderate: femeile percep un suport social mai ridicat și o satisfacție sociocomunicativă crescută, iar bărbații manifestă stări emoționale mai pozitive și anxietate facilitatoare mai accentuată. Mediul de proveniență indică un avantaj adaptativ pentru studenții din mediul urban (orientare profesională, stabilitate psihică, integrare academică), în timp ce cei din mediul rural prezintă anxietate academică și comportamentală mai ridicată. Progresia academică și vârsta reflectă un proces de maturizare psihologică: masteranzii și studenții peste 35 de ani demonstrează coping mai eficient, stabilitate emoțională și anxietate redusă, comparativ cu studenții din anii inițiali și cei între 18–21 ani, care manifestă vulnerabilitate anxioasă crescută. Statutul marital apare ca factor protector: studenții căsătoriți înregistrează satisfacție personală, adaptabilitate și stabilitate emoțională superioare, precum și anxietate debilitantă mai redusă. Performanța academică ridicată se asociază cu optimism, integrare eficientă și niveluri mai scăzute de anxietate, sugerând un cerc virtuos între autoeficacitate și reglare emoțională. În schimb, prezența unui diagnostic anterior de anxietate constituie un factor de vulnerabilitate major, corelat cu calitate a vieții scăzută, adaptare deficitară și simptomatologie anxioasă persistentă. Utilizarea aromelor și a uleiurilor esențiale se asociază selectiv cu anxietate situațională redusă, optimism crescut și toleranță mai bună la stres, fără a influența predispozițiile anxioase stabile. În general, rezultatele susțin necesitatea intervențiilor diferențiate, sensibile la context cultural, vârstă, statut relațional și vulnerabilități clinice, pentru optimizarea adaptării și sănătății mintale în mediul universitar.
6. Analiza corelațională și regresională realizată pe eșantionul de 420 de studenți confirmă existența unei relații sistemice între calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietate. Corelațiile Pearson ( $p < .01$ ) evidențiază asocieri puternice între calitatea vieții (QOLI) și satisfacția cu viața (SCV), precum și relații negative semnificative între calitatea vieții și anxietatea de stare și generalizată (STAI, ASQ). Adaptabilitatea psihologică (MLO-AM) se corelează pozitiv cu satisfacția cu viața și negativ cu anxietatea, confirmând rolul său protector. Motivația academică autonomă (AMS) se asociază cu perceperea anxietății

facilitatoare, în timp ce anxietatea debilitantă afectează negativ implicarea extrinsecă. Analiza regresiei stepwise backward pentru predicția anxietății de trăsătură (STAI X2) a identificat câțiva predictorii majori – stările emoționale negative, satisfacția cu viața indice global, potențialul adaptativ, normele morale, managementul timpului și flexibilitatea – explicând 54,1% din varianță. Rezultatele susțin convergent modelul diateză–stres, teoria autodeterminării și modelul rezilienței, conturând un profil în care resursele intrinseci de reglare emoțională și adaptare susțin calitatea vieții și reduc vulnerabilitatea anxioasă.

7. Rezultatele prezentate în acest capitol au conturat **Profilul personalității cu diferit nivel de anxietate din perspectiva calității vieții și a adaptabilității psihosociale**. Acest profil are ca fundament teoretico-aplicativ două modele *Modelul teoretic explicativ al relației calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietatea* (acest model teoretic este ipotetic) și *Modelul praxiologic explicativ privind relațiile calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietatea*.

### 3. CADRUL FORMATIV DE DIMINUARE A NIVELULUI DE ANXIETATE PRIN PRISMA EFICIENTIZĂRII ADAPTABILITĂȚII PSIHOSOCIALE ȘI A CALITĂȚII VIEȚII

#### 3.1. Prevederi generale ale metodologiei de diminuare a nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții

În conformitate cu **scopul lucrării** care *constă în identificarea relației dintre nivelul calității vieții și adaptabilitatea psihosocială a persoanelor cu anxietate; elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihologică pentru diminuarea nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții* am conceptualizat acest capitol. Respectiv, experimentul de formare planificat în cadrul cercetării are drept scop: *implementarea / validarea programului psihologic de diminuare a nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții.*

Important este să menționăm în acest compartiment al tezei că au fost analizate minuțios rezultatele testelor din toate cele 3 blocuri: *1. Blocul instrumentelor psihometrice care descriu calitatea vieții; 2. Blocul instrumentelor psihometrice care descriu adaptarea psihosocială; 3. Blocul instrumentelor psihometrice care descriu anxietatea.*

Astfel, luând în considerare că accentul pentru acest capitol este pus pe *diminuarea nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții* vom începe analiza datelor cu cele din blocul 3.

În conformitate cu rezultatele obținute în experimentul de constatare am identificat că din numărul total de 420 de studenți intervievați, **nivel înalt de anxietate**, conform **Inventarului de Anxietate Stare – Trăsătură STAI**, Spielberg (Fig. 2.3.), denotă un număr mare de subiecți: - Anxietate ca stare înaltă (STAI X1 – Anxietate ca stare) – 29,5% (124 de subiecți); Anxietate ca stare moderată (STAI X1 – Anxietate ca stare) – 32,6% (137 de subiecți); - Anxietate ca trăsătură înaltă (STAI X2 – Anxietate ca trăsătură) – 43,6% (183 de subiecți) și Anxietate ca trăsătură moderată (STAI X2 – Anxietate ca trăsătură) – 32,9% (138 de subiecți). Rezultatele obținute la alte teste din blocul 3 care prezintă rezultatele pentru anxietate și anume **Testul de autoevaluare a gândurilor în interacțiunile sociale**, elaborat de Glass și colab., (Tabelul 2.13), indică 2 subscale: - Subscala anxietății pozitive și Subscala anxietății negative. Astfel, pentru Subscala anxietății pozitive, 6,7% dintre subiecți denotă nivel crescut de anxietate socială, iar pentru Subscala anxietății negative, 7,9% dintre subiecți denotă nivel crescut de anxietate socială. Conform **Chestionarului de evaluare a anxietății academice**, elaborat de R. Alpert și R. Haber (Tabelul 2.14), dacă facem referință la factorul *1. Anxietatea care împiedică însușirea*

*cunoștințelor* identificăm că 5,5% din numărul total al studenților intervievați (23 de subiecți) denotă anxietate crescută (blochează învățarea), iar 92,4% (388 de studenți) denotă anxietate moderată. În același context, dacă facem referință la factorul 2. *Anxietatea care facilitează însușirea cunoștințelor* identificăm că 15,2% din studenții (64 de subiecți) denotă Anxietate crescută (facilitează învățarea), iar 81,9% (344 de studenți) denotă anxietate moderată. Rezultatele **Chestionarului ASQ pentru evaluarea anxietatii**, elaborat de Lehrer și Woolfolk (Tabelul 2.15); indică la dimensiunea somatică scor ridicat al anxietății pentru 3,3% dintre subiecți (14 persoane) și scor mediu pentru 31,7% dintre subiecți (133 persoane); indică la dimensiunea comportamentală scor ridicat al anxietății pentru 11,0% dintre subiecți (46 persoane) și scor mediu pentru 52,1% dintre subiecți (219 persoane); indică la dimensiunea cognitivă scor ridicat al anxietății pentru 24,8% dintre subiecți (104 persoane) și scor mediu pentru 46,0% dintre subiecți (193 persoane); indică la scorul general de anxietate scor ridicat pentru 4,3% dintre subiecți (18 persoane) și scor mediu pentru 33,3% dintre subiecți (140 persoane). Referindu-ne la rezultatele **Chestionarului Adaptabilitate, MLO-AM**, elaborat de către A.G. Maklakov, S.V. Chermyanin (Tabelul 2.11), care determină capacitatea de adaptare a personalității bazată pe psihosociologie și pe unele caracteristici fiziologice ce reflectă caracteristicile generale de dezvoltare neuro-cardio-psihică și sociale menționăm că pentru: - Scala *Potențialul de dezvoltare*: 38,8% dintre studenți (163 de subiecți) indică potențial adaptativ scăzut; 48,6% dintre studenți (204 de subiecți) indică potențial satisfăcător de adaptare; - Scala *Stabilitate neuro-psihică*: 38,1% dintre studenți (160 de subiecți) indică nivel scăzut al reglării comportamentale; 52,9% dintre studenți (222 de subiecți) indică nivel mediu al reglării comportamentale; - Scala *Capacități de comunicare*: 7,9% dintre studenți (33 de subiecți) indică nivel scăzut al capacităților de comunicative; 86,4% dintre studenți (363 de subiecți) indică nivel mediu al capacităților comunicative; - Scala *Norme morale*: 4,5% dintre studenți (19 subiecți) nu pot evalua adecvat locul și rolul său în colectiv; 93,3% dintre studenți (392 de subiecți) evaluează parțial / incomplet locul și rolul său în colectiv. Pentru **Chestionarul de adaptare la mediul studentesc și solicitările academic**, elaborat de către S. Rusnac împreună cu alți cercetători (Tabelul 2.12), rezultatele denotă adaptare slabă pentru 5,2% de subiecți la satisfacerea necesităților sociocomunicative; adaptare slabă pentru 5,0% de subiecți la satisfacerea necesităților ecosociale; adaptare slabă pentru 9,3% de subiecți la satisfacerea necesităților socioeconomice; adaptare slabă pentru 15,7% de subiecți la satisfacerea necesităților de comunicare cu rudele și prietenii; adaptare slabă pentru 13,3% de subiecți la satisfacerea necesităților de comunicare cu colegii de facultate; adaptare slabă pentru 13,1% de subiecți la satisfacerea necesităților de comunicare cu cadrele didactice; adaptare slabă pentru 8,6% de subiecți la satisfacerea necesităților de identificare profesională; adaptare slabă pentru 9,0% de subiecți la satisfacerea necesităților de formare profesională; adaptare slabă pentru 23,1% de

subiecți la satisfacerea necesităților de management al timpului personal. În aceeași ordine de idei prezentăm rezultatele obținute la **Testul Adaptabilitate / flexibilitate**, elaborat de către A. Chelcea, care indică asupra faptului că 20,2% dintre respondenți sunt cu adaptabilitate scăzută, iar 72,4% dintre respondenți sunt cu adaptabilitate medie. Amintim că această dimensiune reflectă nivelul de **flexibilitate cognitivă și comportamentală**, adică abilitatea indivizilor de a-și ajusta reacțiile, strategiile și atitudinile în funcție de cerințele mediului. Rezultatele obținute la **Chestionarul Calitatea Vieții – QOLI**, Michael B. Frisch indică asupra faptului că aproximativ 69,3% dintre respondenți se încadrează în zona nivelurilor scăzut și foarte scăzut, ceea ce confirmă tendința generală de percepție negativă asupra calității vieții în eșantionul investigat. Mai concret, am identificat că 235 de participanți (56,0%), reprezentând majoritatea eșantionului, denotă nivel scăzut, iar 129 de participanți (30,7%), denotă nivel foarte scăzut de dezvoltare a calității vieții.

În această ordine de idei menționăm că rezultatele prezentate la chestionarele administrate în experimentul de constatare denotă că este mare numărul studenților chestionați cu nivel înalt de anxietate, nivel scăzut de adaptabilitate și nivel scăzut al calității vieții. Subliniem că există un număr limitat de cercetări consacrate dezvoltării anxietății la studenți prin metode psihologice în literatura de specialitate. Luând în considerare faptul că anxietatea este considerată o problemă majoră pentru mulți studenți intervievați considerăm oportună elaborarea, implementarea și validarea unui program de intervenție psihologică pentru diminuarea anxietății studenților. În această ordine de idei menționăm că scest program vizează diminuarea nivelului de anxietate, eficientizarea adaptabilității psihosociale și a calității vieții studenților.

Conceptualizând și planificând organizarea și desfășurarea experimentului, am presupus că anxietatea poate fi diminuată, iar adaptabilitatea și calitatea vieții pot fi eficientizate prin acțiuni orientate și spre variabile cu care conceptele enumerate corelează (identificate în capitolul 2). De la bun început, în această lucrare, am afirmat că a doua parte a scopului cercetării constă în elaborarea, implementarea, validarea unui program de intervenție psihologică pentru diminuarea nivelului de anxietate prin eficientizarea adaptabilității psihosociale a calității vieții. Astfel, pentru demonstrarea celor presupuse, am formulat următoarele obiective: diminuarea anxietății; eficientizarea adaptării psihosociale și a calității vieții; dezvoltarea încrederii în sine și a stimei de sine; dezvoltarea capacității de autoacceptare; dezvoltarea abilităților sociale și încadrarea armonioasă în conformitate cu potențialul și scopurile proprii în contextul social; relaționarea eficientă cu participanții din grup și din afara lui; creșterea rezilienței psihologice; dezvoltarea personală armonioasă.

Deci, experimentul formativ a fost fundamentat pe ideea conform căreia în condiții experimentale anxietatea poate fi diminuată, iar adaptabilitatea poate fi eficientizată în vederea creșterii calității vieții. Pentru experimentul formativ au fost selectați studenți, cu nivel înalt de

anxietate, nivel scăzut și mediu de adaptabilitate psihosocială și nivel scăzut și mediu al calității vieții, în cadrul experimentului de constatare.

În experimentul de formare au fost de acord să participe 28 de studenți de la ciclul 1, licență din România, din cadrul Universității Hyperion, București. Studenții au fost repartizați în 2 grupuri și anume grupul experimental cu 14 studenți și grupul de control - 14 studenți, adică cu același număr de subiecți. Menționăm că toate cele 14 persoanele au frecventat ședințele organizate în scopul diminuării anxietății prin eficientizarea adaptabilității în vederea creșterii calității vieții, respectiv numărul de studenți în grupuri, nu a fost modificat pe tot parcursul experimentului de formare. Important este să spunem și despre faptul că au fost selectați subiecți care au manifestat interes, exprimându-și dorința de a participa la programul *Diminuarea nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții*. Sesiunile au fost realizate în sediul Universității *Hiperion* din București.

Programul formativ are scopul de a diminua anxietatea și de a eficientiza adaptabilitatea psihosocială, acestea vor determina un nivel înalt al percepției calității vieții. Programul de intervenție psihologică de diminuare a nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții studenților a luat în considerare că acumularea cunoștințelor despre conceptele de anxietate, adaptabilitate psihosocială, calitatea vieții, analiza situațiilor problematice în rezolvarea unor sau altor obiective educaționale, confruntarea cu situații reale reliefate prin tehnici psihologice care familiarizează subiectul cu conceptele enumerate relevă elemente prin care se diminuează anxietate. Experimentul a prevăzut producerea unor restructurări cognitive prin justificări consecvente pozitive, asumări de responsabilitate a subiecților.

Conținutul, structura programului de intervenție psihologică în scopul diminuării nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții studenților, a activităților formative iau în considerație caracteristicile psihologice ale anxietății, accentuând necesitatea implicării în eficientizarea factorilor cu care sunt în relație directă.

***Principii metodologice și aplicative în cercetarea și intervenția privind calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială a persoanelor cu anxietate.*** Fundamentarea unei cercetări orientate spre identificarea relației dintre nivelul calității vieții și adaptabilitatea psihosocială a persoanelor cu anxietate, precum și spre elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihologică, impune raportarea la repere teoretice și empirice validate științific. Literatura de specialitate evidențiază faptul că tulburările de anxietate afectează semnificativ funcționarea psihosocială și satisfacția vieții (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang, 2012; Olatunji, Cisler & Tolin, 2007) [152; 189], justificând necesitatea unor intervenții complexe, bazate pe principii metodologice coerente (Anexa 14.5): 1. Principiul corelației funcționale dintre evaluare și intervenție psihologică

[90; 223; 244]. 2. Principiul participării active și al autoreglării conștiente [85]. 3. Principiul integrativ al abordărilor terapeutice validate științific [152; 148]. 4. Principiul individualizării și echității intervenției [187; 130]. 5. Principiul abordării sistemice a funcționării psihosociale. [100; 105]. 6. Principiul orientării către determinanții cauzali ai disfuncționalității [102; 143] 7. Principiul implicării mediului social semnificativ [86].

După realizarea activităților au fost repetate probele administrate în cadrul experimentului de constatare care au fost valorificate pentru determinarea nivelului de anxietate, adaptabilitate psihosocială și a calității vieții la studenți. Toate datele obținute în experimentul formativ și cel de control au fost prelucrate cu ajutorul metodelor statistice ca tehnici de prelucrare în problema de comparare [47]. Pentru evaluarea pragurilor semnificației diferențelor obținute între grupul experimental și de control am utilizat Testul Wilcoxon; Testul Mann-Whitney.

Menționăm că, în această cercetare, în cadrul experimentului de formare am decis să elaborăm și să validăm un program de intervenție psihologică cu tema **Diminuarea nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții studenților.**

**Scopul programului de intervenție:** asimilarea strategiilor de diminuare a nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții studenților.

Programul de intervenție psihologică *Diminuarea nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții studenților* are următoarele obiective: - familiarizarea studenților cu conceptele de calitate a vieții; adaptare / adaptabilitate psihosocială; anxietate, aromapsihoterapie precum și cu variabilele care sunt în relație sau au tangențe cu aceste: satisfacției față de calitatea vieții; adaptare la mediul studențesc / motivație academică; autoevaluare a gândurilor în interacțiunile sociale; anxietate academică; anxietate de stare; anxietatea de trăsătură; anxietatea pozitivă / anxietatea negativă; anxietatea care împiedică învățarea / anxietate interferentă; anxietate care facilitează învățarea / anxietate motivantă; suport social; optimism; echilibru psihic; autocontrol; stări emoționale; potențial personal de adaptare; comunicare constructivă; responsabilitate etc.; - formarea condițiilor pentru dezvoltarea personală a studenților; diminuarea anxietății; eficientizarea adaptabilității psihosociale și a calității vieții studenților.

**Ipoteza cercetării caracteristică experimentului formativ.** *Presupunem că:*

- Implementarea unui program psihologic contribuie la diminuarea nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții.

Pentru a fundamenta ipoteza generală propusă, am formulat unele premise teoretico-instrumentale pe care va fi elaborat programul formativ (ipoteze specifice care să reflecte clar premisele teoretico-instrumentale, prin modelele lui Spielberger, Alpert-Haber, abordările cognitive și multidimensionale ale anxietății, precum și utilizarea instrumentelor STAI, Glass,

ASQ). Astfel considerăm importante următoarele aspecte: - Implementarea programului psihologic va determina reducerea semnificativă a anxietății–stare (STAI\_X1), ca indicator al reactivității emoționale tranzitorii la stres, prin dezvoltarea strategiilor de autoreglare emoțională; - Participarea la program va conduce la diminuarea nivelului anxietății–trăsătură (STAI\_X2), reflectând restructurarea predispozițiilor cognitive disfuncționale și a interpretărilor anxiogene. - Programul formativ va favoriza reducerea anxietății negative și creșterea anxietății pozitive (Scala Glass), prin modificarea tiparelor cognitive din interacțiunile sociale; - Intervenția psihologică va contribui la transformarea anxietății debilitante în anxietate facilitatoare (Scala Alpert–Haber), optimizând performanța academică și implicarea în sarcini; - Aplicarea programului va determina scăderea simptomelor anxioase pe dimensiunile somatică, cognitivă și comportamentală (ASQ), indicând o ameliorare globală a manifestărilor anxietății; - Dezvoltarea competențelor incluse în program va conduce la creșterea nivelului adaptabilității psihosociale, mediată de reducerea anxietății; - Reducerea nivelului global al anxietății va fi asociată cu îmbunătățirea semnificativă a calității vieții, confirmând relația funcțională dintre variabilele investigate. Aceste premise teoretico-instrumentale reflectă o abordare integrativă, în care intervenția este fundamentată pe relația dintre dimensiunile anxietății, mecanismele cognitive și comportamentale, adaptarea psihosocială.

### **3.2. Descrierea programului de intervenție psihologică *Diminuarea nivelului de anxietate prin eficientizarea adaptabilității psihosociale și a calității vieții***

Programul de intervenție psihologică cu titlul *Diminuarea nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții* elaborat, a fost implementat prin ședințe de training. Această modalitate de intervenție este eficientă, deoarece conține diverse forme eficiente de lucru în grup în scopul diminuării nivelului de anxietate și a eficientizării adaptabilității psihosociale atât pe calea exercitării unei influențe din partea metodelor și tehnicilor utilizate de către psihologul facilitator, cât și prin forța proceselor intragrupale, care amplifică posibilitățile de autoevaluare datorită comparării și prelucrării a experiențelor altuia.

Programul este conceput ca un cadru de lucru de grup care susține dezvoltarea proceselor de autoexplorare, reflecție personală și cunoaștere de sine, contribuind la consolidarea imaginii de sine și la creșterea nivelului de acceptare personală. Participarea în grup oferă studenților oportunitatea de a experimenta relaționarea autentică, comunicarea deschisă și sprijinul reciproc, într-un climat psihologic securizant. Dinamica de grup acționează ca un factor facilitator al schimbărilor adaptive, influențând pozitiv structura și funcționarea personalității.

Programul de intervenție este structurat sistematic, fiind organizat pe baza unui model coerent care integrează un set de activități formative orientate spre atingerea obiectivelor stabilite.

Acesta include instrumente de evaluare psihologică a stării individuale și a climatului de grup, menite să identifice dificultățile personale și relaționale, precum și să analizeze procesele dinamice din interiorul grupului. De asemenea, sunt utilizate tehnici focalizate pe clarificarea și asumarea scopurilor individuale și colective, în concordanță cu resursele personale, valorile fundamentale și cerințele mediului social. Programul integrează metode de optimizare a competențelor de comunicare, strategii de stimulare a creativității, tehnici de gestionare și autoreglare emoțională, intervenții pentru cultivarea gândirii pozitive și exerciții destinate dezvoltării abilităților organizatorice, toate având ca finalitate reducerea anxietății și creșterea adaptabilității psihosociale și a calității vieții.

Fiecare exercițiu sau metodă selectată are un scop bine orientat și aflat în concordanță cu etapa de lucru și cu necesitățile grupului. Programul de intervenție psihologică *Diminuarea nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții* include în structura sa 14 ședințe complexe cu obiective bine determinate, fiecare a câte 90 de minute fiecare.

Structura Programului de intervenție psihologică *Diminuarea nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții* este următoarea:

### **I. Anxietatea, adaptabilitatea psihosocială, calitatea vieții – caracteristici ale conceptelor:**

Sesiunea 1. Introducere, cunoaștere reciprocă și stabilirea cadrului de lucru.

Caracteristici ale conceptelor de: anxietate, adaptabilitate psihosocială și calitatea vieții în psihologie.

Sesiunea 2. Psihoeducație despre anxietate și mecanisme de coping de bază.

Sesiunea 3. Anxietatea. restructurare cognitivă – identificarea și provocarea gândurilor anxioase.

Sesiunea 4. Anxietatea. tehnici de relaxare și reglare emoțională (psiho-aromaterapie practică).

### **II. Adaptabilitatea psihosocială – factor facilitator pentru diminuarea anxietății și a stresului:**

Sesiunea 5. Abilități de comunicare și asertivitate – adaptabilitate în relații.

Sesiunea 6. Gestionarea stresului și rezolvarea de probleme.

Sesiunea 7. Flexibilitate și adaptare la schimbare – „antrenarea” adaptabilității.

Sesiunea 8. Eficientizarea adaptabilității psihosociale prin îmbunătățirea stimei de sine și a imaginii de sine.

Sesiunea 9. Gestionarea incertitudinii și toleranța la risc.

### **III. Calitatea vieții – factor facilitator pentru diminuarea anxietății:**

Sesiunea 10. Calitatea vieții – satisfacția față de calitatea vieții – în relație cu adaptabilitatea psihosocială.

Sesiunea 11. Stil de viață echilibrat și gestionarea sănătoasă a stresului (focus pe calitatea vieții).

Sesiunea 12. Rolul suportului social – conectare și cererea ajutorului (anxietate socială).

Sesiunea 13. Întărirea abilităților dobândite și gestionarea recăderilor.

Sesiunea 14. Evaluarea rezultatelor, feedback și încheierea procesului. Încheierea programului – retestare și despărțire

Tehnicile organizate în cadrul sesiunilor de training sunt bine cunoscute, precum: exercițiile energizante, activități de grup, jocurile de rol, metafore etc. Fiecare dintre exercițiile utilizate în cadrul ședințelor au scopuri bine determinate care se află în concordanță cu etapa de lucru și cu nevoile participanților.

Ședințele trainingului formativ au fost organizate în perioada noiembrie 16 octombrie 2025 – 04 decembrie 2025. Activitățile cu o durată de la 1 oră și 30 de minute s-au desfășurat de 2 ori în săptămână. După finalizarea programului în grupul experimental, au fost realizate retestările în grupurile: experimental și de control.

**Caracteristici ale Programului de intervenție psihologică *Diminuarea nivelului de anxietate, eficientizarea adaptabilității psihosociale și a calității vieții***

Pentru a înțelege conținutul sesiunilor vom prezenta o ședință a programului formativ și anume din secvența care se referă la compartimentul **I. Anxietatea, adaptabilitatea psihosocială, calitatea vieții – caracteristici ale conceptelor.**

## **ȘEDINȚA 2: PSIHOEDUCAȚIE DESPRE ANXIETATE ȘI MECANISME DE COPING DE BAZĂ**

### **Obiective:**

- Înțelegerea aprofundată a anxietății: participanții să cunoască reacțiile caracteristice ale anxietății (la nivel somatic, cognitiv și comportamental) și funcția anxietății ca mecanism de supraviețuire („luptă, fugi sau îngheață”).
- Normalizarea experienței anxioase: realizarea faptului că anxietatea este o emoție umană universală și nu trebuie stigmatizată; diferențierea între anxietate adaptativă și anxietate problematică (ex. tulburare de anxietate).
- Identificarea propriilor declanșatori și simptome: stimularea autoobservației – fiecare participant să identifice situațiile care îi provoacă anxietate și modul în care corpul și mintea îi reacționează.

- Introducerea conceptului de coping: prezentarea unor strategii inițiale de a face față anxietății (ex. respirația profundă ca primă tehnică) și importanța adaptabilității (flexibilității) în gestionarea stresorilor.

## STRUCTURA ȘEDINȚEI:

### Activități și tehnici:

- *Ritual de deschidere cu aromă:* La începutul ședinței, se folosește ulei esențial de bergamotă în difuzor, pentru a energiza ușor atmosfera și a reduce tensiunea de început. Bergamota are efect anxiolitic și totodată *stimulează o stare de spirit pozitivă*, ajutând participanții să intre cu mintea deschisă în proces. Se începe cu un scurt exercițiu de conștientizare a momentului prezent: participanții sunt invitați să închidă ochii pentru un minut, să inhaleze adânc aroma citrică și să observe cum se simt; apoi împărtășesc pe scurt.
- *Recapitulare:* Facilitatorul reamintește pe scurt cele discutate la ședința 1 (reguli, scop, definiții-cheie) și agenda pentru azi: focus pe anxietate și reacțiile sale.
- *Exercițiu interactiv „Harta anxietății mele”:* Fiecare participant primește o foaie pe care desenează conturul unei siluete (reprezentând corpul său) și notează: în ce zone ale corpului își simte de obicei anxietatea (spre exemplu, nod în gât, transpirație palme, puls crescut – se marchează pe desen), ce gânduri tipice îi trec prin minte când e anxios (se notează lângă desen, la nivelul capului), și ce comportamente face sau evită din cauza anxietății (se notează separat). Apoi, voluntar, câțiva participanți pot prezenta hărțile lor. Facilitatorul completează și normalizează: spre exemplu, dacă cineva menționează “îmi vine să fug”, se explică mecanismul „fugi” din răspunsul la frică. Astfel, se evidențiază componentele fiziologice (somatice), cognitive și comportamentale ale anxietății.
- *Prezentare tip mini-lectură:* Facilitatorul, folosind un flipchart, explică pe scurt ciclul anxietății: *stresor/declanșator* → gând interpretativ („E periculos ce se întâmplă”) → simptome fizice (ex. tahicardie, hiperventilație) → emoție de frică/anxietate intensă → comportament de coping (ex. evitarea situației). Se discută despre cercul vicios al anxietății: cum evitarea pe termen scurt reduce frica, dar pe termen lung o menține. Informațiile sunt transmise interactiv, întrebând grupul dacă se regăsește în aceste mecanisme.
- *Normalizare și discuție deschisă:* Pentru a reduce stigma, facilitatorul accentuează că anxietatea moderată este firească (ne poate proteja de pericole reale), însă când apare în contexte neamenințătoare sau prea intens, devine problematică. Participanții sunt invitați, dacă doresc, să împărtășească o situație concretă în care au simțit anxietate recent și ce au făcut atunci. Grupul, ghidat de terapeut, evidențiază elemente comune în experiențe, ceea ce creează *un sentiment de universalitate – nu sunt singur în ceea ce trăiesc.*

- *Exercițiul de respirație de bază*: Facilitatorul introduce conceptul de coping – strategii de a face față anxietății. Ca primă tehnică practică, se demonstrează respirația lentă, diafragmatică. Fiecare participant inspiră de pe un șervețel sau un stick uleiul esențial care îi place cel mai mult și se ghidează grupul prin 5 minute de respirație controlată: inspirație numărând până la 4, expir prelungit până la 6-7.  
După exercițiu, se discută: Cum s-a simțit? A fost dificil? Cineva a simțit vreo schimbare în corp/minte? Facilitatorul încurajează participanții să practice această respirație zilnic, acasă, ca *prim instrument* contra reacțiilor de panică.
- *Întrebare de reflecție pentru acasă*: Spre final, se propune participanților să observe până la următoarea întâlnire când și cum apare anxietatea în viața lor cotidiană, notând într-un jurnal scurt: situația, gândurile și reacțiile. Nu ca temă obligatorie, ci ca experiment personal pentru a-și spori conștientizarea (se va reveni la aceste observații în ședințele viitoare).
- *Încheiere*: Fiecare participant rostește un cuvânt care descrie starea de moment (de ex. „mai liniștit”, „încurajat”, „obosit” etc.). Facilitatorul mulțumește tuturor și reamintește că data viitoare vom aprofunda strategii de gestionare a gândurilor anxioase. Se oferă câte un handout cu rezumatul informațiilor despre anxietate (simptome, cercul vicios, sfaturi de bază), pentru studiu individual.

### **3.3. Psihoaromaterapia ca intervenție complementară în managementul anxietății: perspectivă biopsihosocială**

Psihoaromaterapia se conturează ca o direcție integrativă care valorifică relația dintre olfacție, emoție și reglare psihofiziologică în susținerea echilibrului mental. În contextul intervențiilor complementare pentru anxietate, psihoaromaterapia propune utilizarea deliberată a stimulilor olfactivi ca mediatori ai autoreglării emoționale și somatice. Adoptarea unei perspective holistice și integrative asupra utilizării aromelor uleiurilor esențiale în managementul anxietății extinde repertoriul intervențiilor de susținere a sănătății mintale prin includerea stimulilor olfactivi ca instrumente de modulare afectivă „bottom-up”, complementare strategiilor „top-down” specifice psihoterapiilor bazate pe dovezi (ex. restructurare cognitivă, expunere). În logica modelului biopsihosocial, simptomatologia anxioasă rezultă din interacțiunea dintre vulnerabilități biologice, procese psihologice (evaluare cognitivă, reglare emoțională) și determinanți sociali (stresori, suport social), ceea ce justifică intervenții multimodale și personalizate [130].

În termeni operaționali, răspunsul anxios poate fi conceptualizat ca funcție a reactivității autonome, aprecierii cognitive a amenințării și contextului. În această arhitectură, utilizarea aromelor uleiurilor esențiale vizează predominant componenta psihofiziologică și afectivă (stare

de alertă, tensiune somatică, dispoziție), cu potențial de facilitare a autoreglării și a disponibilității pentru intervenții cognitive și relaționale.

### ***Fundamente neuropsihologice: „privilegiul” olfactivei în raport cu emoția și memoria***

Relevanța clinică a intervențiilor olfactive derivă din particularitățile neuroanatomice ale sistemului olfactiv. Date neuroștiințifice indică faptul că subregiuni ale amigdalei primesc proiecții monosynaptice din circuitele olfactive, aspect ce susține capacitatea mirosurilor de a declanșa rapid răspunsuri afective și vegetative [188]. Convergent, înregistrările neuronale evidențiază neuroni modulați de miros în cortexul piriform, amigdală, cortexul entorhinal și hipocamp, regiuni implicate în emoție și memorie [159].

Această organizare funcțională explică de ce stimulii olfactivi pot acționa ca indici de recuperare mnemonică, evocând amintiri autobiografice cu încărcătură emoțională și influențând dispoziția și parametrii de stres. Literatura asupra memoriei olfactive și a memoriei evocate de miros susține că mirosurile asociate cu amintiri pozitive pot crește afectul pozitiv și pot reduce markeri fiziologici ai stresului [114; 151].

### ***Integrarea în intervenții de reglare emoțională: condiționare olfactivă și „ancore aromatice”***

În practică, stimulii olfactivi sunt mai eficienți atunci când sunt integrați într-un cadru de **învățare** asociativă și autoreglare. Olfacția este o modalitate deosebit de sensibilă la învățarea asociativă; datele arată că condiționarea olfactivă poate modifica răspunsurile neuronale și comportamentale la mirosuri, inclusiv prin implicarea amigdalei [199]. În plus, studii de condiționare evaluativă indică faptul că valența afectivă a mirosurilor poate fi modelată prin asociere cu stimuli aversivi sau neutri, ceea ce susține conceptualizarea clinică a „ancorelor” olfactive ca stimuli condiționați [121]. Prin urmare, asocierea unei arome cu respirația diafragmatică sau cu secvențe scurte de relaxare somatică poate funcționa ca protocol de antrenament în care mirosul devine semnal contextual pentru inițierea răspunsului parasimpatic.

### ***Individualizarea intervenției: aromatestarea ca procedură idiografică***

Necesitatea unui „remediu individual” poate fi tradusă, în termeni psihologici, printr-o abordare idiografică: selecția stimulilor olfactivi pe baza valenței hedonice, tolerabilității senzoriale, asocierilor autobiografice și obiectivelor clinice (ex. reducerea hiperactivării, creșterea sentimentului de siguranță).

Aromatestarea poate fi structurată ca micro-procedură de evaluare: ratinguri rapide de plăcere (valență), intensitate, calm/activare, plus notarea spontană a amintirilor/imagisticii mentale evocate. Acest pas reduce riscul de expunere la stimuli aversivi și crește probabilitatea de aderență, în acord cu principiile intervențiilor centrate pe persoană.

### ***Dovezi empirice pentru trei dintre cele mai investigate arome de uleiuri esențiale în***

## anxietate

***Lavandula angustifolia (lavandă).*** Lavanda rămâne una dintre cele mai investigate opțiuni, în special prin forma standardizată orală (Silexan) și prin intervenții inhalatorii sau prin aplicare cutanată. O meta-analiză și revizuire sistematică raportează efecte semnificative pentru administrarea orală de lavandă (Silexan 80 mg/zi,  $\geq 6$  săptămâni), în timp ce pentru inhalare rezultatele sunt mai eterogene, cu limitări de calitate metodologică și risc de bias în multe RCT-uri [174]. *Studiu clinic reprezentativ (oral, standardizat).* Într-un RCT dublu-orb, dublu-dummy, la adulți cu tulburare de anxietate generalizată, Silexan 80–160 mg/zi administrat timp de 10 săptămâni a determinat reduceri superioare placebo pe scala Hamilton pentru anxietate (HAMA), cu profil de reacții adverse comparabil cu placebo și mai favorabil decât controlul activ (paroxetină) în termeni de densitate a evenimentelor adverse [179; 229]. Importanța acestei linii de cercetare rezidă și în standardizarea compoziției, care crește reproductibilitatea rezultatelor [183].

*Mecanisme propuse.* La nivel neurobiologic, lavanda este asociată frecvent cu efecte de tip GABAergic și sedativ-anxiolitic. Date experimentale indică faptul că *linaloolul* (constituent major) poate modula curenții GABA în manieră alosterică, deși metabolismul poate modifica potențialul de modulare—aspect relevant pentru diferențele dintre inhalare, ingestie și expuneri repetate [145]. Variabilitatea chimică între probe (procente diferite de linalool și acetat de linalil) este un factor major de heterogenitate între studii și produse comerciale, motiv pentru care preparatele standardizate sunt preferabile în cercetare [242]. În general, intervențiile cu lavandă au un profil de siguranță bun în studiile clinice.

***Citrus bergamia (bergamotă).*** *Status al dovezilor.* Bergamota este investigată în special în administrare inhalatorie, cu rezultate ce indică efecte asupra dispoziției și asupra markerilor psihofiziologici ai stresului.

### *Studii clinice exemplificative (inhalare):*

- Într-un studiu clinic (design cu condiții experimentale) pe femei sănătoase, inhalarea uleiului esențial de bergamotă împreună cu vapori de apă timp de 15 minute a fost asociată cu scăderea cortizolului salivar, îmbunătățiri ale emoțiilor negative/fatigabilității și creșterea unui indicator de activitate parasimpatică (componenta HF din HRV) în perioada de repaus post-expunere [188];
- Într-un studiu pilot într-un centru de sănătate mintală (sala de așteptare), expunerea de 15 minute la bergamotă a fost asociată cu îmbunătățirea afectului pozitiv (măsurat prin PANAS) comparativ cu controlul, sugerând potențial de optimizare a stării afective în contexte clinice reale [194];
- În contexte perioperatorii, un studiu raportează reducerea anxietății și a unui marker salivar

de stres (alfa-amilaza) după intervenție cu aroma de bergamotă la pacienți înainte de colecistectomie laparoscopică, indicând aplicabilitate în anxietatea situațională [160].

Literatura preclinică sugerează efecte anxiolitice/relaxante ale bergamotei care pot să nu fie complet suprapozabile cu cele benzodiazepinice, ridicând ipoteze privind implicarea mai multor căi (inclusiv transmisia GABAergică, dar și circuite non-GABA) [156]. În acest sens, bergamota poate fi privită ca modulând concomitent starea de alertă autonomă, tonusul afectiv și evaluările contextuale (prin asociere și preferință olfactivă). În contexte psihologice, inhalarea (în doze uzuale, ventilație adecvată) este de regulă preferată atunci când nu există expertiză dermatologică sau protocoale stricte de diluție. Bergamota obținută prin presare la rece poate conține furocumarine (ex. bergapten) cu potențial fototoxic la aplicare cutanată; literatura de siguranță recomandă limitarea concentrațiilor în produse leave-on și/sau utilizarea variantelor „FCF” (furocoumarin-free) pentru reducerea riscului [228].

***Cananga odorata (ylang-ylang).*** Ylang-ylang este asociat tradițional cu efecte sedative și de „calmare”, iar literatura contemporană oferă rezultate mixte: unele studii indică efecte psihofiziologice, altele nu evidențiază diferențe clare pe anxietate auto-raportată în anumite populații.

*Studii clinice exemplificative:* - La bărbați sănătoși, inhalarea aromei de ylang-ylang a produs scăderea tensiunii arteriale și a frecvenței cardiace, concomitent cu reducerea stării de alertă, sugerând un efect sedativ/parasimpatic [149]; - Într-un RCT pe pacienți internați pentru proceduri de neuroradiologie intervențională (prima experiență), aplicarea uleiului esențial pe un suport (hârtie) atașat la nivelul umărului peste noapte s-a asociat cu scăderea activității alfa-amilazei salivare și cu reducerea anxietății (STAI), cu o reducere procentuală mai mare a anxietății de tip trăsătură în grupul ylang-ylang față de placebo [56].

Studiile pe subiecți umani sugerează că efectele anxiolitice/relaxante ale inhalării uleiului esențial de *Cananga odorata* (ylang-ylang) sunt mediate predominant prin modularea răspunsului de stres la nivel autonom și simpato-adrenomedular [56; 149]. În contexte psihologice, inhalarea (în doze uzuale, ventilație adecvată) este de regulă preferată atunci când nu există expertiză dermatologică sau protocoale stricte de diluție. De altfel, dovezile susțin potențialul anxiolitic al unor intervenții olfactive, însă este necesară o integrare riguroasă în practica psihologică prin protocoale standardizate, monitorizarea reacțiilor adverse și poziționarea ca intervenție complementară, nu substituit pentru tratamentele validate. Menționăm că în lucrare este valorificată psihoaromaterapia ca componentă complementară în contextul managementului anxietății, în cadrul programului de intervenție psihologică.

*Notă:* Menționăm aici și faptul că scopul utilizării aromelor este complementar și funcțional: ele susțin procesul de autoreglare emoțională, relaxare și ancorare senzorială în cadrul intervenției

psihologice. În teză, aromele nu sunt prezentate ca tratament medical al anxietății, ci ca stimuli olfactivi integrați într-un cadru psihologic de învățare, autoreglare și reducere a hiperactivării emoționale. Procedura de aromatezare are rolul de a identifica preferințele olfactive individuale și de a crește acceptabilitatea intervenției. Temeiul științific constă în faptul că olfacția este strâns legată de procesele emoționale, de memorie și de învățarea asociativă. Mirosurile pot funcționa ca stimuli contextuali care facilitează răspunsuri de relaxare atunci când sunt asociate cu respirația controlată, reducerea tensiunii corporale sau exerciții de autoreglare. În teză sunt menționate trei arome principale — lavandă, bergamotă și ylang-ylang — integrate în activități de reglare emoțională. În cercetare, aromele sunt valorificate în două moduri: ca variabilă psihosocială în studiul constatativ, prin întrebări privind utilizarea lor în general și utilizarea lor pentru diminuarea anxietății, și ca instrument complementar în programul formativ. Așadar, ele ajută la contextualizarea strategiilor de coping și la susținerea experiențială a exercițiilor de autoreglare, nu înlocuiesc intervenția psihologică și nu sunt tratate ca factor terapeutic unic.

Considerăm important aici să prezentăm și o clarificare pentru secvența alergiilor la arome. Din punct de vedere tehnic, în cazul aromelor și al uleiurilor esențiale, ceea ce apare cel mai frecvent nu este alergiile în sens clasic, ci mai degrabă sensibilitatea, iritația sau intoleranța individuală la anumite molecule aromatice. Alergiile propriu-zise pot exista, dar sunt mai rare și apar mai ales sub formă de reacții cutanate de contact, prin mecanisme de sensibilizare. Ca să vorbim despre alergii clasice, de tip imunologic imediat, de regulă sunt implicate structuri proteice sau alergeni capabili să activeze sistemul imun; în uleiurile esențiale nu există, în mod obișnuit, proteine, ci amestecuri complexe de substanțe volatile. Nu vorbim despre ceea ce se găsește generic pe piață, pentru că există diferențe importante de compoziție, puritate, concentrație și destinație de utilizare. Adică, uleiurile esențiale folosite în psihoaromaterapie trebuie să fie selectate riguros, cu profil biochimic cunoscut, iar unele componente aromatice sunt utilizate și în produse farmaceutice sau alimentare. Spre exemplu, bomboanele cu eucalipt pot conține același tip de componentă aromatică de eucalipt ca cea utilizată în practici de aromaterapie, însă contează întotdeauna concentrația, forma de administrare, calea de expunere și sensibilitatea individuală. Nu este aici nicio legătură cu odorizantele de cameră sau cu parfumarea ambientală comercială. În cercetarea dată, „alergia la uleiuri esențiale” nu a fost introdusă ca variabilă separată în ancheta psihosocială. Am urmărit utilizarea aromelor, utilizarea lor în diminuarea anxietății și tipurile de uleiuri folosite, iar în programul formativ componenta aromatică a fost complementară și opțională, integrată în exerciții de autoreglare, respirație și relaxare, nu ca tratament medical propriu-zis.

#### **3.4. Eficiența programului de intervenție psihologică: rezultatele experimentului**

Eficiența programului de intervenție psihologică elaborat și implementat a fost evaluată la ultima etapă a cercetării realizate. Amintim că la **experimentul formativ** au participat 28 de

studenți cu nivel înalt de anxietate, nivel scăzut al adaptabilității psihosociale și nivel scăzut al calității vieții. Subiecții sun studenți ai Universității Hiperion din București. Studenții au fost repartizați în 2 grupuri și anume: **14 studenți au alcătuit grupul experimental** și alți **14 studenți au alcătuit grupul de control**.

Respectiv, pentru a asigura omogenitatea și compararea datelor experimentale subiecții din ambele grupuri au fost cu aproximativ aceleași caracteristici.

După realizarea programului de intervenție psihologică *Diminuarea nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții studenților* au fost administrate repetat instrumentele psihometrice, conform fișei de răspuns, valorificate în cadrul primului experiment și anume la etapa experimentului de constatare.

Caracteristicile subiecților din grupul experimental (GE) și grupul de control (GC) care au participat în cadrul experimentului formativ sunt prezentate în tabelul 3.1.

**Tabelul 3.1. Caracteristici ale grupului experimental GE și grupului de control GC din cadrul experimentului formativ**

Caracteristici	Grupul experimental		Grupul de control	
	Nr.	%	Nr.	%
Număr total de participanți:	14	100	14	100
Gen masculin	2	14	5	36
Gen feminin	12	86	9	64
Anul de studii L-II	8	57	6	43
Anul de studii L-III	6	43	8	57
Vârsta 18-21 ani	4	28	6	43
Vârsta 22-34 ani	5	36	6	43
Vârsta peste 35 ani	5	36	2	14

În tabelul 3.1 sunt prezentate datele descriptive: gen, an de studiu și vârsta pentru subiecții din grupul experimental și grupul de control. Observăm că grupul experimental a fost constituit din 14 studenți și grupul de control din același număr de studenți - 14 persoane.

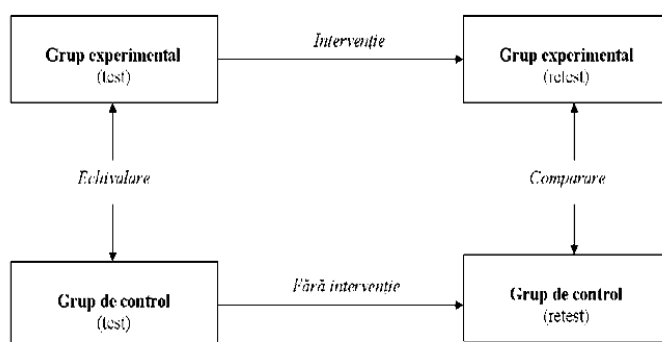
Analizând grupurile din perspectiva criteriului anul de studii identificăm că din anul II de studii, ciclul licență fac parte 8 subiecți din grupul experimental, iar din anul III, același ciclu fac parte 6 studenți din grupul dat. Pentru grupul de control din perspectiva aceluiași criteriu anul de studii identificăm că din anul II de studii, ciclul licență fac parte 6 subiecți, iar din anul III, același ciclu fac parte 8 studenți din acest grup de control.

Analizând grupurile din perspectiva criteriului gen identificăm că 4 subiecți din grupul experimental au vârsta cuprinsă între 18 - 21 ani, 5 subiecți din grupul dat au vârsta cuprinsă între 22-34 ani, iar alți 5 subiecți din grupul experimental au vârsta peste 35 de ani. Pentru grupul de control, conform datelor descriptive, pentru factorul vârstă avem următoarele concretizări: vârsta (ani): minim = 19, maxim = 55, media = 31.71, mediana = 29.50. Pentru grupul de control din perspectiva aceluiași criteriu gen identificăm că 6 subiecți au vârsta cuprinsă între 18 - 21 ani, alți

6 subiecți din grupul dat au vârsta cuprinsă între 22-34 ani, iar 2 subiecți au vârsta peste 35 de ani în acest grup de control. Pentru grupul de control, conform datelor descriptive, pentru factorul vârstă avem următoarele concretizări: vârstă (ani): minim = 19, maxim = 35, media = 25.43, mediana = 22.50.

Menționăm că pentru experimentul formativ au fost selectați doar subiecții care au înregistrat nivel înalt al anxietății și nivel scăzut pentru adaptabilitatea psihosocială și calitatea vieții. Pentru compararea loturilor de subiecți și stabilirea relațiilor dintre diferite variabile am utilizat Testul Wilcoxon; Testul Mann-Whitney.

Referindu-ne la designul experimental al cercetării la această etapă concretizăm că investigarea eficienței programului de intervenție psihologică a fost realizată în direcția comparării și evidențierii diferențelor obținute de către subiecții cercetării.



**Fig. 3.1. Grupul experimental (GE) și grupul de control (GC): design experimental**

Conform figurii 3.1. observăm modul în care au fost realizate comparațiile dintre grupuri cu studenții experimentali / studenții din: grupul experimental (GE) test și grupul experimental retest; grupul de control (GC) test și grupul de control retest. Menționăm, în acest context, că rezultatele grupului experimental sunt omogene cu rezultatele grupului de control, astfel încât nu au fost înregistrate diferențe statistic semnificative pentru rezultatele subiecților experimentali pentru etapa inițială.

Programul de intervenție psihologică *Diminuarea nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții* propus diminuarea nivelului de anxietate, eficientizarea nivelului de adaptabilitate psihosocială și creșterea calității vieții studenților conține acțiuni special orientate spre favorizarea variabilelor indicate și a celor cu care acestea corelează.

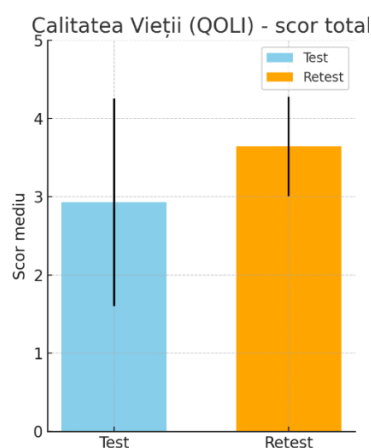
**1. Rezultatele pentru studenții din grupul experimental (GE) test și studenții din grupul experimental (GE) retest**

Conform pașilor indicați în acest paragraf, în continuare vom prezenta aspectele indicate în prima direcție a cercetării: **rezultatele pentru studenții din grupul experimental (GE) test și studenții din grupul experimental (GE) retest.**

De altfel, urmare a celor descrise în ordine consecutivă, în continuare prezentăm rezultatele la nivel comparativ pentru grupul experimental test și grupul experimental retest cu referire la schimbările înregistrate la mediile identificate în urma administrării instrumentelor psihometrice pentru nivelurile de manifestare a variabilelor, conform testelor administrate în cercetare pe blocuri: 1. *Blocul instrumentelor psihometrice care descriu calitatea vieții.* 2. *Blocul instrumentelor psihometrice care descriu adaptarea psihosocială.* 3. *Blocul instrumentelor psihometrice care descriu anxietatea.*

Rezultatele la nivel comparativ pentru grupul experimental test și grupul experimental retest cu referire la schimbările înregistrate la mediile calității vieții identificate în urma administrării **1) Inventarului Calității Vieții (Quality of Life Inventory) – QOLI** - metodă de măsurare a conceptului sintetizator de satisfacție cu viața/calitate a vieții.

Rezultatele pentru Calitatea Vieții – Chestionarul QOLI (Quality of Life Inventory) sunt prezentate în figura 3.2.



**Fig. 3.2. Dinamica scorului total de calitate a vieții (QOLI), test-retest, GE**

Scorul mediu QOLI a crescut semnificativ de la 2.93 (test) la 3.64 (retest), indicând o îmbunătățire a satisfacției generale cu viața ( $p = 0,047$ ). Inițial, acest scor se încadra la un nivel mediu de satisfacție, caracteristic persoanelor în general mulțumite, dar care nu își împlinesc pe deplin obiectivele în toate domeniile vieții. După intervenție, scorul atinge pragul *nivelului ridicat* de satisfacție (peste 3,6) – nivel asociat cu persoane foarte fericite și împlinite, rezistente la stres și capabile să-și atingă majoritatea scopurilor personale. Această creștere sugerează că programul de intervenție a avut un efect pozitiv asupra calității vieții participanților, aceștia raportând o stare generală de bine și împlinire mai pronunțată. Observăm că la retestare niciun participant nu a obținut un scor QOLI foarte scăzut (sub 0,8), ceea ce indică absența stărilor de nefericire extremă sau a riscului clinic de care se leagă scorurile QOLI foarte mici. Per ansamblu, grupul experimental a trecut de la o satisfacție moderată la una ridicată în viața de zi cu zi, reflectând un impact benefic substanțial al intervenției asupra calității vieții.

#### **Satisfacția în diferite domenii – Chestionarul SCV**

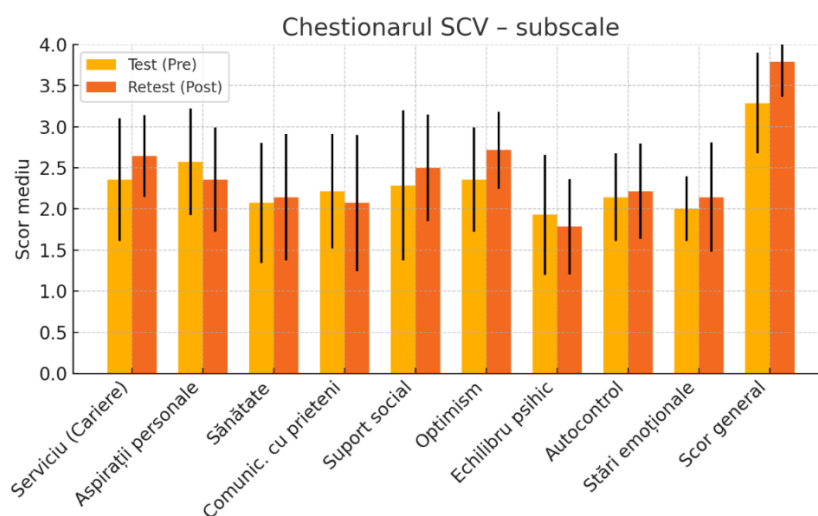
Chestionarul SCV evaluează mai multe dimensiuni ale satisfacției și echilibrului personal, incluzând aspecte vocaționale, relaționale și trăsături psihologice (ex. optimism, autocontrol, stare emoțională). Tabelul 3.2 prezintă scorurile medii la test și retest pentru fiecare subscală SCV, alături de semnificația statistică a schimbării.

**Tabelul 3.2. Scorurile medii la test-retest GE, pentru fiecare subscală a satisfacției față de calitatea vieții - SCV**

Subscala SCV	Test (M)	Retest (M)	p (Wilcoxon)
Serviciu (carieră)	2,36	2,64	0,157 (ns)
Aspirații personale și realizări	2,57	2,36	0,180 (ns)
Sănătate	2,07	2,14	0,705 (ns)
Comunicarea cu prietenii (apropiații)	2,21	2,07	0,557 (ns)
Suport social	2,29	2,50	0,083 (ns)
<b>Optimism</b>	2,36	2,71	<b>0,025 (*)</b>
Echilibru psihic (tensiune scăzută)	1,93	1,79	0,480 (ns)
Autocontrol	2,14	2,21	0,317 (ns)
Stări emoționale (dispoziție)	2,00	2,14	0,414 (ns)
<b>Scor general SCV</b>	3,29	3,79	<b>0,035 (*)</b>

(ns = ne semnificativ; \* =  $p < 0,05$ )

În figura 3.3 prezentăm grafic scorurile medii la test și retest GE, pentru fiecare subscală a chestionarului satisfacției față de calitatea vieții – SCV.



**Fig. 3.3. Evoluția scorurilor medii pentru subscalele chestionarului SCV, test-retest, GE**

Se observă tendințe de creștere a satisfacției în majoritatea domeniilor evaluate. Optimismul a crescut semnificativ ( $p = 0,025$ ), indicând faptul că participanții privesc mult mai pozitiv și încrezător situațiile vieții după program. Concomitent, scorul general SCV (ce sintetizează toate dimensiunile) s-a îmbunătățit semnificativ ( $p = 0,035$ ), ceea ce sugerează o ameliorare globală a stării de satisfacție și adaptare psihosocială a participanților. De exemplu, media scorului la *Suport social* a crescut de la 2,29 la 2,50 (deși la limită ne semnificativ statistic,  $p = 0,083$ ), sugerând că după intervenție subiecții au perceput o susținere socială ceva mai bună din partea apropiaților. Alte domenii, precum satisfacția legată de *carieră/serviciu* sau *sănătate*, au înregistrat creșteri ușoare, dar ne semnificative statistic ( $p > 0,1$ ). Aspirațiile personale și realizările percepute au

rămas relativ stabile (ușoară scădere ne semnificativă), la fel și *comunicarea cu prietenii* ori *autocontrolul emoțional*, unde nu s-au evidențiat schimbări notabile. De remarcat că *echilibrul psihic* (opus tensiunii psihologice resimțite) nu a crescut, scorul mediu chiar scăzând ne semnificativ – ceea ce indică faptul că nivelul de tensiune/stres subiectiv a rămas similar. Totuși, creșterea optimismului și menținerea sub control a emoțiilor negative au contribuit la o ameliorare generală: participanții par mai satisfăcuți de viața lor și mai încrezători în propriile forțe după intervenție. Această evoluție sugerează un efect benefic al programului, care a cultivat atitudini pozitive (*optimism, încredere*) și a consolidat într-o oarecare măsură rețeaua de suport perceput, chiar dacă nu toate domeniile vieții au fost influențate semnificativ în decurs de două luni.

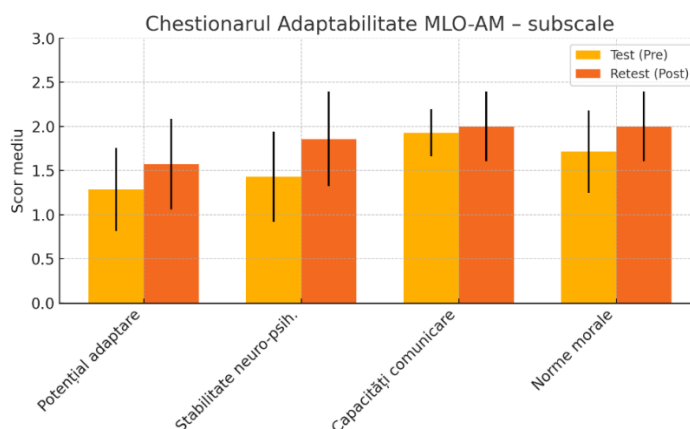
### **Adaptabilitatea Psihosocială – Chestionarul MLO-AM (A.G. Maklakov și S.V. Chermyanin)**

Chestionarul de *Adaptabilitate* MLO-AM măsoară capacitatea generală de adaptabilitate psihosocială a individului, prin patru scale principale: Potențial personal de adaptare (PPA) – indice compozit al adaptabilității, Stabilitate neuro-psihică (SNP) – echilibrul emoțional și reglarea comportamentului, Capacități de comunicare (CC) – abilități de relaționare și comunicare, și Norme morale (NM) – internalizarea valorilor și normelor sociale. Rezultatele test-retest GE pentru aceste scale sunt prezentate în continuare.

**Tabelul 3.3. Scorurile medii la test-retest GE, pentru adaptabilitatea psihosocială MLO-AM**

Scala MLO-AM	Test (M)	Retest (M)	p (Wilcoxon)
Potențial personal adaptare (PPA)	1,29	1,57	<b>0,046 (*)</b>
Stabilitate neuro-psihică (SNP)	1,43	1,86	<b>0,034 (*)</b>
Capacități de comunicare (CC)	1,93	2,00	0,317 (ns)
Norme morale (NM)	1,71	2,00	<b>0,046 (*)</b>

În figura 3.4 prezentăm grafic scorurile medii la test și retest GE, pentru adaptabilitate (MLO-AM) – Potențial adaptativ, Stabilitate neuro-psihică, Capacități de comunicare și Norme morale.



**Fig. 3.4. Compararea scorurilor medii la adaptabilitate (MLO-AM) – Potențial adaptativ, Stabilitate neuro-psihică, Capacități de comunicare și Norme morale – între test și retest**

Se poate constata o ameliorare semnificativă a potențialului adaptativ global (PPA) al grupului, scorul mediu crescând de la 1,29 la 1,57 ( $p = 0,046$ ). Deși valorile absolute se mențin încă relativ joase (sub nivelul „satisfăcător” de 3 puncte), direcția este una pozitivă. Potrivit baremurilor testului, persoanele cu potențial adaptativ ridicat se adaptează ușor la noi condiții, se integrează rapid și prezintă o stabilitate emoțională înaltă. Creșterea observată sugerează că, în urma intervenției, participanții au făcut pași în această direcție, devenind mai adaptabili și mai echilibrați. În mod specific, stabilitatea neuro-psihică a crescut semnificativ ( $p = 0,034$ ), indicând o reducere a labilității emoționale și a reactivității nervoase. Practic, subiecții își controlează mai bine emoțiile și comportamentul după program, ceea ce corespunde profilului unei persoane mai stabile mental și mai puțin predispusă la reacții de stres disproporționate.

În ceea ce privește normele morale, scorul a înregistrat de asemenea o creștere semnificativă (de la 1,71 la 2,00,  $p = 0,046$ ). Aceasta poate semnala o *conștientizare și asumare mai puternică a valorilor și regulilor sociale* de către participanți – de exemplu, un simț etic și disciplinar mai dezvoltat după intervenție. Pe de altă parte, capacitățile de comunicare nu au arătat un progres relevant statistic ( $p = 0,317$ ), scorul rămânând practic constant. Aceasta indică faptul că abilitățile sociale și de relaționare ale participanților (deja relativ ridicate inițial,  $M = 1,93$  din maximum  $\sim 2,5$ ) nu au fost substanțial influențate de programul de 2 luni. Este posibil ca dezvoltarea competențelor de comunicare să necesite un interval mai lung sau experiențe practice mai numeroase pentru a se modifica semnificativ.

Per ansamblu însă, indicele adaptării psihosociale s-a îmbunătățit: grupul a devenit mai rezistent emoțional și mai conform din punct de vedere social, sugerând că intervenția psihologică a facilitat *adaptarea la mediu* a participanților. Chiar dacă potențialul adaptativ global al grupului rămâne modest (încă sub nivelul optim, conform interpretării testului), traiectoria este una ascendentă, evidențiind impactul pozitiv al programului asupra capacității de adaptare.

#### **Adaptarea la mediul academic – Chestionarul AMS (Adaptability to University Environment)**

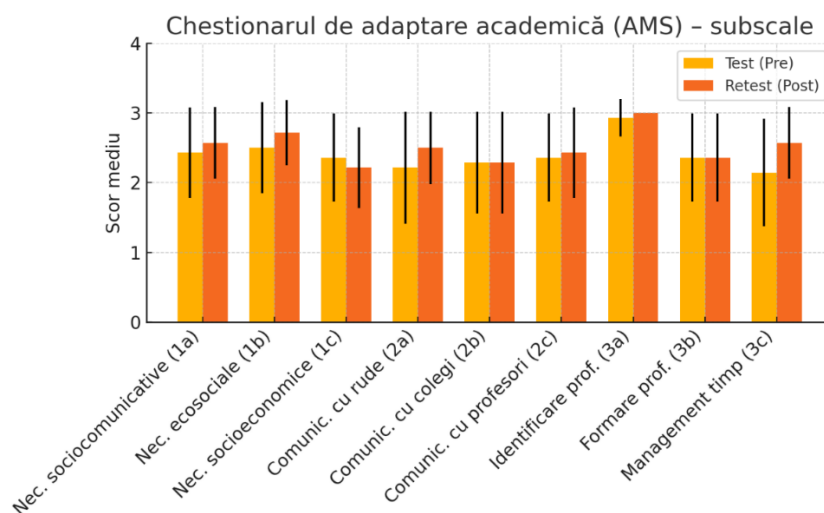
Chestionarul AMS (autori S. Rusnac, *Adaptarea la Mediul Studentesc Academic*) evaluează gradul în care studenții și-au satisfăcut diverse nevoi și s-au integrat în mediul universitar, pe trei domenii principale: 1) *nevoi sociocomunicative, ecosociale și socioeconomice* (subscale 1a, 1b, 1c), 2) *nevoia de comunicare cu diferite grupuri* – rude/prieteni, colegi, cadre didactice (subscale 2a, 2b, 2c), și 3) *nevoi de dezvoltare personală legate de statutul academic* – identificare profesională, formare profesională, managementul timpului (subscale 3a, 3b, 3c). Tabelul următor sintetizează scorurile medii la testare și retestare pentru aceste 9 subscale ale adaptării academice.

**Tabelul 3.4. Scorurile medii la test-retest GE, pentru AMS**

Subscala AMS	Test (M)	Retest (M)	p (Wilcoxon)
1a. Nec. sociocomunicative (colegialitate, relaționare)	2,43	2,57	0,157 (ns)
1b. Nec. ecosociale (condiții de viață, mediu)	2,50	2,71	0,083 (ns)

1c. Nec. socioeconomice (financiare, materiale)	2,36	2,21	0,414 (ns)
2a. Comunicarea cu rudele și prietenii (menținerea legăturilor)	2,21	2,50	<b>0,046 (*)</b>
2b. Comunicarea cu colegii de facultate (integrare socială)	2,29	2,29	1,000 (ns)
2c. Comunicarea cu cadrele didactice (interacțiunea profesor–student)	2,36	2,43	0,655 (ns)
3a. Identificare profesională (clarificarea alegerii carierei)	2,93	3,00	0,317 (ns)
3b. Formare profesională (dezvoltarea competențelor)	2,36	2,36	1,000 (ns)
3c. Managementul timpului personal (echilibru studiu-viață)	2,14	2,57	<b>0,034 (*)</b>

Prezentăm grafic (în figura 3.5) rezultatele din tabelul 3.4. în care sunt indicate scorurile medii la adaptarea academică (AMS) – comparație test vs. retest pentru fiecare subscală.



**Fig. 3.5. Scorurile medii la adaptarea academică (AMS) – comparație test vs. retest pentru fiecare subscală**

Rezultatele indică progrese punctuale semnificative în anumite aspecte ale adaptării academice. Cea mai importantă schimbare a fost observată la comunicarea cu rudele și prietenii: media subscalei 2a a crescut de la 2,21 la 2,50 ( $p = 0,046$ ), sugerând că, după intervenție, studenții și-au îmbunătățit conexiunile cu familia și prietenii din afara facultății. Este posibil ca programul (prin consiliere și exerciții) să-i fi ajutat să solicite sprijin emoțional sau să comunice mai deschis cu apropiații, facilitându-le adaptarea prin menținerea legăturilor sociale de bază. De asemenea, *managementul timpului personal (3c)* s-a îmbunătățit semnificativ (de la 2,14 la 2,57,  $p = 0,034$ ), ceea ce indică o *capacitate sporită de organizare a programului zilnic și de echilibrare a studiului cu alte activități*. Participanții par să fi dobândit abilități mai bune de planificare a timpului și prioritizare, reducând potențial sentimentul de copleșire și stres legat de gestionarea responsabilităților academice.

Pe lângă aceste schimbări semnificative, merită menționat trendul pozitiv (deși nesemnificativ statistic) la subscala *nevoi ecosociale (1b)* – care reflectă mulțumirea față de condițiile de viață și mediul înconjurător. Creșterea mediei de la 2,50 la 2,71 ( $p = 0,083$ ) poate indica o ușoară îmbunătățire a modului în care studenții percep mediul academic (campusul, orașul universitar, condițiile materiale), poate ca efect al adaptării treptate sau al schimbării perspectivei lor în urma intervenției. De asemenea, *nevoile sociocomunicative (1a)* – legate de socializare și

apartenență – arată o creștere modestă ( $M_{\text{test}} = 2,43$  vs.  $M_{\text{retest}} = 2,57$ ,  $p > 0,15$ ), sugerând o integrare ușor mai bună în viața socială academică, deși nu foarte pronunțată într-un interval atât de scurt. În schimb, *comunicarea cu colegii (2b)* a rămas neschimbată (medie constantă de 2,29), ceea ce indică faptul că, la două luni, programul nu a reușit să influențeze semnificativ nivelul de interacțiune și relaționare directă cu grupa de studiu sau cu colegii de facultate. Este posibil ca această dimensiune a integrării sociale să necesite mai mult timp sau contexte practice (lucru în echipă, proiecte comune) pentru a se îmbunătăți vizibil. De asemenea, *relația cu cadrele didactice (2c)* nu s-a modificat semnificativ ( $p = 0,655$ ), studenții menținându-și cam aceeași percepție față de comunicarea cu profesorii – ceea ce poate fi explicat prin faptul că intervenția psihologică nu a vizat în mod direct abilitățile de comunicare academică formală.

În sfera dezvoltării profesionale, *identitatea profesională (3a)* a cunoscut doar o ușoară creștere nesemnificativă (spre 3,0), iar *satisfacția față de formarea profesională (3b)* a rămas constantă. Aceasta sugerează că în decursul a două luni, studenții nu și-au schimbat semnificativ claritatea cu privire la alegerea carierei sau percepția asupra progresului lor profesional. Astfel de aspecte adesea țin de decizii mai complexe și pot necesita experiențe practice (stagii, discuții de orientare în carieră) pe care programul probabil nu le-a inclus în mod direct.

Programul de intervenție a avut impact asupra câtorva componente-cheie ale adaptării la viața academică: a sporit suportul social perceput din partea familiei și a îmbunătățit gestionarea timpului, ceea ce poate reduce stresul și facilita succesul academic. Alte aspecte, precum integrarea între colegi și dezvoltarea profesională, au rămas relativ neschimbate pe termen scurt. Totuși, direcția generală a schimbărilor este pozitivă, sugerând că intervenția a început să îi ajute pe studenți să se adapteze mediului universitar, oferindu-le abilități și resurse psihologice pe care, probabil, le-ar putea valorifica mai intens pe termen lung.

#### **Anxietatea psihologică – Inventarul STAI (Anxietate de Stare și Trăsătură)**

Inventarul STAI (Spielberger State–Trait Anxiety Inventory) cuprinde două scale care evaluează nivelul anxietății resimțite în momentul prezent (*anxietate de stare*, forma X1) și, respectiv, tendința generală spre anxietate ca trăsătură de personalitate (*anxietate de trăsătură*, forma X2). Scorurile brute la STAI pot varia teoretic între 20 și 80 de puncte la fiecare subscară, însă în adaptarea folosită au fost scalate pe o plajă mai redusă (1 – 4) pentru ușurința interpretării. Este important de menționat că un scor mai mare indică un nivel mai ridicat de anxietate; așadar, scăderea scorurilor STAI reflectă o reducere a anxietății. În urma programului, anxietatea stării actuale (STAI X1) a scăzut semnificativ, de la un scor mediu de 1,71 la test la 1,21 la retest ( $p = 0,020$ ). Similar, și anxietatea ca trăsătură stabilă (STAI X2) a înregistrat o scădere notabilă, de la 1,93 la 1,57 ( $p = 0,025$ ). Ambele diminuări sunt evidențiate în tabelul 3.5.

**Tabelul 3.5. Scorurile medii la test-retest GE, pentru anxietate (stare și trăsătură), STAI**

Subscală	Test (M)	Retest (M)	P (Wilcoxon)
X1 (stare)	1.714	1.214	<b>0.020</b>

X2 (trăsătură)	1.929	1.571	<b>0.025</b>
----------------	-------	-------	--------------

Aceste rezultate indică *eficacitatea intervenției psihologice în reducerea anxietății*, atât la nivel imediat (stare emoțională de moment), cât și ca predispoziție generală. Practic, participanții au raportat că se simt mult mai puțin anxioși în situațiile curente de viață, perioada de retest, și de asemenea prezintă o tendință generală mai scăzută de a experimenta anxietate în diverse contexte. Literatura de specialitate confirmă un astfel de efect: *scorurile la scala anxietății de stare tind să scadă în urma unor tehnici de relaxare sau intervenții terapeutice*, reflectând diminuarea tensiunii și a temerilor resimțite subiectiv. În cazul de față, reducerea anxietății de stare sugerează că, la finalul programului, subiecții erau mai calmi și mai puțin tensionați față de momentul inițial (posibil datorită însușirii unor strategii de reglare emoțională și coping). Scăderea anxietății ca trăsătură este deosebit de îmbucurătoare, întrucât indică *modificări în profunzime ale pattern-urilor emoționale ale participanților*. Ei par să fi dobândit mecanisme prin care să-și reducă reactivitatea anxioasă pe termen lung. Astfel, persoane care inițial aveau o predispoziție moderată spre îngrijorare și tensiune au ajuns, după intervenție, la un nivel apropiat de *anxietate scăzută* (scala X2 ~1,57, față de ~1,0 minim teoretic). Conform grilelor de interpretare, scorurile lor de *anxietate-trăsătură* ar putea fi acum situate sub media populației normative, ceea ce semnifică o stare de calm relativ și o mai bună gestionare a stresului cotidian.

În această ordine de idei, *ameliorarea ambelor componente ale anxietății* demonstrează impactul considerabil al programului. Intervenția – care a inclus tehnici de relaxare, restructurare cognitivă a gândurilor îngrijorătoare și antrenament în rezolvarea de probleme – a condus la scăderea atât a simptomelor acute de anxietate, cât și a tendințelor anxioase pe termen lung ale participanților. Aceștia se simt mai stăpâni pe sine în situații potențial stresante și manifestă mai mult autocontrol emoțional, ceea ce contribuie la bunăstarea lor generală.

### **Gândurile legate de anxietatea socială – Chestionarul Glass**

Pe lângă STAI, care măsoară anxietatea globală, s-a evaluat și modificarea tiparelor de gândire asociate anxietății sociale la interacțiunea cu persoane de sex opus, utilizând chestionarul elaborat de Glass și colab. Acesta cuprinde două subscales cognitive: AN – *anxietate negativă*, care reflectă frecvența gândurilor sau așteptărilor negative în situații sociale (ex. teama de a fi judecat negativ), și AP – *anxietate pozitivă*, care reflectă prezența gândurilor de încurajare și evaluărilor pozitive privind sinele în interacțiuni (ex. sentimentul de încredere, anticiparea unui rezultat pozitiv). La acest instrument, spre deosebire de STAI, un scor ridicat la subscala pozitivă este dezirabil (indică multe cogniții pozitive), iar un scor ridicat la subscala negativă este indezirabil (indică multe cogniții negative).

În urma intervenției, s-au constatat schimbări favorabile semnificative în ambele direcții: gândurile negative au scăzut, iar gândurile pozitive au crescut în situații sociale. Scorul mediu la subscala AN a scăzut de la 1,57 la 1,14 ( $p = 0,034$ ), în timp ce subscala AP a urcat de la 2,29 la 2,57 ( $p = 0,046$ ). Conform interpretării instrumentului, participanții au acum mult mai puține

cogniții negative legate de interacțiunile sociale – adică nu se mai gândesc în mod frecvent că vor fi respinși, criticați sau că vor eșua în comunicare, ceea ce corespunde unui nivel redus de anxietate inhibitoare. Simultan, ei manifestă mai multe cogniții pozitive și auto-încurajatoare în situații sociale (de ex. se așteaptă să fie plăcuți, se simt competenți social), fapt ce diminuează anxietatea și facilitează interacțiuni mai relaxate. Altfel spus, după program, gândirea participanților în contexte sociale s-a restructurat într-un mod benefic: nu își mai sabotează singuri performanța prin așteptări negative, ci dimpotrivă, se autosusțin mental, ceea ce *reduce considerabil emoțiile de teamă socială*.

**Tabelul 3.6. Scorurile medii la test-retest GE, pentru anxietatea pozitivă și negativă (Glass)**

Subscală	Test (M)	Retest (M)	P (Wilcoxon)
AN (gânduri neg.)	1.571	1.143 (0.363)	<b>0.034</b>
AP (gânduri poz.)	2.286	2.571 (0.514)	<b>0.046</b>

Rezultatele din tabelul 3.6. prezintă scorurile medii la anxietatea pozitivă și negativă – comparație test - retest pentru fiecare subscală. Această schimbare cognitivă este esențială, întrucât anxietatea socială este strâns legată de modul de gândire: persoanele anxioase social au în general gânduri negative frecvente despre ele însele în raport cu ceilalți (se subestimează, anticipează respingerea), și prea puține gânduri pozitive de încurajare. Programul de intervenție a reușit, se pare, să rupă acest tipar: participanții și-au însușit o perspectivă mai optimistă și mai echilibrată asupra interacțiunilor sociale. În consecință, ne așteptăm ca *nivelul lor de anxietate socială* să se fi diminuat considerabil, lucru susținut de scăderea atât a scorului AN, cât și a STAI de stare. Subiecții sunt probabil mai dispuși acum să inițieze contacte sociale și să abordeze situații noi, beneficiind de *reziliența cognitivă* dobândită (abundența gândurilor pozitive care le conferă curaj și calm). Aceste efecte pozitive asupra cognițiilor legate de anxietate confirmă eficacitatea intervenției în zona abilităților socio-emoționale și a igienei mentale.

#### **Anxietatea în context academic – Chestionarul Alpert-Haber**

Chestionarul Alpert-Haber evaluează două fațete specifice ale anxietății în mediul academic: *anxietatea care împiedică învățarea* (AIC) – emoțiile de teamă și tensiune care blochează concentrarea și performanța școlară, și *anxietatea care facilitează învățarea* (AFC) – un nivel optim de activare care motivează studenții să se pregătească și să performeze mai bine la examene. În mod ideal, un program psihologic ar trebui să reducă anxietatea debilitată și să mențină (sau chiar să crească) ușor anxietatea facilitatoare, întrucât un ușor stress pozitiv poate fi benefic pentru mobilizare.

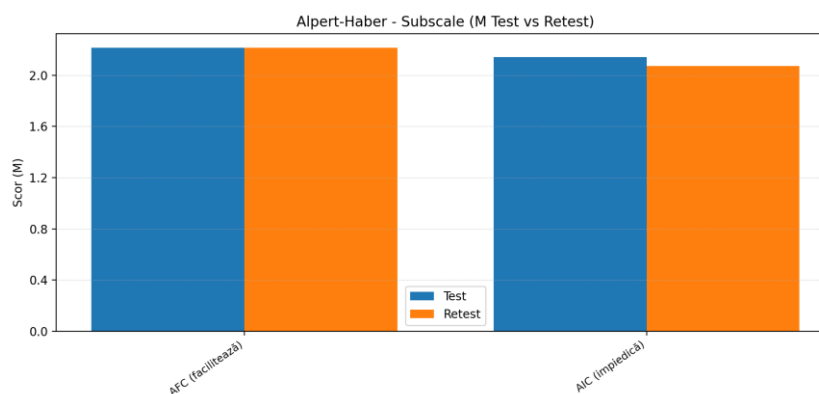
În cazul grupului experimental, *nu s-au observat modificări semnificative* pe aceste dimensiuni după intervenție. Scorul mediu AIC a scăzut ușor de la 2,14 la 2,07, iar scorul AFC a rămas neschimbat (2,21 atât la test, cât și la retest), ambele schimbări fiind statistic nesemnificative ( $p > 0,3$  și  $p = 1,00$ , respectiv). Cu alte cuvinte, *nivelul anxietății legate de performanța academică a rămas constant*. Studenții nu s-au mai simțit mai puțin blocați de emoții negative la învățare, dar nici n-au raportat vreo creștere a motivației anxiogene pozitive. Acest rezultat sugerează că

programul de intervenție – axat probabil pe aspecte generale de gestionare a stresului și adaptare – nu a vizat specific anxietatea de examen sau tehnici de *coping* academic (cum ar fi antrenarea unei atitudini proactive față de examene).

**Tabelul 3.7. Scorurile medii la test-retest GE, pentru anxietatea în învățare, Alpert-Haber**

Subscală	Test (M)	Retest (M)	P (Wilcoxon)
AFC (facilitează)	2.214	2.214	1.000
AIC (impiedică)	2.143	2.071	0.317

Prezentăm grafic în figura 3.6 rezultatele din tabelul 3.7. în care sunt indicate scorurile medii la anxietate în învățare (AIC/AFC) – Alpert-Haber – comparație test – retest.



**Fig. 3.6. Scorurile medii la anxietate academică, Alpert-Haber, test-retest, GE**

Pe de altă parte, trebuie menționat că grupul nu manifesta oricum niveluri maladaptive ridicate pe aceste scale la momentul inițial (mediile AIC și AFC fiind moderate). Faptul că scorul AFC a rămas la același nivel indică totuși că participanții păstrează *un anumit nivel de activare constructivă* față de studiu – programul nu i-a adus în apatie sau neglijență academică. *Anxietatea facilitatoare* se află în continuare în zona optimă (scor ~2,2 din 4), ceea ce înseamnă că studenții resimt în continuare o doză sănătoasă de emoție care îi motivează să învețe, fără ca aceasta să devină copleșitoare. Stabilitatea acestor indicatori poate fi privită deci ca un aspect pozitiv: intervenția a redus anxietatea generală și socială, **dar fără a elimina complet emoția de activare academică**, păstrând-o la un nivel care poate impulsiona învățarea. Per total însă, neînregistrând schimbări semnificative la AIC/AFC, putem concluziona că *impactul programului asupra anxietății strict academice a fost minim*. Pentru adresarea acestor aspecte, ar fi necesare componente adiționale de training (de ex. managementul fricii de evaluare, tehnici de învățare eficientă) într-un viitor program.

### Sensibilitatea la stres fizic și cognitiv – Chestionarul ASQ

Sensibilitatea la anxietate reprezintă teama de simptomele anxietății (palpitații, tremor, gânduri necontrolate), provenită din interpretarea lor catastrofică. Chestionarul ASQ (Anxiety Sensitivity Questionnaire) măsoară pe trei dimensiuni această sensibilitate: somatică (DS) – frica de senzații fizice asociate anxietății (ex. ritm cardiac accelerat, amețelă), comportamentală (DC) – teama de a nu-și pierde controlul comportamental din cauza anxietății (ex. de a nu face un atac

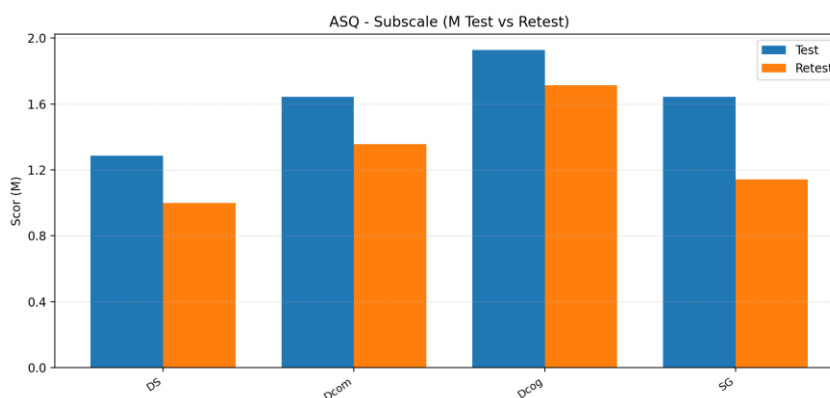
de panică în public), și cognitivă (DG) – frica de implicațiile cognitive ale anxietății (ex. de a nu „enebuni” sau pierde rațiunea). O valoare globală (SG) integrează cele trei dimensiuni.

La fel ca în cazul anxietății generale, *scăderea scorurilor la ASQ indică o ameliorare*, adică o sensibilitate mai redusă la simptomele anxietății (subiectul nu le mai percepe ca fiind atât de periculoase). După program, s-au observat scăderi semnificative la două dintre dimensiuni și la scorul global. *Sensibilitatea somatică* a scăzut de la 1,29 (test) la 1,00 (retest), atingând nivelul minim posibil ( $p = 0,046$ ). Practic, participanții nu se mai tem deloc de senzațiile fizice ale anxietății – dacă inima le bate mai tare sau simt fiori de adrenaline, nu mai interpretează aceste senzații ca semne catastrofale (infarct, leșin etc.), ceea ce reprezintă un progres remarcabil. De asemenea, *sensibilitatea comportamentală* a scăzut semnificativ (de la 1,64 la 1,36,  $p = 0,046$ ), indicând faptul că subiecții și-au diminuat teama că își vor pierde controlul sau că se vor face de rușine în public din cauza anxietății. Ei sunt acum mai încrezători că, și dacă devin anxioși, vor putea gestiona situația fără consecințe grave vizibile. Sensibilitatea cognitivă a arătat și ea o tendință de scădere (1,93 la 1,71), deși nu semnificativă statistic ( $p = 0,257$ ) – totuși direcția indică o ușoară reducere a fricii de „a-și pierde mințile” sau de a dezvolta probleme psihice din cauza anxietății. *Scorul global ASQ* a scăzut de la 1,64 la 1,14 ( $p = 0,020$ ), consolidând ideea că participanții sunt mult mai puțin speriați de propriile simptome de anxietate.

**Tabelul 3.8. scorurile medii la test și retest GE, pentru subscalele chestionarului ASQ**

Subscală	Test (M)	Retest (M)	P (Wilcoxon)
DS	1.286	1.000	0.046
Dcom	1.643	1.357	0.046
Dcog	1.929	1.714	0.257
SG	1.643	1.143	0.020

Prezentăm grafic în figura 3.7 scorurile medii la test și retest GE, pentru subscalele chestionarului ASQ – Anxietate (Dimensiunea somatică, Dimensiunea comportamentală, Dimensiunea cognitivă și Scor general).



**Fig. 3.7. Evoluția scorurilor medii pentru subscalele chestionarului ASQ, test-retest, GE**

Aceste rezultate sugerează o *schimbare psihologică majoră*: dacă înainte de program unii participanți se temeau de panică sau de simptomele stresului (teama de a leșina în public, de ex.), după program aproape toți au ajuns să perceapă aceste simptome ca fiind inofensive și trecătoare.

În termeni practici, *reacțiile lor de anxietate nu se mai autoamplifică*: odinioară, un mic simptom fizic putea declanșa un cerc vicios de frică („O să fac un atac de cord!”) care intensifica anxietatea; acum, acel simptom este privit cu calm, ceea ce *taie alimentarea fricii* și duce la remiterea mai rapidă a reacției anxioase. Aceasta contribuie la starea lor generală de bine – chiar dacă vor mai apărea situații stresante, participanții nu le vor mai transforma mental într-un pericol imediat nici pentru corp, nici pentru minte.

Per ansamblu, reducerea sensibilității la anxietate evidențiază încă o dată eficacitatea intervenției. Programul a inclus elemente de *psihoeucație* despre natura inofensivă a simptomelor de anxietate și exerciții de *expuere interoceptivă* (provocarea deliberată a unor senzații precum hiperventilația, pentru a demonstra subiecților că pot tolera acele senzații). Astfel de metode sunt cunoscute pentru efectul lor de desensibilizare, iar rezultatele obținute confirmă că participanții au învățat să nu-și mai fie teamă de propria reacție de „luptă sau fugi”. Acum, anxietatea lor nu mai are „combustibilul” fricii de frică, ceea ce le conferă o libertate emoțională mult mai mare în fața stresului și imprevizibilului.

#### **Adaptabilitatea / Flexibilitatea (Chelcea)**

Programul de intervenție a evaluat și *flexibilitatea adaptativă* (capacitatea de a accepta schimbarea și de a găsi soluții variate; scală după Chelcea). Scorurile acestei scale au prezentat variații mici de la test la retest, fără modificări semnificative statistice. La scala de *adaptabilitate/flexibilitate*, scorul mediu a crescut nesemnificativ de la 2,07 la 2,21 ( $p = 0,157$ ). Tendința de creștere sugerează totuși că participanții au devenit *mai flexibili și deschiși* față de situații noi sau față de schimbarea rutinelor. Flexibilitatea este un ingredient important al adaptării – persoane flexibile reușesc să se regrupeze rapid când apar obstacole și să încerce strategii alternative. Deși nu putem afirma cu certitudine că programul a îmbunătățit flexibilitatea (date fiind limitele statistice), direcția pozitivă observată este în concordanță cu celelalte rezultate (creșterea optimismului, scăderea anxietății), care implicit favorizează un comportament mai flexibil.

**Tabelul 3.9. Scorurile medii la test și retest GE, pentru la Adaptabilitate/Flexibilitate (A. Chelcea)**

Subscală	Test (M)	Retest (M)	P (Wilcoxon)
Adaptabilitate/Flexibilitate	2.071	2.214	0.157

În concluzie, *nu s-au observat schimbări semnificative în flexibilitate* pe durata programului. Ușoara creștere a flexibilității, deși nesemnificativă, merge în direcția scontată de specialiști pentru o bună adaptare.

*Cu referire la elementele prezentate pentru grupul experimental, test-retest evidențiem câteva concluzii: Programul de intervenție psihologică desfășurat pe parcursul a două luni a avut un impact pozitiv semnificativ asupra calității vieții, anxietății și adaptabilității psihosociale a participanților. Grupul experimental a arătat îmbunătățiri notabile pe mai multe planuri:*

- **Calitatea vieții** a crescut semnificativ – participanții se declară mai satisfăcuți de viața lor per ansamblu, trecând de la un nivel mediu de satisfacție la un nivel ridicat. Ei experimentează acum mai multă fericire subiectivă și împlinire personală, ceea ce sugerează că intervenția le-a îmbogățit viața în multiple arii valorizate (familie, sine, relații sociale, etc.). Acest rezultat este esențial, deoarece calitatea vieții reflectă starea de bine holistică a individului și integrează efectele benefice din celelalte domenii.
- **Reducerea anxietății** este unul dintre cele mai evidente succese ale programului. S-a constatat o scădere semnificativă atât a anxietății de moment, cât și a predispoziției spre anxietate generală, ceea ce indică o ameliorare a stării emoționale. Participanții fac față mai bine stresului, nu se mai simt copleșiți de griji zilnice și prezintă o reactivitate diminuată la factorii anxiogeni. De asemenea, pe latura socială, reducerea gândurilor negative și creșterea celor pozitive a condus la scăderea anxietății sociale și la creșterea încrederii în sine în interacțiuni. Practic, după program, indivizii sunt mai liniștiți, mai stăpâni pe ei înșiși și mai optimiști în legătură cu modul în care îi percep ceilalți – schimbări care pot avea efecte de domino benefice asupra vieții lor sociale și profesionale.
- **Adaptabilitatea psihosocială** a cunoscut îmbunătățiri vizibile: stabilitatea emoțională a crescut, semn că participanții își controlează mai eficient emoțiile negative și fac față mai bine provocărilor (nu mai cedează la fel de ușor în fața stresului). Totodată, internalizarea normelor sociale s-a accentuat ușor, sugerând că indivizii sunt mai ancorați în valorile comunității și își ghidează comportamentul după principii morale solide. Chiar dacă abilitățile de comunicare nu s-au modificat mult, subiecții și-au menținut un nivel bun al competențelor sociale. În mediul academic, s-au integrat mai bine prin consolidarea legăturilor de sprijin (familie) și printr-o gestionare mai eficientă a timpului – factori care pot crește reziliența la stresul universitar și, implicit, performanța academică. Flexibilitatea adaptativă a arătat o ușoară creștere, ceea ce corelat cu scăderea anxietății indică o *versatilitate mentală* mai mare: participanții sunt mai deschiși la schimbare și mai puțin speriați de necunoscut, trăsături definitorii pentru o adaptare reușită.

Importanța acestor schimbări rezidă și în *interdependența lor*: reducerea anxietății a contribuit la creșterea calității vieții (fiind mai puțin împovărați de teamă, subiecții se pot bucura mai mult de viață) și la sporirea adaptabilității (fără frica de eșec sau de simptome, pot aborda cu calm situații noi). La rândul său, creșterea satisfacției cu viața și a suportului social le oferă participanților resurse psihologice (optimism, stima de sine, susținere) care previn reîntoarcerea anxietății în viitor. Îmbunătățirea adaptării în mediul academic (ex. comunicarea cu familia, time management) poate reduce stresul universitar, completând tabloul scăderii anxietății și contribuind la menținerea unui nivel ridicat al calității vieții. Deci, programul de intervenție a avut un *impact*

*benefic*: a îmbunătățit starea psihologică (diminuând anxietatea și tensiunea), a consolidat atitudinile pozitive și resursele de coping (optimismul, percepția sprijinului social, gestionarea timpului) și a ridicat astfel nivelul general de bunăstare și funcționare al participanților. Domeniile cu *cele mai mari câștiguri* au fost cele legate de sănătatea mentală (anxietate, gândire negativă) și satisfacția personală, urmate de cele legate de adaptarea socială și academică (suportul social, echilibrul viață-studiu). *Nicio arie importantă nu a înregistrat declinuri semnificative*, ceea ce sugerează că intervenția a fost bine tolerată și nu a avut efecte adverse (de ex., nu a scăzut motivația academică, nu a indus complacere).

Prin aceste rezultate, se poate aprecia că obiectivele programului – de a crește calitatea vieții, de a reduce anxietatea și de a facilita adaptarea psihosocială – au fost în mare măsură atinse. Participanții au devenit mai *echilibrați emoțional, mai optimiști și mai bine ancorați social*, premize care le vor permite să facă față provocărilor viitoare cu mai mult succes. Pe viitor, ar fi util ca aceste schimbări să fie monitorizate în timp (follow-up) pentru a vedea dacă se mențin și ar fi posibil de extins programul cu componente adiacente (de ex. coaching academic) pentru a adresa și acele aspecte unde îmbunătățirile au fost modeste. Cu toate acestea, datele test–retest de față confirmă *eficacitatea intervenției* și evidențiază domeniile sale-cheie de impact, oferind o imagine clară a progresului realizat de grupul experimental.

## **2. Rezultatele pentru studenții din grupul de control (GC) test și grupul de control (GC) retest**

**Pasul următor vizează prezentarea rezultatelor pentru studenții din grupul de control (GC) test și grupul de control (GC) retest, conform celei de a doua direcții a cercetării realizate.** În continuare prezentăm rezultatele pentru grupul de control GC (n=14) test și grupul de control retest (M – medie, SD – abatere standard, *p* – nivel de semnificație Wilcoxon), la nivel comparativ, cu referire la schimbările înregistrate la mediile calității vieții. Variabila dată a fost identificată în urma administrării **Chestionarului - Calitatea Vieții (QOLI)**.

**Tabelul 3.10. Compararea scorului QOLI total - GC la test-retest**

<b>Scor calitatea vieții (QOLI)</b>	<b>Test (M ± SD)</b>	<b>Retest (M ± SD)</b>	<b><i>p</i> (Wilcoxon)</b>
Calitatea vieții – scor total (D)	2,36 ± 1,45	2,43 ± 1,16	0,655

Comparația scorului total QOLI la test și retest (grup control). Scorul a crescut ne semnificativ, indicând stabilitate a calității vieții. În acest context, referindu-ne la rezultatele obținute menționăm că: Valorile medii QOLI în GC au rămas practic neschimbate de la test la retest (Tabelul 3.10). Scorul mediu a crescut ne semnificativ (de la 2,36 la 2,43, *p* = 0,655), sugerând o **ușoară îmbunătățire** a calității vieții percepute (creșterea unui scor de tip D indică o tendință pozitivă), însă modificarea nu este semnificativă statistic.

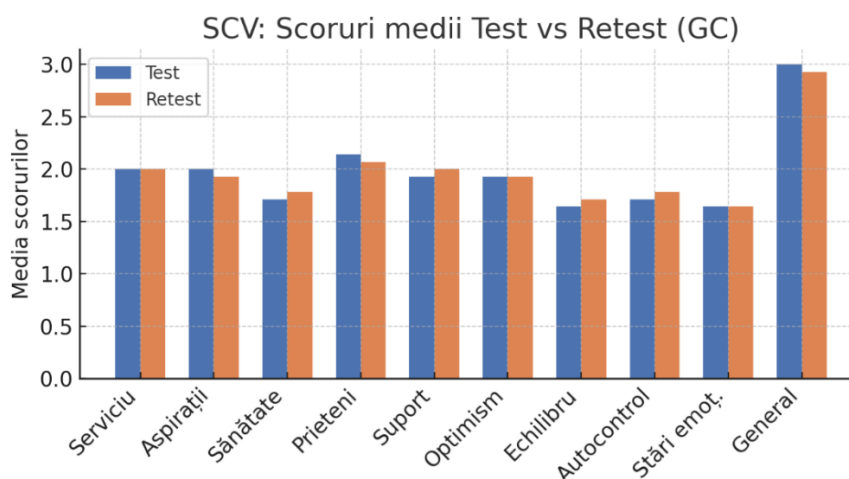
### **Chestionarul de satisfacție față de viață (SCV)**

Scorurile medii la test și retest pentru fiecare subscală SCV (satisfacția față de viață), alături de semnificația statistică a schimbării este prezentată în tabelul 3.11.

**Tabelul 3.11. omparația scorurilor medii SCV pe domenii, la test-retest - GC**

Domeniu SCV	Test (M ± SD)	Retest (M ± SD)	p Wilcoxon
Serviciu (carieră) (D)	2,00 ± 0,88	2,00 ± 0,88	1,000
Aspirații personale și realizări (D)	2,00 ± 0,88	1,93 ± 0,83	0,655
Sănătate (D)	1,71 ± 0,83	1,79 ± 0,80	0,317
Comunic. cu prietenii apropiați (D)	2,14 ± 0,86	2,07 ± 0,62	0,739
Suport social (D)	1,93 ± 0,83	2,00 ± 0,78	0,564
Optimism (D)	1,93 ± 0,73	1,93 ± 0,62	1,000
Echilibru psihic (D)	1,64 ± 0,84	1,71 ± 0,83	0,317
Autocontrol (D)	1,71 ± 0,73	1,79 ± 0,70	0,317
Stări emoționale (disconfort) (D)	1,64 ± 0,74	1,64 ± 0,63	1,000
<b>Scor general SCV (D)</b>	<b>3,00 ± 0,88</b>	<b>2,93 ± 0,92</b>	<b>0,317</b>

În figura 3.8 prezentăm grafic scorurile medii la test și retest GC, pentru fiecare subscală a chestionarului satisfacției față de calitatea vieții – SCV.



**Fig. 3.8. Comparația scorurilor SCV (medii pe subscale) la test-retest (GC)**

Deci, identificăm că nu apar diferențe semnificative între evaluări, indicând stabilitatea satisfacției față de calitatea vieții.

Tabelul 3.11 sintetizează mediile test-retest pentru fiecare domeniu SCV în grupul de control. Se observă că diferențele sunt foarte mici și niciuna nu atinge semnificația statistică (toate  $p \geq 0,317$ ). Tendința generală este de stabilitate: scorul general SCV a rămas aproape identic (ușoară scădere ne semnificativă de la 3,00 la 2,93). La nivel de subscale, modificările sunt inconsistente și minore – de exemplu, satisfacția pentru *Serviciu* a rămas neschimbată, *Autocontrolul* și *Suportul social* au crescut ușor (creșterea scorurilor D sugerează o îmbunătățire ușoară a satisfacției în acele domenii), în timp ce satisfacția pentru *Aspirații* și *Scorul general* au scăzut ne semnificativ (scăderea scorurilor D indicând o ușoară înrăutățire a satisfacției). Aceste fluctuații minore, însă, nu sunt semnificative statistic, ceea ce indică faptul că în absența intervenției nivelul de satisfacție al subiecților a rămas practic neschimbat.

### Chestionarul multifactorial de adaptabilitate (MLO-AM)

Rezultatele test-retest GC pentru scalele MLO-AM (GC, n=14) sunt prezentate în continuare (tabelul 3.12).

**Tabelul 3.12. Comparația mediilor MLO-AM (adaptabilitate) la test și retest GC**

Scala MLO-AM	Test (M ± SD)	Retest (M ± SD)	p Wilcoxon
Potențial personal de adaptare (PPA, D)	1,21 ± 0,43	1,29 ± 0,47	0,317
Stabilitate neuro-psihică (SN-P, D)	1,29 ± 0,47	1,29 ± 0,47	1,000
Capacități de comunicare (CC, D)	1,79 ± 0,43	1,79 ± 0,43	1,000
Norme morale (NM, D)	2,00 ± 0,00	1,93 ± 0,27	0,317

Din tabelul 3.12. observăm evoluția scorurilor medii MLO-AM (PPA – potențial adaptare, SN-P – stabilitate neuro-psihică, CC – capacități de comunicare, NM – norme morale) la test vs. retest. Nu s-au observat modificări semnificative (GC).

Valorile medii pe scalele MLO-AM în grupul de control au suferit *variații minime* între test și retest (Tabelul 3.12). Nicio diferență nu este semnificativă statistic ( $p = 1,000$  sau  $0,317$ ). *Potențialul de adaptare* a crescut nesemnificativ (+0,07), *Stabilitatea neuro-psihică* și *Capacitățile de comunicare* au rămas neschimbate (aceleași medii), iar *Normele morale* au scăzut ușor (-0,07). Conform interpretării de tip D, creșterile de scor indică o tendință pozitivă (adaptabilitate ușor crescută la PPA), iar scăderea la NM ar indica o ușoară scădere a conformării la norme, însă aceste schimbări sunt foarte mici. Per ansamblu, *nivelul de adaptabilitate al grupului de control a rămas constant*, neexistând modificări semnificative în absența intervenției.

### Chestionarul de adaptare la mediul studentesc (AMS/AMSSA)

Tabelul următor (3.13) sintetizează scorurile medii la testare și retestare, GC (n=14) pentru aceste 9 subscale ale adaptării academice

**Tabelul 3.13. Compararea mediilor chestionarului de adaptare academică (AMSSA), test-retest**

Scala de adaptare (AMSSA)	Test (M ± SD)	Retest (M ± SD)	p Wilcoxon
1a. Sociocomunicative (D)	2,07 ± 0,73	2,14 ± 0,66	0,317
1b. Ecosociale (D)	2,14 ± 0,66	2,07 ± 0,62	0,317
1c. Socioeconomice (D)	1,93 ± 0,83	1,93 ± 0,62	1,000
2a. Comunic. cu rude/prieteni (D)	1,79 ± 0,80	1,93 ± 0,62	0,317
2b. Comunic. cu colegii (D)	1,86 ± 0,77	1,93 ± 0,73	0,317
2c. Comunic. cu cadre did. (D)	2,07 ± 0,83	2,00 ± 0,78	0,564
3a. Identificare profesională (D)	2,29 ± 0,83	2,29 ± 0,61	1,000
3b. Formare profesională (D)	1,86 ± 0,95	1,93 ± 0,92	0,564
3c. Management timp personal (D)	1,71 ± 0,73	1,64 ± 0,63	0,317

Analizând scoruri medii la **Chestionarul de adaptare academică (AMSSA)** – comparație test vs. retest (GC), - nu s-au constatat diferențe semnificative, indicând o adaptare relativ neschimbată în timp în grupul de control. Deci, după cum se vede în Tabelul 3.13, scorurile medii AMS în grupul de control nu prezintă schimbări notabile de la test la retest. Nicio comparație nu este semnificativă (toate  $p > 0,3$ ). Evoluțiile sunt mixte: la unele subscale mediile au crescut ușor

(ex.: 1a, 2a, 2b, 3b – indicând tendințe pozitive, creșteri ale adaptării, deși minore), la altele au scăzut ușor (ex.: 1b, 2c, 3c – indicând tendințe negative minore). De exemplu, satisfacerea necesităților sociocomunicative (1a) a crescut de la 2,07 la 2,14, iar cea ecosociale (1b) a scăzut de la 2,14 la 2,07, ambele schimbări fiind foarte mici. *Per ansamblu, nivelul de adaptare academică a rămas stabil* în absența intervenției, neînregistrându-se modificări semnificative în niciun aspect al adaptării evaluate.

### **Inventarul de Anxietate Stare-Trăsătură (STAI) - Anxietatea psihologică**

Precum am menționat în conținutul anterior Inventarul STAI (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory) cuprinde două scale: 1) anxietății resimțite în momentul prezent (*anxietate de stat*, forma X1) și, 2) tendința generală spre anxietate ca trăsătură de personalitate (*anxietate de trăsătură*, forma X2). Rezultatele obținute pentru subiecții din grupul de control test-retest sunt prezentate în tabelul 3.14.

**Tabelul 3.14. Medii ale scorurilor STAI (stare și trăsătură) la test și retest - GC**

Scala anxietate (STAI)	Test (M ± SD)	Retest (M ± SD)	<i>p</i> Wilcoxon
Anxietate – Stare (X1, A)	2,29 ± 0,83	2,21 ± 0,80	0,317
Anxietate – Trăsătură (X2, A)	2,36 ± 0,93	2,29 ± 0,91	0,317

Din datele prezentate se observă scăderi minore, neînsemnate statistic, ale nivelului de anxietate. Scorurile STAI în grupul de control au prezentat scăderi minore de la test la retest. Atât anxietatea de stare cât și cea de trăsătură au avut medii ușor mai mici la retest (diferențe de –0,07 și –0,08, respectiv), sugerând o tendință nesemnificativă de reducere a anxietății în timp (conform scalei de tip A, o scădere a scorului indică o ameliorare a stării emoționale). Totuși, aceste diferențe nu sunt statistice semnificative ( $p = 0,317$  pentru ambele). Prin urmare, nivelul de anxietate al participanților din grupul de control a rămas practic constant pe parcursul intervalului evaluat.

### **Testul de autoevaluare a gândurilor în interacțiunile sociale (Glass și colab.)**

Rezultatele obținute pentru autoevaluarea gândurilor în interacțiunile sociale (Glass și colab.) la subiecții din grupul de control test-retest sunt prezentate în tabelul 3.15.

**Tabelul 3.15. Comparăția scorurilor medii la testul gândurilor în interacțiuni sociale (Glass) – GC**

Scala gânduri sociale (Glass)	Test (M ± SD)	Retest (M ± SD)	<i>p</i> Wilcoxon
Gânduri pozitive (AP, D)	1,79 ± 0,70	1,71 ± 0,73	0,317
Gânduri negative (AN, A)	2,07 ± 0,83	2,21 ± 0,70	0,157

Scorurile medii ale subscalelor de gânduri pozitive (AP) și negative (AN) în contexte sociale (testul Glass) la test vs. retest (GC) denotă că diferențele nu sunt semnificative, indicând un nivel relativ neschimbat al cognițiilor sociale. În grupul de control, scorul mediu al gândurilor pozitive (AP) a scăzut ușor de la 1,79 la 1,71, iar cel al gândurilor negative (AN) a crescut de la 2,07 la 2,21. Aceste modificări sugerează o tendință nesemnificativă de înrăutățire a profilului cognitiv în

situații sociale: participanții au avut puțin mai puține gânduri pozitive și puțin mai multe gânduri negative la retest (după 8 săptămâni), comparativ cu testul inițial. Totuși, diferențele nu sunt semnificative statistic ( $p = 0,317$  pentru AP, respectiv  $p = 0,157$  pentru AN). Per total, profilul de gânduri în interacțiuni sociale a rămas relativ stabil în absența oricărei intervenții, variațiile fiind minore.

### Chestionarul de anxietate academică (Alpert-Haber)

Cunoaștem, din descrierile anterioare, că **Chestionarul Alpert-Haber** evaluează două fațete specifice ale anxietății în mediul academic: *anxietatea care împiedică învățarea* (AIC), și *anxietatea care facilitează învățarea* (AFC). În acest context, prezentăm comparația scorurilor medii, în grupele de control (GC) la anxietatea academică (Alpert-Haber) – subscala care împiedică și cea care facilitează învățarea.

**Tabelul 3.16. Comparația scorurilor medii la anxietatea academică (Alpert-Haber) –GC**

Anxietate academică (Alpert)	Test (M ± SD)	Retest (M ± SD)	p Wilcoxon
Anxietate care <b>împiedică</b> (AIC, A)	1,93 ± 0,27	1,86 ± 0,36	0,317
Anxietate care <b>facilitează</b> (AFC, D)	2,00 ± 0,00	2,07 ± 0,27	0,317

În tabelul 3.16. sunt indicate scorurile medii la anxietate în învățare (AIC/AFC) – Alpert-Haber – comparație test – retest în grupul de control. Conform rezultatelor așa cum arată tabelul, scorurile de anxietate academică ale grupului de control s-au modificat foarte puțin între cele două evaluări. Anxietatea care împiedică învățarea (AIC) a scăzut nesemnificativ (de la 1,93 la 1,86;  $p = 0,317$ ), sugerând o diminuare minoră a anxietății maladaptive (scăderea unui scor A indică o schimbare pozitivă). În paralel, anxietatea care facilitează învățarea (AFC) a crescut ușor (de la 2,00 la 2,07;  $p = 0,317$ ), ceea ce indică o foarte mică amplificare a anxietății „productive” (creșterea unui scor D indică o tendință pozitivă). Niciuna dintre aceste variații nu este semnificativă statistic. Deci, concluzionăm că nivelul anxietății academice în grupul de control a rămas în esență constant, fără schimbări notabile în absența intervenției.

### Chestionarul de stil al anxietății (ASQ – dimensiuni somatică, comportamentală, cognitivă)

Pentru grupul de control, similar grupului experimental, a fost administrat și Chestionarul Anxiety Sensitivity Questionnaire (ASQ) ce măsoară trei dimensiuni: somatică (DS) – frica de senzații fizice asociate anxietății, comportamentală (DC) – teama de a nu-și pierde controlul comportamental din cauza anxietății, și cognitivă (DG) – frica de implicațiile cognitive ale anxietății, precum și valoarea globală (SG) care integrează cele trei dimensiuni (Tabelul 3.17).

**Tabelul 3.17. Comparația scorurilor medii la anxietatea academică (Alpert-Haber) – GC**

Scala anxietate (ASQ)	Test (M ± SD)	Retest (M ± SD)	p Wilcoxon
Dimensiunea somatică (A)	1,57 ± 0,65	1,71 ± 0,61	0,157
Dimensiunea comportamentală (A)	1,86 ± 0,66	2,00 ± 0,68	0,157
Dimensiunea cognitivă (A)	2,14 ± 0,77	2,21 ± 0,70	0,317
Scor global de anxietate (A)	1,57 ± 0,76	1,64 ± 0,74	0,317

Din rezultatele prezentate se constată uşoare creşteri ne semnificative ale nivelului anxietăţii pe toate dimensiunile în grupul de control (Tabelul 3.17). În absenţa intervenţiei, scorurile de anxietate (ASQ) din grupul de control au manifestat creşteri uşoare, neconcludente. Mediile la retest sunt puţin mai mari decât la test pe toate cele trei dimensiuni şi la scorul global. De exemplu, simptomele somatice au crescut de la 1,57 la 1,71, cele comportamentale de la 1,86 la 2,00, cele cognitive de la 2,14 la 2,21, iar scorul global (suma) de la 1,57 la 1,64. Conform interpretării (scale A), aceste creşteri sugerează o uşoară *înăutăţire* (nivel de anxietate ceva mai ridicat la retest), însă diferenţele nu au atins semnificaţia statistică ( $p$  variază între 0,157 şi 0,317). Prin urmare, nivelul anxietăţii în grupul de control a rămas relativ stabil, fără modificări semnificative, orice variaţie mică putând fi atribuită fluctuaţiilor aleatorii.

**Sumarizând asupra rezultatelor descrise pentru grupul de control la etapa test-retest subliniem următoarele aspecte:** În grupul de control (fără intervenţie psihologică), nu s-au observat schimbări semnificative între evaluarea iniţială (test) şi reevaluarea după 8 săptămâni (retest) la niciunul dintre instrumentele folosite. Toate diferenţele statistice ale mediilor sunt ne semnificative ( $p > 0,05$ ), ceea ce era de aşteptat într-un grup care nu a beneficiat de nicio intervenţie. Tendinţele minore de creştere sau scădere a scorurilor au fost inconsistente şi de magnitudine redusă:

- **Calitatea vieţii (QOLI) şi satisfacţia faţă de viaţă (SCV)** au rămas stabile, sugerând că nivelul de satisfacţie al participanţilor cu diferitele aspecte ale vieţii lor nu s-a modificat în mod notabil în decurs de două luni fără intervenţie.
- **Adaptabilitatea personală (MLO-AM) şi adaptarea la mediul studentesc (AMS)** nu au prezentat variaţii semnificative, indicând că abilităţile de adaptare ale studenţilor au rămas constante pe termen scurt în absenţa oricărui program de training sau consiliere.
- **Anxietatea (STAI, ASQ, anxietatea academică Alpert)** a manifestat doar fluctuaţii minore. În general, s-a observat o foarte uşoară tendinţă de scădere a anxietăţii generale (STAI) şi a celei legate de performanţe (AIC), respectiv o creştere ne semnificativă a anxietăţii sociale (Glass AN) şi a simptomelor de anxietate (ASQ), însă aceste tendinţe nu pot fi diferenţiate de variaţiile aleatorii.

În ansamblu, **lipsa modificărilor semnificative** în grupul de control confirmă faptul că **simplică trecere a timpului, neînsoţită de o intervenţie structurată, nu a produs îmbunătăţiri sau deteriorări notabile** în calitatea vieţii, adaptare sau nivelul de anxietate al participanţilor. Acest rezultat susţine validitatea designului de cercetare, în sensul că eventualele schimbări semnificative observate în grupul experimental (care a participat la programul de intervenţie psihologică) pot fi atribuite intervenţiei, şi nu unor factori externi sau trecerii timpului.

### 3. Rezultatele pentru studenții din grupul de experimental (GE) retest și grupul de control (GC) retest

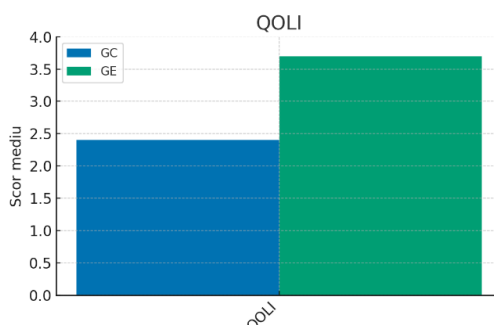
Pasul următor vizează prezentarea rezultatelor pentru studenții din grupul de experimental (GE) retest și grupul de control (GC) retest, conform celei de a treia direcții a cercetării realizate.

În continuare prezentăm rezultatele pentru **grupul de experimental (GE) retest și grupul de control (GC) retest**, la nivel comparativ, cu referire la schimbările înregistrate la mediile calității vieții. Amintim că variabila dată a fost identificată în urma administrării **Chestionarului - Calitatea Vieții (QOLI)**.

**Tabelul 3.18. Scorurile medii la retest pentru calitatea vieții (QOLI) – comparativ GC vs GE**

Grup	Scor mediu QOLI (retestare)	p (M-W)
GC (Control)	2,4	0,003**
GE (Experimental)	3,7	

Rezultatele pentru *Calitatea Vieții – Chestionarul QOLI* din tabelul 3.18 sunt prezentate grafic în figura 3.9.



**Fig. 3.9. Comparația scorului QOLI mediu, retest între GC și GE**

Scorul mediu QOLI în grupul experimental este considerabil mai mare decât în grupul de control (diferență semnificativă statistic,  $p = 0,003$ , test Mann-Whitney). Acest rezultat indică o **calitate a vieții** semnificativ îmbunătățită în rândul participanților GE comparativ cu GC. Conform scalei QOLI (cu interpretare directă – scor mai mare indicând o calitate a vieții mai bună), programul integrativ de intervenție pare să fi avut un impact pozitiv asupra satisfacției generale în viață a persoanelor din grupul experimental. În linie cu obiectivul principal al intervenției (creșterea calității vieții), participanții GE și-au îmbunătățit semnificativ satisfacția față de diferite domenii ale vieții, în timp ce nivelul de satisfacție al grupului de control a rămas mai scăzut.

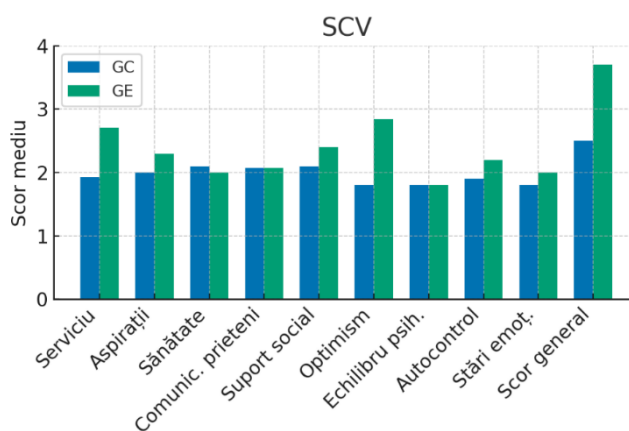
#### **Chestionar de Satisfacție pe Domenii de Viață (SCV)**

În tabelul 3.19 prezentăm scorurile medii la retest și semnificația statistică a schimbării pentru fiecare subscală SCV- Satisfacției pe Domenii de Viață.

**Tabel 3.19. Scoruri medii la retest pe subscalele SCV – comparativ GC vs GE**

Domeniu (SCV)	GC – medie	GE – medie	p (M-W)
Serviciu (carieră)	1,9	2,7	0,042*
Aspirații personale și realizări	2,0	2,3	0,15
Sănătate	2,1	2,0	0,62
Comunicarea cu prietenii apropiați	2,1	2,1	0,96
Support social	2,1	2,4	0,08
Optimism	1,8	2,8	0,002**
Echilibru psihic	1,8	1,8	0,88
Autocontrol	1,9	2,2	0,14
Stări emoționale pozitive	1,8	2,0	0,054
Scor general satisfacție	2,5	3,7	<0,001**

În figura 3.10 prezentăm grafic scorurile medii la retest GE și GC, pentru fiecare subscală a chestionarului satisfacției față de calitatea vieții – SCV.

**Fig. 3.10. Scorurile medii pe subscalele SCV, retest, comparând GC și GE**

Pentru majoritatea domeniilor de viață evaluate de chestionarul SCV, grupul experimental a obținut scoruri medii mai ridicate la retestare decât grupul de control. Diferențe semnificative apar în special la Serviciu (carieră) ( $p = 0,042$ ) și la Optimism ( $p = 0,002$ ). GE raportează o satisfacție sporită față de cariera lor și manifestă un optimism mai pronunțat comparativ cu GC. De asemenea, satisfacția generală cu viața (scorul general SCV) este mult mai mare la GE decât la GC ( $p < 0,001$ ), consolidând ideea unei îmbunătățiri globale a calității vieții în rândul participanților la intervenție. Alte domenii, precum Sănătatea, Comunicarea cu prietenii, Suportul social sau Autocontrolul, nu prezintă diferențe semnificative statistic între grupuri (toate  $p > 0,05$ ), indicând că în aceste arii nivelul de satisfacție a rămas similar în GE față de GC. Totuși, tendințe de creștere în favoarea GE se observă la Suport social ( $p = 0,08$ ) și Stările emoționale pozitive ( $p \approx 0,05$ , trend nesemnificativ), sugerând un posibil efect al programului și asupra suportului social perceput și a dispoziției emoționale, chiar dacă diferențele nu ating pragul de semnificație statistică. Per ansamblu, datele SCV arată că programul a avut impact în special asupra satisfacției legate de realizările personale și atitudinea optimistă, elemente ce pot fi corelate cu tehnicile de autoreglare

emoțională și intervențiile pozitive (ex. aromaterapie) incluse în program.

### **Adaptabilitatea Psihosocială – Chestionarul MLO-AM (A.G. Maklakov și S.V. Chermyanin)**

În continuare prezentăm scorurile medii la retest pentru subscalele MLO-AM, care conturează Profilul de Maturitate Psiho-Emoțională (MLO-AM), la nivel comparativ, pentru grupul de control (GC) și grupul experimental (GE).

**Tabelul 3.20. Scoruri medii la retest pentru subscalele MLO-AM – comparativ GC – GE**

Subscala MLO-AM	GC – medie	GE – medie	p (M-W)
Potențial personal de adaptare (PPA)	1,5	1,5	0,46
Stabilitate neuro-psihică (SN-P)	1,4	1,8	0,008**
Capacități de comunicare (CC)	1,8	2,0	0,18
Norme morale (NM)	2,0	1,9	0,58

Dintre cele patru dimensiuni măsurate de MLO-AM, doar *Stabilitatea neuro-psihică* (echilibrul emoțional și reziliența psihică) a înregistrat o diferență semnificativă: GE a obținut un scor mediu mai mare (1,8) față de GC (1,4), indicând o *stabilitate emoțională* îmbunătățită în grupul experimental ( $p = 0,008$ ). Acest rezultat sugerează că intervențiile de autoreglare și suportul oferit (inclusiv psihoaromaterapia) au contribuit la reducerea instabilității emoționale și a vulnerabilității la stres în rândul GE, comparativ cu grupul de control. Pentru celelalte subscale MLO-AM – *Potențialul personal de adaptare*, *Capacitățile de comunicare* și *Respectarea normelor morale* – nu apar diferențe semnificative între GE și GC (toate  $p > 0,1$ ). Ambele grupuri au valori similare la aceste capitole, semnalând că programul nu a modificat în mod notabil capacitatea de adaptare generală, abilitățile de comunicare sau orientarea către norme morale ale participanților. Totuși, creșterea clară a stabilității neuro-psihiice la GE indică un efect specific al programului asupra reglării emoțiilor și reducerii anxietății, efect ce corespunde așteptărilor privind scăderea anxietății în rândul grupului experimental.

### **Adaptarea la mediul academic – Chestionarul AMS (S. Rusnac și colab.)**

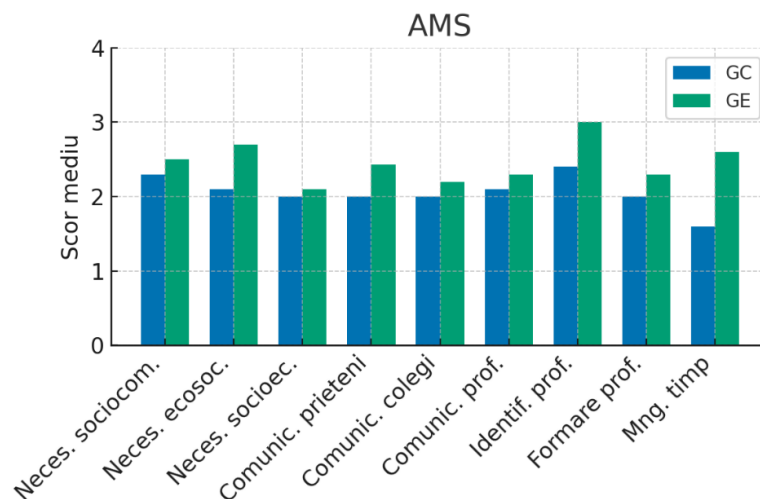
Cunoaștem că adaptarea la mediul academic, conform **Chestionarului AMS**, prezintă gradul în care studenții și-au satisfăcut diverse nevoi și s-au integrat în mediul universitar, pe trei domenii principale: 1) nevoi sociocomunicative, ecosociale și socioeconomice (subscale 1a, 1b, 1c), 2) nevoia de comunicare cu diferite grupuri – rude/prieteni, colegi, cadre didactice (subscale 2a, 2b, 2c), și 3) nevoi de dezvoltare personală legate de statutul academic – identificare profesională, formare profesională, managementul timpului (subscale 3a, 3b, 3c). Tabelul 3.21 sintetizează scorurile medii la retestare, GC-GE, pentru aceste 9 subscale ale adaptării academice.

**Tabelul 3.21. Scoruri medii la retest pentru subscalele AMS – comparativ GC vs GE**

Scala AMS ( <i>necesitate satisfăcută</i> )	GC – medie	GE – medie	p (M-W)
1a. Sociocomunicative	2,3	2,5	0,17
1b. Ecosociale	2,1	2,7	0,006**

1c. Socioeconomice	2,0	2,1	0,21
2a. Comunicarea cu rude/prieteni	2,0	2,4	0,018*
2b. Comunicarea cu colegii (facultate)	2,0	2,2	0,20
2c. Comunicarea cu cadre didactice	2,2	2,3	0,14
3a. Identificare profesională	2,4	3,0	0,0004**
3b. Formare profesională	2,0	2,3	0,19
3c. Managementul timpului personal	1,6	2,6	0,0009**

Prezentăm grafic (în figura 3.11) rezultatele din tabelul 3.21. în care sunt indicate scorurile medii la adaptarea academică (AMS) – comparație retest, la GC-GE, pentru fiecare subscală.



**Fig. 3.11. Comparația scorurilor medii pe subscalele AMS, retest, comparând GC și GE**

Datele chestionarului AMS (axat pe gradul în care diverse necesități psihosociale sunt satisfăcute) evidențiază mai multe beneficii clare ale programului pentru grupul experimental. În special, participanții GE raportează satisfacerea semnificativ mai bună a necesităților ecosociale (legătura cu mediul, comunitatea – scor 1b,  $p = 0,006$ ) și a necesităților de comunicare cu familia și prietenii (scor 2a,  $p = 0,018$ ) față de participanții din GC. Aceste rezultate sugerează că intervenția a condus la o integrare socială mai bună și la îmbunătățirea relațiilor de suport în rândul GE. De asemenea, necesitatea de identificare profesională (3a) și managementul timpului personal (3c) sunt mult mai bine împlinite în GE decât în GC – diferențe foarte semnificative ( $p < 0,001$ ). Acest fapt indică un efect pozitiv al programului asupra clarificării obiectivelor profesionale și asupra abilității de gestionare a timpului și organizare personală în grupul experimental. Aceste aspecte pot fi legate de componenta de autoreglare a programului, care probabil i-a ajutat pe participanți să-și definească mai bine identitatea profesională și să-și structureze eficient activitățile zilnice. Pe de altă parte, pentru alte dimensiuni (de exemplu satisfacerea necesităților sociocomunicative – 1a, socioeconomice – 1c, comunicarea cu colegii – 2b, comunicarea cu profesorii – 2c, sau formarea profesională – 3b), nu se observă diferențe statistice semnificative între GE și GC ( $p > 0,1$  în toate aceste cazuri). Atât grupul de control, cât și cel experimental au niveluri similare în satisfacerea acestor categorii de nevoi. Totuși, direcția diferențelor (scorurile

fiind ușor mai mari la GE decât la GC în aproape toate cazurile) sugerează o tendință generală de îmbunătățire în favoarea GE, chiar dacă pentru aceste subscale efectul nu a atins semnificație statistică. În ansamblu, rezultatele AMS confirmă că programul integrativ a avut un impact deosebit în zonele legate de socializare, sprijin social și autorealizare profesională, aspecte esențiale ale calității vieții vizate de intervenție.

### **Testul Adaptabilitate și Flexibilitate (Chelcea)**

Amintim că acest test reflectă nivelul de flexibilitate cognitivă și comportamentală, adică abilitatea persoanelor de a-și ajusta reacțiile, strategiile și atitudinile în funcție de cerințele mediului; are un rol central în reziliența psihologică și în menținerea echilibrului emoțional în fața stresului. În tabelul 3.22 prezentăm scorul mediu de adaptabilitate/flexibilitate, comparativ GC vs GE, pentru retest.

**Tabelul 3.22. Scorul mediu de adaptabilitate/flexibilitate la retest – comparativ GC vs GE**

<b>Grup</b>	<b>Scor mediu Adap</b>	<b>p (M-W)</b>
GC (Control)	2,1	0,42
GE (Experimental)	2,2	

La nivelul adaptabilității și flexibilității personale – măsurate prin scala Chelcea (*Adaptabilitate* – interpretare directă, scorurile mai mari indicând o flexibilitate mai bună) – *nu s-au observat diferențe semnificative* între cele două grupuri la retestare ( $p = 0,42$ ). Ambele GC și GE au obținut scoruri medii similare (în jur de 2,1–2,2 din 3). Aceasta indică faptul că programul de intervenție nu a influențat în mod semnificativ nivelul de adaptabilitate generală și flexibilitate psihologică a participanților. Cu alte cuvinte, capacitatea de a se adapta la schimbări și de a rămâne flexibil în gândire și comportament s-a menținut la un nivel comparabil pentru ambele grupuri, probabil deoarece aceste trăsături sunt mai stabile și pot necesita o perioadă mai lungă sau intervenții mai specifice pentru a se modifica.

### **Inventarul STAI-X (Anxietate de Stare și Trăsătură) Spielberger**

În continuare prezentăm scorurile medii ale anxietății ca trăsătură și stare (STAI) (Tabelul 2.23), retest, comparativ pentru GC și GE.

**Tabel 3.23. Scorurile medii la Inventarul de Anxietate STAI – comparativ GC vs GE, retest**

<b>Scala STAI</b>	<b>GC – medie</b>	<b>GE – medie</b>	<b>p (M-W)</b>
STAI X1 (anxietate de stare)	2,4	1,1	0,001**
STAI X2 (anxietate de trăsătură)	2,3	1,6	0,032*

La retest, grupul experimental a manifestat niveluri de anxietate mult mai scăzute comparativ cu grupul de control, atât în ceea ce privește anxietatea de stare (STAI X1, care măsoară anxietatea resimțită „în acest moment”), cât și anxietatea de trăsătură (STAI X2, tendința generală spre anxietate). Scorul mediu STAI X1 al GE este 1,1, față de 2,4 la GC – diferență foarte semnificativă statistic ( $p = 0,001$ ). De asemenea, la STAI X2, GE are un scor mediu de 1,6 comparativ cu 2,3 la GC, diferență semnificativă ( $p = 0,032$ ). Reamintim că în inventarul STAI, scorurile mai mici

indică un nivel mai redus de anxietate. Prin urmare, aceste rezultate demonstrează că programul de intervenție a reușit să reducă atât anxietatea de moment, cât și predispoziția cronică spre anxietate în rândul participanților din grupul experimental. Diferența sugerează că tehnicile de autoreglare emoțională (cum ar fi exercițiile de relaxare, respirație sau mindfulness) combinate cu aromaterapia și celelalte componente ale programului au avut un efect benefic, ajutând substanțial la gestionarea stresului și a emoțiilor negative. În schimb, grupul de control nu a beneficiat de aceste strategii, menținând niveluri de anxietate semnificativ mai ridicate. Acest rezultat susține puternic obiectivul programului, care viza reducerea anxietății participanților prin intervenție psihologică integrativă.

### **Chestionarul Glass - Scala Gândirii Pozitive/Negative (Glass și colab.)**

În lucrarea dată, amintim că s-a evaluat și modificarea tiparelor de gândire asociate anxietății sociale în interacțiuni, utilizând chestionarul elaborat de Glass și colab. Chestionarul face referire la două subscale cognitive: 1) *anxietate negativă* (AN), care reflectă frecvența gândurilor sau așteptărilor negative în situații sociale, și 2) *anxietate pozitivă* (AP), care reflectă prezența gândurilor de încurajare și a evaluărilor pozitive privind sinele în interacțiuni.

**Tabel 3.24. Scorurile medii la subscalele anxietății Glass, retest – comparativ GC vs GE**

Scala de gândire (Glass)	GC – medie	GE – medie	p (M-W)
Gândire pozitivă (Glass AP)	1,7	2,6	0,003**
Gândire negativă (Glass AN)	2,4	1,0	0,0002**

Rezultatele scalei Glass arată diferențe notabile între grupuri în modul de gestionare a gândurilor pozitive și negative. *Grupul experimental a obținut un scor semnificativ mai ridicat la subscala de gândire pozitivă* (Glass AP) comparativ cu GC ( $p = 0,003$ ), indicând faptul că participanții GE au dezvoltat mai multe gânduri pozitive și o atitudine mentală mai optimistă după program. Conform interpretării, un scor înalt la această scală semnalează prezența unui număr crescut de gânduri pozitive și autosugestii constructive, deci programul i-a ajutat pe membrii GE să își consolideze tiparele de gândire pozitivă.

În același timp, *gândirea negativă* (tendința de a avea așteptări pesimiste sau de a rumina asupra aspectelor negative, măsurată prin Glass AN) a scăzut puternic în grupul experimental față de control. GE are un scor mediu de doar 1,0 la gândire negativă, față de 2,4 la GC – diferență extrem de semnificativă ( $p = 0,0002$ ). Un scor mai mic pe această scală indică mai puține gânduri negative intruzive, ceea ce sugerează că intervenția a fost eficientă în reducerea gândirii anxioase și pesimiste la participanții GE. Practicile de restructurare cognitivă și tehnicile de relaxare folosite în program probabil au contribuit la acest rezultat, ajutând participanții să combată mai bine gândurile negative și să le înlocuiască cu unele mai realiste sau pozitive. În concluzie, scala Glass confirmă că programul integrativ a sporit gândirea pozitivă și a diminuat gândirea negativă la grupul experimental, în concordanță cu scopul de a reduce anxietatea și a îmbunătăți starea de bine

mentală.

### **Anxietatea în context academic – Chestionarul Alpert-Haber (Anxietatea care împiedică / facilitează învățarea)**

Scorurile medii retest, GC-GE, la Chestionarul Alpert-Haber care evaluează două fațete specifice ale anxietății în mediul academic: 1) *anxietatea care împiedică învățarea* (AIC, *anxietate interferentă*) și 2) *anxietatea care facilitează învățarea* (AFC, *anxietate motivantă*) sunt prezentate în tabelul 3.25.

**Tabelul 3.25. Scorurile medii la anxietate (Alpert-Haber), retest – comparativ GC vs GE**

Scala Alpert	GC – medie	GE – medie	p (M-W)
Anxietatea care <b>împiedică</b> învățarea (AIC)	2,1	1,8	0,087
Anxietatea care <b>facilitează</b> învățarea (AFC)	2,1	2,2	0,29

Testul Alpert-Haber evaluează două fațete ale anxietății legate de învățare și performanță: anxietatea interferențială (care blochează sau împiedică însușirea cunoștințelor) și anxietatea facilitatoare (o tensiune pozitivă, care stimulează efortul și învățarea). Conform fișei de interpretare, un scor mai mic la AIC indică un nivel redus de anxietate dăunătoare, iar un scor mai mare la AFC indică un nivel mai ridicat de anxietate benefică, motivantă. În rezultatele de față, nu apar diferențe semnificative statistic între GE și GC pentru niciuna dintre cele două componente. Grupul experimental tinde să aibă un scor mediu AIC puțin mai scăzut (1,8 față de 2,1 la GC), sugerând o posibilă reducere a anxietății care interferează cu învățarea în GE, însă această diferență nu atinge semnificație ( $p = 0,087$ ). Similar, la anxietatea care facilitează învățarea (AFC), scorurile celor două grupuri sunt practic egale ( $\sim 2,1-2,2$ ;  $p = 0,29$ ), ceea ce indică faptul că programul nu a influențat considerabil modul în care anxietatea este folosită ca factor motivator în procesul de învățare.

Absența unor diferențe semnificative poate fi explicată prin faptul că acest tip de anxietate de performanță academică nu a fost un focus direct al intervenției (programul fiind mai axat pe anxietatea generală și calitatea vieții). Totuși, se remarcă o ușoară tendință de scădere a anxietății interferente la GE (scor AIC mai mic), ceea ce ar putea semnala că participanții din grupul experimental au resimțit ceva mai puțin blocaj emoțional în situații de învățare sau evaluare, comparativ cu controlul. În ansamblu însă, efectul programului asupra anxietății de performanță nu este pronunțat, ambele grupuri rămânând similare sub acest aspect la retestare.

### **Chestionarul ASQ - Anxiety Sensitivity Questionnaire / Sensibilitatea la stres fizic și cognitiv (Anxietate – dimensiuni Somatică, Comportamentală, Cognitivă și Scor Global)**

În cazul dat, prezentăm în tabelul 3.26 scorurile medii retest, GC-GE, la Chestionarul ASQ - Anxiety Sensitivity Questionnaire / Sensibilitatea la stres fizic și cognitiv care evaluează 3 dimensiuni ale anxietății: 1) Somatică, 2) Comportamentală, 3) Cognitivă și Scorul Global al anxietății.

**Tabelul 3.26. Scorurile medii la retest pentru chestionarul ASQ – comparativ GC vs GE**

Dimensiune ASQ	GC – medie	GE – medie	p (M-W)
Somatică (manifestări fizice)	1,7	1,0	0,0004**
Comportamentală (evitare/acțiuni)	2,2	1,1	0,012*
Cognitivă (gânduri anxioase)	2,2	1,7	0,075
Scor global anxietate (ASQ-SG)	1,8	1,1	0,017*

Chestionarul ASQ, care surprinde anxietatea pe trei dimensiuni – somatică (simptome fizice de anxietate), comportamentală (tendințe de evitare și agitație) și cognitivă (gânduri și preocupări anxioase) – precum și un scor global, arată îmbunătățiri semnificative în grupul experimental. După program, GE are scoruri considerabil mai mici la anxietatea somatică (1,0 vs 1,7 la GC,  $p < 0,001$ ) și la componenta comportamentală (1,1 vs 2,2,  $p = 0,012$ ). Aceste diferențe indică o reducere a simptomelor fizice de anxietate (cum ar fi tensiunea musculară, tahicardia, etc.) și o scădere a comportamentelor de evitare și neliniște în rândul grupului experimental, comparativ cu controlul. Cu alte cuvinte, participanții GE nu doar că se simt mai puțin anxioși fizic, dar își controlează și comportamentele legate de anxietate mult mai bine (nu mai evită în aceeași măsură situațiile stresante și prezintă mai puțină agitație).

În ceea ce privește anxietatea cognitivă (gândurile și grijile persistente), GE a obținut scoruri mai mici (1,7) decât GC (2,2), însă diferența nu a atins pragul de semnificație statistică ( $p = 0,075$ ). Aceasta sugerează o tendință de reducere și a ruminățiilor sau îngrijorărilor excesive în grupul experimental, deși variabilitatea acestor manifestări cognitive a fost mai mare, astfel încât diferența nu este certă statistic. Chiar și așa, direcția este favorabilă GE, posibil datorită tehnicilor învățate de gestionare a gândurilor anxioase.

Cel mai important, scorul global ASQ (care cumulează toate cele trei dimensiuni) este semnificativ mai mic la grupul experimental (1,1) față de control (1,8), cu  $p = 0,017$ . În condițiile în care pentru ASQ scorurile mai mici indică un nivel general de anxietate mai scăzut, acest rezultat confirmă faptul că programul de intervenție a reușit să reducă nivelul global al anxietății în rândul participanților GE. Per total, datele ASQ completează constatările de la STAI, arătând o reducere substanțială a manifestărilor anxioase de diferite tipuri în grupul experimental. Participanții care au urmat programul prezintă mai puține simptome fizice de anxietate, se comportă mai calm și evită mai puțin situațiile dificile, și au o scădere (chiar dacă modestă) a tendinței de a se îngrijora obsesiv. Aceste schimbări, coroborate cu creșterea gândirii pozitive observate anterior, indică un impact benefic al intervenției integrative asupra ansamblului reacțiilor de anxietate, îndeplinind obiectivul de reducere a anxietății în viața de zi cu zi a participanților.

Analiza comparativă a datelor de retestare pentru grupul experimental (GE) și grupul de control (GC) demonstrează *eficiența programului psihologic integrativ* în atingerea obiectivelor sale principale: creșterea calității vieții și reducerea anxietății în rândul participanților din GE.

Rezumând constatările menționăm că:

- **Calitatea vieții** (QOLI și satisfacția pe multiple domenii SCV) s-a ameliorat semnificativ în GE față de GC. Participanții care au urmat programul raportează o satisfacție sporită în viața lor, în special legată de carieră, optimism, atingerea obiectivelor personale și satisfacția globală. Aceasta indică un efect pozitiv holistic al intervenției asupra bunăstării subiective.
- **Anxietatea** (evaluată multi-dimensional prin STAI, ASQ, scala Glass) a scăzut substanțial la grupul experimental comparativ cu controlul. GE prezintă niveluri mult mai reduse de anxietate de stare și de trăsătură, mai puține simptome fizice și comportamentale de anxietate, precum și o diminuare a tendințelor de gândire negativă și îngrijorare. Simultan, programul a încurajat gândirea pozitivă și mecanismele de coping adaptativ (ex. reducerea evitării), ceea ce a contribuit la scăderea anxietății resimțite de participanți.
- **Stabilitatea emoțională și neuro-psihică** (MLO-AM SN-P) a crescut la GE, sugerând o reziliență mai mare la stres și o mai bună reglare emoțională după intervenție. De asemenea, participanții GE și-au satisfăcut mai bine nevoile de **relaționare socială și realizare personală/profesională** (date AMS), elemente strâns legate de o calitate sporită a vieții și o anxietate redusă pe termen lung.
- Pe alte aspecte precum **adaptabilitatea generală** sau anumite forme de anxietate de performanță academică, nu s-au observat efecte notabile ale programului – lucru de altfel previzibil, întrucât aceste variabile fie erau în afara ariei principale de intervenție, fie necesită intervenții mai îndelungate pentru a fi influențate.

În concluzie, datele cantitative de retestare susțin cu fermitate eficacitatea programului de intervenție psihologică cu caracter integrativ (autoreglare și aromaterapie) implementat în grupul experimental. După parcurgerea programului, participanții GE se bucură de o calitate a vieții semnificativ îmbunătățită și de un nivel diminuat de anxietate comparativ cu persoanele din grupul de control. Aceste constatări empirice validează obiectivul general al intervenției și sugerează că abordarea integrativă utilizată (îmbinând tehnici de autoreglare emoțională cu strategii complementare precum aromaterapia) reprezintă o metodă eficientă. Participanții din grupul experimental au dobândit, probabil, abilități mai bune de gestionare a stresului și emoțiilor, și și-au modificat în sens pozitiv perspectivele și atitudinile (mai multe gânduri pozitive, mai puține gânduri negative), ceea ce se reflectă în îmbunătățirile multiple evidențiate de date. În absența unor schimbări similare în grupul de control, putem atribui aceste beneficii implementării programului de intervenție. Prin urmare, rezultatele prezente oferă un argument solid în favoarea *eficienței programului integrativ* pentru reducerea anxietății prin eficientizare a calității vieții și a adaptabilității psihosociale putând recomanda aplicarea lui pe scară mai largă sau extinderea sa pe durate mai lungi, pentru consolidarea și menținerea acestor efecte terapeutice.

*\*Notă:* Valorile **p** provin din testele neparametrice Mann-Whitney U aplicate la retestare pentru comparația GC vs GE. Nivel de semnificație:  $p < 0,05$  (marcat cu \*),  $p < 0,01$  (marcat cu\*\*).

### 3.5. Concluzii la capitolul 3

1. Acest capitol nu doar validează un cadru formativ complex, ci evidențiază, într-o manieră integrativă, mecanismele prin care diminuarea anxietății devine efectul direct al optimizării adaptabilității psihosociale și al recalibrării percepției asupra calității vieții. Datele obținute în experimentul de constatare nu sunt simple constatări descriptive, ci indică relații cauză–efect clare: prevalența ridicată a anxietății (STAI, ASQ, anxietate academică) corelează cu niveluri scăzute ale adaptabilității (MLO-AM, flexibilitate, integrare academică) și cu o evaluare negativă a propriei vieți (QOLI), sugerând un dezechilibru sistemic între resursele interne și cerințele mediului. În acest context, programul de intervenție devine o construcție inovativă, fundamentată pe transformarea acestor relații disfuncționale printr-o arhitectură aplicativă în 14 ședințe, în care psihoeducația, restructurarea cognitivă, reglarea emoțională și dezvoltarea competențelor sociale acționează sinergic asupra variabilelor implicate. Designul experimental, bazat pe comparația dintre grupul experimental și cel de control și susținut de analize statistice riguroase (Wilcoxon, Mann-Whitney), nu doar testează ipoteza, ci confirmă semnificația intervenției: modificările observate reflectă nu întâmplări izolate, ci efecte structurale, în care schimbarea cognitivă generează adaptabilitate, care susține starea de bine. Astfel, interpretarea datelor depășește nivelul descriptiv și relevă un model funcțional în care reducerea anxietății apare ca rezultat al reconfigurării relației individ–mediu, demonstrând valoarea aplicativă și inovativă a programului elaborat.
2. Analiza comparativă test-retest pentru grupul experimental evidențiază impactul semnificativ al programului de intervenție asupra variabilelor investigate. În primul rând, creșterea semnificativă a scorului global QOLI și a scorului general SCV, în special pe dimensiunea optimismului, indică o ameliorare autentică a satisfacției cu viața și a perspectivei asupra propriului parcurs existențial. Participanții au trecut de la o stare de satisfacție moderată la una ridicată, fără a mai înregistra scoruri extrem de scăzute, ceea ce reflectă consolidarea stării de bine subiective. În plan adaptativ, rezultatele MLO-AM confirmă o creștere a potențialului personal de adaptare, a stabilității neuro-psihice și a internalizării normelor morale, sugerând o mai bună autoreglare emoțională și o integrare socială mai matură. La nivel academic (AMS), îmbunătățirea comunicării cu familia și a managementului timpului relevă dezvoltarea unor resurse funcționale esențiale pentru reducerea stresului universitar. Cele mai consistente schimbări s-au înregistrat la nivelul anxietății: scăderi semnificative ale anxietății de stare și de trăsătură (STAI), reducerea sensibilității la simptomele anxietății (ASQ) și restructurarea

cognitivă favorabilă (Glass) confirmă eficiența intervenției în diminuarea vulnerabilității emoționale. Per ansamblu, datele validează eficacitatea programului în optimizarea echilibrului psihologic, creșterea adaptabilității și consolidarea calității vieții studenților.

3. Rezultatele obținute la grupul de control evidențiază absența unor modificări semnificative între etapa de test și cea de retest pentru variabilele investigate. Scorurile privind calitatea vieții (QOLI) și satisfacția față de viață (SCV) au rămas stabile, cu fluctuații minore și ne semnificative statistic. De asemenea, adaptabilitatea personală (MLO-AM) și adaptarea la mediul studentesc (AMSSA) nu au înregistrat schimbări relevante, indicând menținerea aceluiași nivel funcțional în timp. În plan emoțional, anxietatea generală (STAI), anxietatea academică (Alpert-Haber), sensibilitatea la anxietate (ASQ) și cognițiile sociale (Glass) au prezentat doar variații reduse, atribuibile fluctuațiilor aleatorii. În ansamblu, datele confirmă că, în absența intervenției psihologice, simpla trecere a timpului nu determină schimbări semnificative.
4. Analiza rezultatelor la etapa retest evidențiază clar eficiența programului psihologic integrativ în grupul experimental (GE) comparativ cu grupul de control (GC). Participanții GE au înregistrat îmbunătățiri semnificative ale calității vieții, inclusiv satisfacție crescută în carieră, optimism și realizări personale, confirmate de scorurile QOLI și SCV. Nivelurile de anxietate s-au redus, iar manifestările somatice și comportamentale ale anxietății au scăzut, concomitent cu creșterea gândirii pozitive (Glass, STAI, ASQ). Stabilitatea neuro-psiho-emoțională și satisfacerea nevoilor sociale și academice s-au îmbunătățit pentru MLO-AM și AMS. Rezultatele susțin impactul pozitiv holistic al programului de intervenție psihologică asupra reducerii anxietății / distresului psihologic în GE prin eficientizarea adaptabilității psihosociale și a calității vieții.
5. Programul de intervenție psihologică elaborat, cu titlul *Diminuarea nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității psihosociale și a calității vieții* propus pentru diminuarea nivelului de anxietate, eficientizarea nivelului de adaptabilitate psihosocială și creșterea calității vieții studenților a fost validat, demonstrând că are un impact pozitiv. În acest context subliniem că s-a confirmat ipoteza cercetării conform căreia intervenția sistematică, fundamentată teoretic și aplicată în condiții controlate, contribuie la reducerea semnificativă a anxietății și la creșterea adaptabilității psihosociale, a calității și satisfacției vieții.

## CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

În concluzie, prezentăm rezultatele științifice identificate în conformitate cu tema, scopul, obiectivele și ipotezele cercetării:

1. *Fundamentarea teoretico-științifică a relației dintre calitatea vieții, adaptabilitatea psihosocială și anxietate.* La nivel teoretic, a fost sistematizat și extins cadrul conceptual privind calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială a persoanelor cu anxietate, prin integrarea perspectivelor cognitive, comportamentale și existențial-umaniste. Calitatea vieții este conceptualizată ca evaluare subiectivă multidimensională a satisfacției în domenii semnificative (personal, social, academic, profesional), iar adaptabilitatea psihosocială – ca ansamblu de resurse interne și comportamente care facilitează ajustarea eficientă la cerințele mediului. Anxietatea este analizată atât ca stare tranzitorie, cât și ca trăsătură stabilă, incluzând dimensiuni cognitive, somatice și comportamentale. A fost elaborat un model explicativ integrativ care evidențiază rolul predictor al adaptabilității psihosociale (stabilitate neuro-psihică, potențial personal de adaptare, competențe sociocomunicative, autoreglare) asupra calității vieții, precum și rolul mediator al anxietății în această relație. Modelul susține că nivelurile ridicate de anxietate afectează negativ percepția calității vieții și eficiența adaptării, în timp ce resursele psihosociale funcționează ca factori protectivi. Contribuția teoretică constă în articularea unui cadru coerent care explică interdependența dintre calitatea vieții / bunăstarea subiectivă și mecanismele de reglare emoțională în context universitar (Capitolul 1), [17; 19; 20].

2. *Identificarea particularităților calității vieții și adaptabilității psihosociale în funcție de factori psihosociale.* Au fost identificate particularitățile calității vieții, adaptabilității psihosociale și anxietății din perspectiva factorilor psihosociale: țara de origine; gen; mediul de proveniență; nivelul de studii, ciclul universitar, și anul de studii; vârstă; utilizarea aromelor uleiurilor esențiale; tipuri de uleiuri esențiale utilizate. Analiza comparativă a evidențiat diferențe semnificative statistic între subgrupuri. De exemplu, femeile au raportat niveluri mai ridicate de suport social și comunicare interpersonală, însă și niveluri mai crescute ale anxietății de trăsătură. Masteranzii și persoanele cu vârstă mai mare au manifestat autoreglare emoțională mai eficientă și anxietate redusă comparativ cu studenții din ciclul de licență. Performanța academică ridicată s-a asociat cu optimism crescut, satisfacție globală mai mare și niveluri scăzute de anxietate debilitantă. Aceste rezultate confirmă influența contextului social și a variabilelor demografice asupra funcționării psihosociale, subliniind necesitatea abordărilor diferențiate în intervențiile psihologice (Capitolul 2), [122; 123].

3. *Elaborarea profilului psihologic al persoanelor cu nivel diferit de anxietate.* Au fost identificate profile psihologice distincte ale persoanelor cu nivel ridicat versus scăzut de anxietate, din perspectiva calității vieții și adaptabilității psihosociale. Persoanele cu anxietate ridicată

prezintă scoruri scăzute la satisfacția globală a vieții, echilibru psihic, optimism și autocontrol, concomitent cu niveluri crescute ale gândurilor negative în interacțiuni sociale și sensibilității la simptome anxioase. Adaptabilitatea acestora este caracterizată prin potențial personal moderat sau scăzut, stabilitate neuro-psihică redusă și dificultăți în managementul timpului și integrarea academică. De altfel, persoanele cu anxietate scăzută manifestă satisfacție crescută în domeniul relațiilor, carierei și realizărilor personale, stabilitate emoțională, competențe comunicative dezvoltate și autoreglare eficientă. Analiza corelațională a evidențiat relații negative semnificative între anxietate și calitatea vieții, precum și relații pozitive între adaptabilitate și satisfacția globală. Modelul de regresie a demonstrat că stările emoționale negative, managementul timpului și potențialul adaptativ explică un procent semnificativ din variația anxietății de trăsătură. Profilarea diferențiată oferă o bază empirică pentru intervenții personalizate orientate spre reducerea vulnerabilităților emoționale și consolidarea resurselor adaptative (Capitolul 2), [19; 122].

4. *Determinarea relațiilor dintre anxietate, adaptabilitate și calitatea vieții.* A fost determinată natura relațiilor dintre anxietate (de stare, de trăsătură, academică, socială), adaptabilitate psihosocială și calitatea vieții. Analizele statistice au evidențiat corelații negative semnificative între anxietate și satisfacția globală a vieții, precum și între anxietate și dimensiunile optimismului, echilibrului psihic și suportului social. Adaptabilitatea psihosocială (potențial personal de adaptare, stabilitate neuro-psihică, competențe sociocomunicative) s-a corelat pozitiv cu calitatea vieții și negativ cu anxietatea. Anxietatea academică debilitantă a demonstrat relații inverse cu integrarea universitară, în timp ce anxietatea facilitatoare a avut asocieri pozitive moderate cu motivația și implicarea. Analiza predictivă a indicat că adaptabilitatea și satisfacția vieții constituie predictorii semnificativi ai nivelului de anxietate, confirmând rolul lor protector. Relațiile identificate susțin modelul explicativ propus și demonstrează interdependența sistemică dintre calitatea vieții și mecanismele de reglare emoțională (Capitolul 2) [192; 193].

5. *Elaborarea și validarea programului de intervenție psihologică pentru optimizarea calității vieții și adaptabilității.* A fost elaborat și implementat un program de intervenție psihologică orientat spre reducerea anxietății, eficientizarea calității vieții și adaptabilității psihosociale. Programul a inclus componente de psihoeducație, restructurare cognitivă, tehnici de reglare emoțională, antrenarea abilităților sociocomunicative și dezvoltarea competențelor de management al timpului. Designul experimental cu grup experimental și grup de control a demonstrat eficiența intervenției. Participanții din grupul experimental au înregistrat creșteri semnificative ale satisfacției globale a vieții, optimismului și echilibrului psihic, precum și îmbunătățiri ale adaptabilității academice și stabilității neuro-psihice. Totodată, s-au constatat reduceri semnificative ale anxietății, ale gândurilor negative sociale și ale sensibilității la simptome anxioase. Grupul de control nu a prezentat modificări semnificative. Rezultatele validează

eficiența programului și confirmă că intervențiile structurate pot produce schimbări pozitive la nivel cognitiv, emoțional și comportamental, contribuind la creșterea bunăstării și la diminuarea vulnerabilității anxioase (Capitolul 3) [123].

Considerăm că cercetarea realizată, completează psihologia generală cu date teoretice și experimentale noi despre relația calității vieții cu adaptabilitatea psihosocială și anxietatea personalității.

Concluziile cercetării date au permis formularea următoarelor **recomandări**:

#### **Recomandări factorilor de decizie în educație:**

- Fundamentarea politicilor educaționale pe paradigma promovării calității vieții ca indicator central al performanței academice și al dezvoltării durabile a studenților.
- Integrarea explicită a dezvoltării adaptabilității psihosociale (autoreglare emoțională, competențe sociale, reziliență) în standardele curriculare universitare.
- Elaborarea strategiilor naționale de prevenție a anxietății la studenți, prin programe validate științific.
- Instituirea unor mecanisme de screening periodic al anxietății și al nivelului de satisfacție a vieții în mediul universitar.
- Alocarea de resurse pentru servicii psihologice centrate pe creșterea stabilității neuro-psihice și a potențialului adaptativ.

#### **Recomandări conducerii universităților:**

- Operaționalizarea conceptului de universitate sănătoasă prin politici instituționale de susținere a calității vieții studenților.
- Dezvoltarea centrelor de consiliere pentru consolidarea adaptabilității psihosociale și reducerea anxietății.
- Implementarea programelor de tranziție și integrare academică pentru creșterea sentimentului de competență și apartenență.
- Monitorizarea sistematică a satisfacției vieții și a adaptabilității academice.
- Angajarea psihologilor în cadrul universităților pentru oferirea serviciilor personalului didactic și studenților.

#### **Recomandări psihologilor educaționali:**

- Evaluarea anxietății (de stare, de trăsătură, academică) și a calității vieții.
- Dezvoltarea programelor de eficientizare a adaptabilității psihosociale, stabilității emoționale, competențelor sociale.
- Intervenții focalizate pe restructurarea cognitivă a gândurilor negative.
- Facilitarea grupurilor de suport pentru creșterea sentimentului de apartenență.
- Consiliere diferențiată în funcție de profilul anxios identificat.

- Monitorizarea progresului prin indicatori ai satisfacției vieții și echilibrului emoțional.
- Colaborarea cu cadrele didactice pentru prevenția timpurie a dificultăților adaptative ale studenților.

#### **Recomandări studenților:**

- Conștientizarea relației dintre anxietate, adaptabilitate psihosocială și calitatea vieții.
- Practicarea strategiilor de autoreglare emoțională și coping adaptativ.
- Dezvoltarea competențelor de planificare și management al timpului pentru reducerea stresului academic.
- Căutarea sprijinului social și profesional atunci când anxietatea afectează funcționarea zilnică.
- Stabilirea unor obiective realiste care susțin echilibrul între performanță și starea de bine.
- Monitorizarea propriei satisfacții a vieții și cultivarea factorilor protectivi (optimism, relații de suport, autoeficacitate).

#### ***Limite ale rezultatelor obținute în cadrul cercetării:***

- Dimensiunile inegale de eșantion, designul transversal, auto-raportarea - impun precauție în generalizare și recomandă studii longitudinale și randomizate pentru confirmarea cauzalității;
- Analiza s-a concentrat predominant pe variabile psihologice individuale, fără a integra extensiv factori contextuali macro-sociali (condiții economice, politici educaționale, climat organizațional).
- Diferențele culturale și particularitățile regionale nu au fost explorate comparativ, ceea ce limitează validitatea interculturală a modelului propus.

#### ***Potențialele direcții viitoare de cercetare:***

- Extinderea eșantionului la nivel național și internațional pentru validarea interculturală a modelului relațional dintre anxietate, adaptabilitate și calitatea vieții.
- Realizarea unor studii longitudinale pentru a analiza stabilitatea în timp a efectelor intervenției și dinamica variabilelor investigate.
- Dezvoltarea și testarea unor intervenții digitale (platforme online, aplicații mobile) pentru reducerea anxietății și creșterea adaptabilității.

## BIBLIOGRAFIE

1. ANDREWS, G. et.al. *Psihoterapia tulburărilor anxioase: ghid practic pentru terapeuți și pacienți*. tr. de M. Andriescu, G. Oancea. Iași: Polirom. 2007. 883 p. ISBN 978-973-46-0738 9.
2. BĂLAȘA, A. *Evoluția calității vieții*. București: Expert. 2002. ISBN lipsă
3. BĂTRÂNESCU, V.; GOROBIEVSCHI, S. *Influența actorilor sociali asupra calității vieții*. 2014. Disponibil: [http://repository.utm.md/bitstream/handle/5014/2687/Conf\\_UTM\\_2014\\_Vol\\_III\\_pg97\\_101.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repository.utm.md/bitstream/handle/5014/2687/Conf_UTM_2014_Vol_III_pg97_101.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
4. BOLBOCEANU, A. (Coord.) A. *Asistența psihologică a învățării pe tot parcursul vieții: Teorie și practică..* Chișinău: Institutul de Științe ale Educației. 2019. ISBN 978-9975-48-156-4.
5. BOTTON, A. *Statut și anxietate*. tr. de B. Lepădatu. București: Vellant. 2019. 328 p. ISBN 606-980-062-1.
6. BOURNE, E.; GARANO, L. *Anxietatea. 10 metode simple de a învinge panica, fobiile și stresul*. tr. de L. Gervescu. București: Corint. 2012. 158 p. ISBN 978-973-135-638-9.
7. BUCUN, N.; ANȚIBOR, L. Relațiile interpersonale ca dimensiune psihologică a calității vieții. În: *Univers Pedagogic*, p. 27-28. Disponibil: [https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag\\_file/Relatiile%20interpersonale%20ca%20dimensiune%20psihologica.pdf](https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/Relatiile%20interpersonale%20ca%20dimensiune%20psihologica.pdf)
8. CALANCEA, V. *Practicum la psihologia clinică*. Chișinău: Cetatea de Sus, 2018. 194 p. ISBN 978-9975-4367-9-3
9. CAMBOSIE, A. *Anxietatea socială – cauză a scăderii randamentului profesional*. Disponibil pe <http://www.gandul.info/sanatate-food-drink/anxietatea-sociala-cauza-scaderii-randamentului-profesional-1011220>
10. CHELCEA, A. (Coord.). *Psihoteste: Cunoaște-te pe tine însuși!* Ediția a II-a. București: Societatea Știință și Tehnică. 1994. ISBN 973-9236-30-6.
11. CLARK, D., BECK, A. *Terapia cognitivă a tulburărilor de anxietate*. Tr. de M. Mihăilaș. V. I. 2012. Cluj Napoca: ASCR. 334 p. ISBN 978-606-824-449-5.
12. COJUHARI, A.; CHILDESCU, V. *Teorie economică. (Curs de prelegeri)*. Chișinău: Univ. Tehnică a Moldovei. 2012. ISBN 978-9975-45-184-0
13. *Codul Educației al Republicii Moldova nr. 152 din 17.07.2014*. PARLAMENTUL REPUBLICII MOLDOVA. Monitorul Oficial al Republicii Moldova. 2014, nr. 319–324. ISSN 2587-389X.
14. *Legea educației naționale nr. 1/2011*. PARLAMENTUL ROMÂNIEI. Monitorul Oficial al României. 2011. ISSN 1453-4495.

15. Curs 30. *Calitatea vieții în Oncologie*. Arhivat în 2 aprilie 2015, la Wayback Machine., Oncologie medicală - suport de curs pentru Rezidenți, Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași. Disponibil: <https://web.archive.org/web/20150402124147/http://www.umfiasi.ro/Rezidenti/suporturidecurs/Facultatea%20de%20Medicina/Oncologie/oncologie%20medicala-%20tematica%20curs%20rezidenti/30.%20Calitatea%20vietii.pdf>.
16. DANIL, T. *Calitatea vieții populației Republicii Moldova în perioada de tranziție: probleme și tendințe sociale (analiză și evaluare sociologică)*. Teza de dr. hab. în sociologie. Chișinău: AȘM. 2004. 292 p.
17. **DRAGOMIR, D.-E.** Abordări teoretice ale calității vieții și adaptabilității psihosociale / Theoretical approaches of the quality of life and psychosocial adaptability. În: *Revista Acta et commentationes*. Categoria B. Vol. 37, Nr. 3, 2024. p. 183-193. ISSN 1857-0623, E-ISSN 2587-3636, CZU: 316.6:37.01(478+7+498), DOI: 10.36120/2587-3636.v37i3.183-193.
18. **DRAGOMIR, D.-E.** Adaptarea psihosocială în percepțiile studenților / Psychosocial adaptation in students' perceptions. În: *Materialele Conferinței Științifice Dezvoltarea economico-socială durabilă a Euroregiunilor și a zonelor transfrontaliere*, Ediția XX-a (Institutul de Cercetări Economice și Sociale „Gh. Zane”, Academia Română, Filiala din Iași, România, 24 octombrie). Iași. Volumul XLVII, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, 2025.
19. **DRAGOMIR, D.-E.** Calitatea vieții personalității cu anxietate socială. În: *Materialele Conferinței Științifice Dezvoltarea economico-socială durabilă a Euroregiunilor și a zonelor transfrontaliere*, Ediția XX-a (Institutul de Cercetări Economice și Sociale „Gh. Zane”, Academia Română, Filiala din Iași, România, 25-26 octombrie). Iași. Volumul XLVI, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, 2025.
20. **DRAGOMIR, D.-E.** Dimensiuni teoretice ale calității vieții personalității din perspectivă psihologică. În: *Materialele Conferinței Științifice Internaționale Managementul educațional: realizări și perspective de dezvoltare*, ediția a V-a, 25-26 aprilie 2024, Universitatea de Stat „Alec Russo”, mun. Bălți, p. 321-326. CZU 612.013:159.922 ISBN 978-9975-50-336-5 Disponibil: <http://dspace.usarb.md:8080/jspui/handle/123456789/6661>
21. **DRAGOMIR, D.-E.** Particularități ale calității vieții și adaptării psihosociale la studenți. În: *Materialele Conferinței Științifice Naționale Psihologia românească în context european. Tradiții și perspective*, ediția a XVI-a, 6-8.06.2025, Asociația Psihologilor din România, în parteneriat cu Universitatea de Stat din Moldova. Simpozion: *Adaptarea*

- psihosocială – dimensiune a calității vieții*. Chișinău, p. 78. CZU: 330.59:316.61-057.875. ISBN 978-9975-62-875-4. Disponibil: <https://romanianpsychology.ro/program-conferinta/> ; <https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:EU:1b2efbf8-fb76-49f3-a722-34e8985f71e7>
22. ECKERSLEYD, J. *Copilul anxios. Adolescentul anxios*. tr. de B. Chircea. Prahova: Antet XX Press. 2005. 111 p. ISBN 973-636-195-0.
  23. ELLIS, A. *Cum să vă controlați anxietatea înainte ca aceasta să vă controleze*. tr. de E. Jalbă-Șoimaru. București: Meteor Publishing. 2016. 319 p. ISBN 988-606-910-003-5.
  24. Eurostat. Indicatori de calitate a vieții - condiții materiale de viață, 2023. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/quality-of-life/information-data?language=ro>
  25. HOLDEVICI, I. *Psihoterapia anxietății. Abordări cognitiv-comportamentale*. București: Universitară. 2011. 403 p. ISBN 978-606-591-270-0.
  26. HOLDEVICI, I., CRĂCIUN, B. *Psihoterapia tulburărilor emoționale*. București: TREL. 2015. 360 p. ISBN 978-606-719-195-0.
  27. JARDAN, V. *Depresie și anxietate. Punți între teorii și aplicații practice*. București: Universitară. 2016. 202 p. ISBN 978-606-28-0429-9.
  28. KOLPAKOVA, M. *Depășirea anxietății. Cum se naște pacea în suflet*. Tr. de A. Tănăsescu. Editura: Sophia, 2016. 166 p. ISBN: 978-973-136-551-0
  29. KRÂSIKO, V.G. *Psihologia socială*. Trad. V. Poleanu. București: Europress Group, 2007. 265 p. ISBN 978-973-88127-5-8.
  30. LUPU, IU. Calitatea vieții în sănătate: definiții și instrumente de evaluare. În: *Revista Calitatea vieții*, XVII, nr. 1-2, 2006. p. 73-91. Disponibil: <https://revistacalitateavietii.ro/journal/article/view/649/548>
  31. MĂRGINEAN, I. *Calitatea vieții în România: Prezent și perspective*. În revista *Calitatea vieții*, XXI, nr.3-4. 2010. Disponibil: <https://revistacalitateavietii.ro/journal/article/view/50/35>
  32. MĂRGINEAN, I., BĂLAȘA, A. *Calitatea vieții în România*. București: Expert, 2002. 405 p. ISBN 973-618-059-X.
  33. MĂRGINEAN, I., PRECUPEȚU, I., DUMITRU, M. et.al. *Paradigma calității vieții*. București, Editura Academiei Române. 2011. ISBN 978-973-27-2132-2
  34. MĂRGINEAN, I.; PRECUPEȚU, I. (coord.) *Enciclopedia calității vieții în România*. București, Editura Academiei Române. 2019. ISBN 978-973-27-3063-8
  35. MARIAN, M. Perfecționismul și deznădejdea: implicații pentru performanța academică a studenților. În: *Univers Pedagogic*, nr. 3(79), ISSN, 1811-5470, 2023. p. 88-91
  36. MASLOW, A.H. *Motivație și personalitate*. Trad. Răsuceanu A. Ed. a 3-a. București:

- Editura Trei. 2013. 567 p. ISBN 978-973-707-905-3
37. MOORE, B. *Cum să-ți controlezi anxietatea*. Tr. de C. Petria. București: TREI. 2016. 246 p. ISBN 978-606-719-403-6.
  38. MUSIENCO, N. *Competențele sociale și evaluarea calității vieții de către studenți*. Teză de doctor, Chișinău, 2025. Disponibil: <https://anacec.md/files/Musienco-teza.pdf>
  39. NACU, A., REVENCO, M., CUROCICHIN, G., CHIHAI, J., DELIV, I. *Tulburările de anxietate. Protocol clinic național*. Chișinău. 2017. 77 p.
  40. NEDELCEA, C. *Experiența anxietății. Un model teoretic integrativ*. București: Universitară. 2012. 165 p. ISBN 978-606-591-525-1.
  41. PALADI, O. *Facilitarea adaptării psihosociale la vârsta adolescenței*. Ghid metodic. Chișinău: CEP, USM, 2024. 198 p. CZU 316.6:159.922.8 (075) P 14. ISBN 978-9975-62-681-1.
  42. PALADI, O. *Orientările valorice și adaptarea psihosocială la vârsta adolescenței*. Teză de doctor habilitat în psihologie. Chișinău, 2022.
  43. PALADI, O. *Orientările valorice și adaptarea psihosocială la vârsta adolescenței: abordări teoretice*. Monografie. Chișinău: Print-Caro SRL, 2021. 261 p. ISBN 978-9975-48-190-8.
  44. PALADI, O.; **DRAGOMIR, D.-E.** Percepțiile studenților asupra conceptului de calitate a vieții. În: *Materialele Conferinței Științifice Naționale cu Participare Internațională Integrare prin cercetare și inovare, dedicată Zilei Internaționale a Științei pentru Pace și Dezvoltare*. Culegere de articole științifice, Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, 6-7 noiembrie 2025, p. 335-240. Chișinău: [S. n.], 2025 (CEP USM). ISBN 978-9975-62-687-3. ISBN 978-9975-62-990-4 (PDF). CZU: 159.937-057.875:330.59 Disponibil: <https://doi.org/10.59295/spd2025s.44>
  45. PETROVĂI, D. *Tulburările de anxietate la copii și adolescenți*. Ghid de psihoeducație pentru profesioniști din domeniul sănătății. București: Speed Promotion. 2009. 104 p. ISBN 978-973-8942-78-3.
  46. PLATON, C., SÎRBU, A., POTÂNG, A., BOLEA, Z., TURCHINĂ, T. *Dimensiuni psihologice ale calității vieții în mediul educațional din perspectivă regională durabilă*. Chișinău: CEP USM. 2015, ISBN 978-9975-71-660-4
  47. POPA, N.-L., ANTONESEI, L., LABĂR A.-V. *Ghid pentru cercetarea educației. Un „abecedar” pentru studenți, masteranzi, profesori*. Iași: Polirom, 2009. 189 p. ISBN 978-973-46-1279-6.

48. POTÂNG, A., ȘIȘIANU, A. Percepția calității vieții în funcție de tipul de personalitate. În: *Studia Universitatis*. Revista științifică a Universității de Stat din Moldova, 2013, nr.5(65), pp. 115-120. ISBN 1857-2103.
49. POTÂNG, A.; PALADI, O.; RACU, Iu. *Instrumente de evaluare psihologică*. Chișinău (Bons Offices), 2025. 182 p. ISBN 978-5-36241-525-9. Disponibil: Ghid\_Instrumente de evaluare psihologica.pdf
50. RACU, Iu. *Psihologia anxietății la copii și adolescenți*. Teză de doctor habilitat în psihologie. Chișinău, 2020.
51. RAPEE, R., WIGNALL, A. *Tratamentul anxietății la copii și adolescenți*. Tr. de L. Visu Petra. Cluj-Napoca: Asociația de Științe Cognitive din România. 2011. 250 p. ISBN 978 606-8244-20-4.
52. RĂȘCANU, R., NUȚ, S. Anxietate, depresie în perioada de tranziție. În: *Revista de Psihologie*. București: Academia Română. 1999. Tom 45. Nr. 1-2. p. 75 – 93. ISSN 0034 8759.
53. RUSNAC, S., ZMUNCILA, L., ALALI, ABDALRAHMAN. Construirea, validarea și aprobarea Chestionarului de adaptare la mediul studentesc și solicitările academice (AMSSA). In: *Preocupări contemporane ale științelor socio-umane*. Materialele Conferinței Științifice Internaționale. Ediția a VI-a. Chișinău, 11-12 decembrie, 2015. Vol. 1. Chișinău: Tipogr. Biodesign, 2016, p. 265-274. ISBN: 978-9975-933-80-3
54. RUSNAC, S.; MUSIENCO, N. Calitatea vieții și adaptabilitatea studenților. În: *Materialele Conferinței Științifice Asistența psihologică la etapa contemporană: realități și perspective*, Bălți, 21 octombrie 2022. Disponibil: [https://ibn.idsi.md/vizualizare\\_articol/170124](https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/170124)
55. SÂRBU, A., POTÂNG, A. Abordări conceptuale ale calității vieții și dezvoltării regionale durabile. În: *INTELECTUS*. 2015, nr.1, p. 92-99. Disponibil: [https://ibn.idsi.md/ro/vizualizare\\_articol/37096](https://ibn.idsi.md/ro/vizualizare_articol/37096).
56. SHUTES, J. *Aromele și sănătatea mintală: o abordare holistică a AromaPsihologiei*. DRAGOMIR, D.-E. – trad., adapt. și armonizare conceptuală a tratatului de aromapsihologie. București: Editura The Aromatic Studies Academy, 2025, ISBN 978-630-95139-0-8
57. SIMION, R. *Stres și anxietate. Diagnoza și terapia unificării prin tehnica Fractalilor*. București: SPER. 2018. 196 p. ISBN 978-606-842-969-4.
58. STÂNCULEANU, D. *Aproape întotdeauna, în preajma unui copil cu anxietate vom descoperi rapid un adult semnificativ care se confruntă cu dificultăți similare* [citât pe

- 1.07.20]. Disponibil pe <https://republica.ro/psihologul-diana-stanculeanu-zaproape-intotdeauna-in-preajma-unui-copil-cu-anxietate-vom-descoperi-rapid>
59. STOG, L. *Responsabilitatea ca dimensiune a personalității*. Chișinău: Museum. 1999. ISBN 9975-906-15-6.
  60. TOMA, N. *Particularități ale interacțiunii anxietate academică – stiluri cognitive la studenți*. Teză de doctor în psihologie. Chișinău: 2018. 183 p.
  61. TULBURE, B. *Anxietatea. Procesări informaționale și evaluarea lor*. Cluj-Napoca: Asociația de Științe Cognitive din România. 2011. 298 p. ISBN 978-973-7973-61-0.
  62. TURCHINĂ T., PLATON, C., BOLEA, Z. Starea subiectivă de bine – semnificații și implicații. În: *Studia Universitatis*. Revista științifică a Universității de Stat din Moldova, 2012, nr.5(55), p. 115-118. ISBN 1857-2103.
  63. VASILESCU, L. *Anxietatea și rolul ei*. Rezumat al lucrării de disertație. București: Universitatea Spiru Haret. 2013. 30 p.
  64. VRASTI, R. *Ajută-te singur în caz de anxietate socială (timiditate, jenă, rușine)*. București: ALL. 2015. 328 p. ISBN 978-606-587-329-2.
  65. ZAHARIA, E. Configurația coordonatelor de bază ale calității vieții. În: *Calitatea vieții: teorie și practică socială*. București: Academia Română, 1991.
  66. ZAMFIR, C. *Indicatori și surse de variație a calității vieții*. București: Academiei R.S.R. 1984.
  67. ГЕФЕЛЕ, О.Ф. Социальная адаптация личности в ситуациях неопределенности: Ежегодник Российского психологического общества: Материалы 3-го Всероссийского съезда психологов. Санкт-Петербург, 2003. Т.2. с. 319-321. [*GEFELE, O.F. Adaptarea socială a individului în situații de incertitudine: Anuarul Societății de Psihologie Rusă: Materiale ale celui de-al 3-lea Congres al Psihologilor din Rusia.*]
  68. ЛАРИОНОВА С.А. Концептуальная модель социально-психологической адаптации личности. În: Ежегодник Российского психологического общества: Материалы 3-го Всероссийского съезда психологов. 25-28.06.2003. Санкт-Петербург, 2003. Т.5. с. 39-42. [*LARIONOVA S.A. Model conceptual de adaptare socio-psihologică a individului. În: Anuarul Societății Ruse de Psihologie: Materiale ale celui de-al 3-lea Congres al Psihologilor din Rusia.*]
  69. МЕЛЬНИКОВА, Н.Н. Социально-психологическая адаптация личности: Методические указания / Составитель: к. психол. н. Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2002. 34 с. [*MELNIKOVA, N.N. Adaptarea socio-psihologică a personalității: Ghid*].

70. МИЛАСЛАВОВА, И.А. Социальная адаптация: анализ понятия. Понятия, принципы, категории. Л.: Изд-во ЛГПИ им. И.А. Герцена, 1975. 410 с. [MILASLAVOVA, I.A. *Adaptarea socială: analiza conceptului. Concepte, principii, categorii*].
71. НАЛЧАДЖАН А.А. Социально-психологическая адаптация личности. Ереван: ЭПО, 1988. 262 с. [NALCHADZHAN A.A. *Adaptarea socio-psihologică a personalității*].
72. НИКИФОРОВ, Г.С. Практикум по психологии здоровья. СПб.: Питер, 2005. 351 с. ISBN 5-94723-521-8. [NIKIFOROV, G.S. *Praktikum po psihologii zdorov'ya*].
73. РАЙГОРОДСКИЙ, Д. Я. (ред. сост.) Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учебное пособие. 2001. 672 с. ISBN 5-89570-005-5 [RAYGORODSKY, D.Ya. (Ed.). *Prakticheskaya psikhodiagnostika: Metodiki i testy*. Samara: Bakhrakh-M].
74. AHADI, B., MIRZAEI, P., NARIMANI, M., ABOLGHASEMI, A. The effect of social problem solving training on social adaptation and academic performance of Kurdish students. In: *Research in the field of exceptional children*, 2009, nr. 3, pp. 193-202. ISSN: 0014-4029.
75. ALARCON, G.M., BOWLING, N.A., KHAZON, S. Great expectations: A meta-analytic examination of optimism and hope. *Personality and individual differences*, 2013, pp. 821-827.
76. ALBANO A.M., DI BARTOLO P. M., HEIMBERG R. G., BARLOW D. H. Children and adolescents: Assessment and Treatment. În: R. G. Heimber, M. R. Liebowitz, D. A. Hope et F. R. Schneier (Éds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: The Guilford Press, 1995. pp. 387-426.
77. ALKIRE, S., FOSTER, J. Counting and multidimensional poverty measurement. *Journal of public economics*, 2011, 95.7-8: 476-487.
78. ALPERT, R.; HABER, R.N. Anxiety in academic achievement situations. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1960. Vol. 61(2), p. 207–215. ISSN 0021-843X.
79. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. 5th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 2022. 1120 p. ISBN 978-0-89042-576-3.
80. ARNETT, J.J. Emerging adulthood. *American Psychologist*, 55(5), 2000. 469–480. ISSN (print): 0003-066X; ISSN (online): 1935-990X
81. AUERBACH, R. P.; MORTIER, P.; BRUFAERTS, R. et al. WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Psychological Medicine*. 2018, vol. 48, nr. 14, p. 1–16. ISSN 0033-2917.

82. AUERBACH, R.P., et al. Mental disorders among college students. *Psychological Medicine*, 46(14), (2016). 2955–2970. ISSN (print): 0033-2917; ISSN (online): 1469-8978
83. BACKMAN, Y. Circles of happiness: Students' perceptions of bidirectional crossovers of subjective well-being. In: *Journal of Happiness Studies*, 2016, nr. 17, pp. 1547–1563. ISSN: 1389-4978.
84. BAKER, R.W.; SIRYK, B. Measuring adjustment to college. *Journal of Counseling Psychology*, 31(2), 1984. 179–189. ISSN 0022-0167.
85. BANDURA, A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company. 1997. 604 p. ISBN 0-7167-2850-8.
86. BARLOW, D. H. *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. 2nd ed. New York: Guilford Press. 2002. 704 p. ISBN 978-1-59385-028-9.
87. BAUMEISTER, R.F.; HEATHERTON, T.F. Self-regulation failure: An overview. *Psychological Inquiry*. 1996. Vol. 7(1), p. 1–15. ISSN 1047-840X.
88. BECK, A. T.; CLARK, D. A. An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*. 1997, vol. 35, nr. 1, p. 49–58. ISSN 0005-7967.
89. BECK, A., EMERY, G., GREENBERG, R. *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. USA: Library of Congress Cataloguing in Publication Data. 2005. 385 p. ISBN 978-0465005871.
90. BECK, J. S. *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. 2nd ed. New York: Guilford Press. 2011. 391 p. ISBN 978-1-60623-735-4.
91. BEIDEL, D.C., MORRIS, T.R., TURNER, M.W. Social phobia. În T. L. Morris, J. S. March *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: The Guilford Press, 2004. p. 141-163.
92. BEITER, R., et al. The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of Affective Disorders*, 173, (2015). 90–96. ISSN (print): 0165-0327 ISSN (online): 1573-2517
93. BENTHAM, J. et.al. *An introduction to the principles of morals and legislation*. Czechia: Good Press, 2021. p.7-11.
94. BÖGELS, S.M., REITH, W. Validity of two questionnaires to assess social fears: The Dutch Social Phobia and Anxiety Inventory and the Blushing, Trembling and Sweating Questionnaire in *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, nr. 21, 1999. p. 51-66.

95. BONFILS, N.A. et.al. Quality of life instruments used in problem gambling studies: A systematic review and a meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2019, 104: 58-72. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.06.040>
96. BORNAS X., TORTELLA M. Conceptualización, evaluación y tratamiento cognitivo – conductual. În: S. Cervera, M. Roca y J. Bobes, ed. *Fobia social*, Barcelona, Masson, 1998. p. 245-307.
97. BOTELLA C., OSMA J., GARCIA-PALACIOS A. et.al. Treatment of flying phobia using virtual reality. În: *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 11, 2004. p. 311-323.
98. BRAIDO, F. et.al. *Failure in asthma control: reasons and consequences*. Scientifica. Article ID 549252. 2013.
99. BREIVIK, Harald, et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain*, 2006, 10.4: 287-333.
100. BRONFENBRENNER, U. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1979. 330 p. ISBN 978-0-674-22457-5.
101. CARVER, C.S.; SCHEIER, M.F. Control theory: A useful conceptual framework for personality-social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*. 1982. Vol. 92(1), p. 111–135. ISSN 0033-2909.
102. CLARK, D. A.; BECK, A. T. *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press. 2010. 482 p. ISBN 978-1-60623-459-9.
103. CLARK, D.M., WELLS, A. *A cognitive model of social phobia*. R.G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope, F. Scheier. În: *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, New York, N.Y., Guilford Press 1995, p. 69-93.
104. CLAUSS A.J., BLACKFORD J.U. Behavioral Inhibition and Risk for Developing Social Anxiety Disorder: A Meta-Analytic Study. În *Journal of the American Academy of Child, Adolescent Psychiatry*, 51(10), 2012 p. 1066-1075.
105. COHEN, S.; WILLS, T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985, vol. 98, nr. 2, p. 310–357. ISSN 0033-2909; ISSN (online): 1939-1455.
106. CONNOR, K.M.; DAVIDSON, J.R.T. Development of a new resilience scale. *Depression and Anxiety*, 18(2), (2003). 76–82. ISSN (print): 1091-4269; ISSN (online): 1520-6394

107. CONRAD, P.; ADAMS, C. The effects of clinical aromatherapy for anxiety and depression in the high risk postpartum woman – a pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2012, 18(3), p. 164–168.
108. CONVERSANO, C. et al. Optimism and its impact on mental and physical well-being. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 2010.
109. COX B. J., CLARA I. P., SAREEN J., STEIN M. B. The structure of feared social situations among individuals with a lifetime diagnosis of social anxiety disorder in two independent nationally representative mental health surveys. In: *Behaviour Research and Therapy*, volume 46, Issue 4, aprilie 2008. p. 477-486.
110. CRAMER, V., TORGERSEN, S., KRINGLEN, E. *Personality disorders and quality of life*. A population study. *Comprehensive Psychiatry*, 2006.
111. CROZIER W.R. Shyness as anxious self – preoccupation. In: *Psychological Reports*, vol. 44, 1979. p. 959-962.
112. CRUM, W.L. National Income, 1929–32. *The Quarterly Journal of Economics*, 1935, 49.3: 508-517. <https://www.nber.org/system/files/chapters/c2258/c2258.pdf>
113. DADDS M.R., RAPEE, R.M., BARRETT, P.M. *Behavioral observation*, T. H. Ollendick, N. J. King et W. Yule. In: *International Handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Plenum Press, 1994. p. 349-364.
114. DAVIS, R.L. Olfactory Learning. *Neuron*. 2004. ISSN online: 1097-4199
115. DECI, E. L.; RYAN, R. M. *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York: Plenum Press, 1985.
116. DECI, E. L.; RYAN, R. M. The “what” and “why” of goal pursuits. *Psychological Inquiry*, 11(4), 2000. 227–268. ISSN (print): 1047-840X; ISSN (online): 1532-7965
117. DEMUTH, S., BROWN, S.L. Family Structure, Family Processes, and Adolescent Delinquency: The Significance of Parental Absence versus Parental Gender. In: *Journal of Research in Crime and Delinquency*, vol. 41, 2004, p. 58-81.
118. DIENER, E. Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 1984. 542–575. ISSN (print): 0033-2909; ISSN (online): 1939-1455
119. DIENER, Ed. et al. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 1999.  
Disponibil:<https://sciarena.com/storage/models/article/G3AUKgBykH5W4rve87FIbnWGFxB9i4tgtqxu8CbETdXgMAxp8Ir8qyBK72hL/the-effect-of-social-skills-training-on-social-adaptation-progress-motivation-and-self-esteem-amon.pdf>
120. DOMENICO-GRAZZIOTIN, J.B., SCORTEGAGNA, S.A. Evaluation of social skills in older adults and adults. In: *Temas em Psicologia*, 2016, vol.24, no 2, pp. 695-705. ISSN

- 1413- 389X. Disponibil: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2016000200016&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2016000200016&script=sci_arttext&tlng=en)
121. DONELLI, D., et al. Effects of lavender on anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Phytomedicine*. 2019. ISSN: 0944-7113
  122. **DRAGOMIR, D.-E.** Quality of life characteristics among university students. În: *Revista Romanian Journal of Psychological Studies Hyperion University of Bucharest* - <https://rjps.hyperion.ro/current-issue/> (*În curs de publicare*)
  123. **DRAGOMIR, D.-E.** *The aromas and the mind*. În: *Revista Romanian Journal of Psychological Studies Hyperion University of Bucharest*. RJPS\_nr\_11 (1)\_2023\_A11\_Dragomir. Disponibil: <https://rjps.hyperion.ro/current-issue/>
  124. DURKHEIM, E. *Suicide: A study in sociology*. New York: Free Press. 1951.
  125. DURLAK, J. A.; WEISSBERG, R. P.; DYMICKI, A. B. et al. The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis. *Child Development*. 2011, vol. 82, nr. 1, p. 405–432. ISSN 0009-3920.
  126. EASTERLIN, R. A. Does economic growth improve the human lot? Some empirical evidence. In: *Nations and households in economic growth*. Academic press, 1974. p. 89-125.
  127. ECHEBURUA, E. *Fobia social*. Barcelona, Martinez Roca, 1993.
  128. EISENBERG, D., et al. Prevalence and correlates of depression and anxiety among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 2007. 534–542. ISSN (print): 0002-9432; ISSN (online): 1939-0025
  129. ENG, W., HEIMBERG, R.G., COLES, M.E. et.al. An empirical approach to subtype identification in individuals with social phobia. În: *Psychological Medicine*, Cambridge, University Press, volume 30, Issue 6, noiembrie, 2000. p. 1345-1357
  130. ENGEL, G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. In: *Science*. 1977, vol. 196, nr. 4286, p. 129–136. ISSN 0036-8075.
  131. ERIKSON, E. H. *Identity: Youth and Crisis*. New York: W. W. Norton & Company. 1968. 336 p. ISBN 978-0-393-31068-9.
  132. EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. *Work-related stress and psychosocial risks*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. ISSN 1831-9343.
  133. FJORBACK, L. O. et al. Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy—a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2011, 124.2: 102-119.
  134. FREDRICKSON, B. L. The role of positive emotions in positive psychology: The

- broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 2001. 218–226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
135. FRISCH, M.B. *Quality of Life Inventory (QOLI®): Manual and treatment guide*. Minneapolis, MN: National Computer Systems. 1994. ISBN 0-88037-414-4.
  136. FRISCH, M.B.; CORNELL, J.; VILLANUEVA, M.; RETZLAFF, P.J. Clinical validation of the Quality of Life Inventory: A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*. 1992. Vol. 4(1), p. 92–101. ISSN 1040-3590.
  137. GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Jama*, 1994, 272.8: 619-626.
  138. GLASS, C.R.; MERLUZZI, T.V.; BIEVER, J.L.; LARSEN, K.H. Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*. 1982. Vol. 6(1), p. 37–55. ISSN 0147-5916.
  139. GNATTA, J.R. et al. Aromatherapy with ylang ylang for anxiety and self-esteem: A pilot study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014. Vol. 48(3). ISSN 0080-6234.
  140. GREENBERG, P. E.; FOURNIER, A.-A.; SISITSKY, T. et al. The economic burden of adults with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2015, vol. 76, nr. 2, p. 155–162. ISSN 0160-6689.
  141. GRESHAM, F. M., ELLIOTT, S. N. The relationship between adaptive behavior and social skills: Issues in definition and assessment. In: *The Journal of Special Education*, 1987, nr. 21(1), pp. 167-181. Disponibil: <https://www.deepdyve.com/lp/sage/the-relationship-between-adaptive-behavior-and-social-skills-QphpGYVCcn?key=sage>.
  142. GRESHAM, F. M., ELLIOTT, S. N., VANCE, M. J., COOK, C. R. Comparability of the Social Skills Rating System to the Social Skills Improvement System: Content and psychometric comparisons across elementary and secondary age levels. In: *School Psychology Quarterly*, 2011, nr. 26(1), pp. 27-44. ISSN 1045-3830.
  143. GROSS, J. J. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. In: *Review of General Psychology*. 1998, vol. 2, nr. 3, p. 271–299. ISSN 1089-2680.
  144. HAAS, B.K. Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 1999, p. 215-220.
  145. HAN, X. et al. Bergamot (*Citrus bergamia*) essential oil inhalation improves positive feelings in the waiting room of a mental health treatment center: A pilot study. *Phytotherapy Research*. 2017. ISSN 0951-418X.
  146. HANSEN, B. *Quality of Life and Management of Living Resources*. Fifth Framework. București: Economica. 340 p. 2002. ISBN 92-894-5352-4.

147. HAYES, S. C.; STROSAHL, K. D.; WILSON, K. G. *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. New York: Guilford Press. 2006. 402 p. ISBN 978-1-59385-124-8.
148. HAYES, S. C.; STROSAHL, K. D.; WILSON, K. G. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. 2nd ed. New York: Guilford Press. 2012. 402 p. ISBN 978-1-60918-962-4.
149. HEDIGAN, F., et al. Benefit of inhalation aromatherapy as a complementary treatment for stress and anxiety in a clinical setting - A systematic review. *Journal of Clinical Nursing* 2023. ISSN online: 1365-2702
150. HEIMBERG, R.G., HOLT, C.S., SCHNEIER, F.R. et.al. The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia in *Journal of Anxiety Disorders*, Volume 7, Issue 3, 1993. p. 249-269.
151. HERZ, R. S.; ENGEN, T. Odor memory: Review and analysis. *Psychonomic Bulletin & Review* 1996. ISSN online: 1531-5320
152. HOFMANN, S. G.; ASNAANI, A.; VONK, I. J. J.; SAWYER, A. T.; FANG, A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. In: *Cognitive Therapy and Research*. 2012, vol. 36, nr. 5, p. 427–440. ISSN 0147-5916.
153. HOLOPAINEN, L., LAPPALAINEN, K., JUNTILA, N., SAVOLAINEN, H. The role of social competence in the psychological well-being of adolescents in secondary education. In: *Scandinavian Journal of Educational Research*, nr. 56(2), 2012, pp. 199-212. ISSN 1470-1170.
154. IWASE M., NAKAO, K., TAKAISHI, J. et.al. An empirical classification of social anxiety: Performance, interpersonal and offensive in *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2000. p. 67-75.
155. JUDGE, T. A., ILIES, R. Relationship of personality to performance motivation: A meta-analytic review. *Journal of Applied Psychology*, 2002, vol. 87, no. 4, pp. 797–807. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.4.797>.
156. JUNG, D.J., et al. Effects of Ylang-Ylang aroma on blood pressure and heart rate in healthy men. *Journal of Exercise Rehabilitation*. 2013. ISSN: 2288-176X
157. KAGAN, J., REZNICK, J. S., SNIDMAN, N. et al. Childhood derivatives of inhibition and lack of inhibition to the unfamiliar, 59(6). 1988. p. 1467-1624.
158. KASPER, S., et al. Lavender oil preparation Silexan is effective in generalized anxiety disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2014. ISSN online: 1469-5111
159. KEHL, M. S., et al Single-neuron representations of odours in the human brain. *Nature* .

160. KEJLOVÁ, K., et al. Phototoxicity of bergamot oil assessed by in vitro techniques in combination with human patch tests. *Toxicology in Vitro* 2007. ISSN: 0887-2333
161. KERNS, C.E., COMER, J.S., PINCUS, D.B., HOFMANN, S.G. Evaluation of the proposed social anxiety disorder specifier change for DSM-IV in a treatment-seeking sample of anxious youth in *Depression and Anxiety*, vol. 30 (8), 2013. p. 709–715.
162. KESSLER, R. C., BROMET, E.J. The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 2013, vol. 34, pp. 119–138.
163. KESSLER, R.C. The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention. in *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 2003. p. 19-27.
164. KEYES, C. L. M. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2005, vol. 73, nr. 3, p. 539–548. ISSN 0022-3514.
165. KOTOV, R., GAMEZ, W., SCHMIDT, F., WATSON, D. Linking 'big' personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 2010, vol. 136, no. 5, pp. 768–821. <https://doi.org/10.1037/a0020327>.
166. KOULIVAND, P. H.; KHARAZMI, M.; KHATIBI, A. Lavender and the nervous system. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, Article ID 681304. DOI: 10.1155/2013/681304.
167. KRÄGELOH, C.U., HENNING, M., HAWKEN, S.J., ZHAO, Y., Validation of the WHOQOL-BREF Quality of Life Questionnaire for Use With Medical Students. *Education for Health*, vol. 24, no. 2, pp. 1-5 (online), 2011. Available from: <http://www.educationforhealth.net>
168. LABORDE, S. et al. Psychophysiological effects of slow paced breathing at six cycles per minute. *Psychophysiology*. 2022. ISSN 0048-5772.
169. LAWTON, M. P. Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 1983, vol. 23, pp. 349-357.
170. LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company. 1984. 456 p. ISBN 978-0-8261-4191-0.
171. LEARY, M., KOWALSKI, R. The Interaction Anxiousness Scale: Construct and criterion – related validity in *Journal of Personality Assessment*, vol. 61, 1993. p. 136-146.
172. LEHRER, P.M. et al. Heart rate variability biofeedback: How and why does it work? *Frontiers in Psychology*. 2014. Vol. 5, 756. ISSN 1664-1078.

173. LIEB, R., WITTCHEN, H.U., HÖFLER, M. et.al. Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: A prospective-longitudinal community study. În: *Archives of General Psychiatry*. 57(9), 2000. p. 859-866.
174. MALCOLM, B.J.; TALLIAN, K. Essential oil of lavender in anxiety disorders: Ready for prime time? *Mental Health Clinician*. 2018. ISSN: 2155-8336
175. MALLETT, P. L'anxiété suscitée par l'avenir scolaire et professionnel au cours de l'adolescence: la formation d'une anxiété sociale majeure in *Carrièreologie*, 8(3), 2002. p. 599-618.
176. MANNUZZA, S., SCHNEIER, F.R., CHAPMAN, T.F. et.al. Generalized Social Phobia: Reliability and Validity in *Archives of General Psychiatry*, 52(3), 1995. p. 230-237.
177. MARGINEAN, I. et al. First European quality of life survey: Quality of life in Bulgaria and Romania. 2006.
178. MAYER, J.D., SALOVEY, P. *The intelligence of emotional intelligence*. New York, 1993, 433-442 p.
179. MAYER, J.D., SALOVEY, P. *What is emotional intelligence?* P. Salovey, D. Sluyter (Eds.). *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators*. New York: Basic, 1997, 3-34 p.
180. MCCARROLL, E.M., LINDSEY, E.W. MACKINNON-LEWIS, C. et.al. Health status and peer relationships in early adolescents: The role of peer contact, self-esteem, and social anxiety. În: *Journal of Child, Family Studies*, vol. 18, 2009. p. 473-485.
181. MCNEIL, D.W. Terminology and evolution of constructs related to social phobia.// S. G. Hofmann, P. M. DiBartolo, in *Social phobia and social anxiety: An integration*, Needham Heights, M. A. Allyn, Bacon, 2001. p. 8-19.
182. MI Z., WEIPENG L. Adaptability and Life Satisfaction: The Moderating Role of Social Support. In: *Frontiers in Psychology*, 2016; nr.7, pp. 11-34. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2016.01134/full>
183. MILANOS, S., et al. Metabolic Products of Linalool and Modulation of GABAA Receptors. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2017. ISSN: 1662-5153
184. MIND GARDEN. *State-Trait Anxiety Inventory for Adults (STAI-AD)*. Instrument psihologic. n.d. (Publicație comercială, fără ISBN public).
185. MOSCOVICI, S. *Social Representations: Explorations in Social Psychology*. Wiley, 2000. 328 p. ISBN 978-0-7456-2226-2.
186. NES, L.S., SEGERSTROM, S.C. Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and social psychology review*, 2006, 10.3: 235-251.

187. NORCROSS, J. C.; WAMPOLD, B. E. Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. In: *Psychotherapy*. 2011, vol. 48, nr. 1, p. 98–102. ISSN 0033-3204.
188. NOTO, T., et al. Human Primary Olfactory Amygdala Subregions Form Distinct Functional Networks, Suggesting Distinct Olfactory Functions. *Frontiers in Neuroscience*. 2021. ISSN: 1662-453X
189. OLATUNJI, B. O.; CISLER, J. M.; TOLIN, D. F. Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. In: *Clinical Psychology Review*. 2007, vol. 27, nr. 5, p. 572–581. ISSN 0272-7358.
190. OLWEUS, D. *Bullying at School: What We Know and What We Can Do*. Oxford: Blackwell Publishing. 1993. 140 p. ISBN 978-0-631-19241-1.
191. ÖST, L.-G. Ways of acquiring phobias and outcome of behavioral treatments. În: *Behaviour Research and Therapy*, vol. 23, 1985. p. 683-689.
192. PALADI, O.; **DRAGOMIR, D.-E.** Characteristics of psychosocial adaptability in higher education students. În: *Revista Romanian Journal of Psychological Studies Hyperion University of Bucharest* - <https://rjps.hyperion.ro/current-issue/> (*În curs de publicare*)
193. PALADI, O.; **DRAGOMIR, D.-E.** Students' representations of psychosocial adaptability and quality of life. În: *Studia Universitatis Moldaviae*, Seria: Științe ale Educației (Pedagogie, Psihologie), Categoria B, USM, nr. 9 (189), 2025, p. 247-254. ISSN 1857-2103. ISSN online 2345-1025. CZU: 159.923.2:316.6-057.87:364.658. Disponibil: [https://educational.studiamsu.md/wp-content/uploads/2025/12/SUM-Stiinte-ale-educ.-9\\_189.pdf](https://educational.studiamsu.md/wp-content/uploads/2025/12/SUM-Stiinte-ale-educ.-9_189.pdf) Disponibil: [https://doi.org/10.59295/sum9\(189\)2025\\_29](https://doi.org/10.59295/sum9(189)2025_29)
194. PASYAR, N., et al. The effect of bergamot orange essence on anxiety salivary cortisol, and alpha amylase in patients prior to laparoscopic cholecystectomy: A controlled trial study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2020. ISSN: 1744-3881
195. PEARSON ASSESSMENTS. *Quality of Life Inventory (QOLI®)*. Instrument psihologic. n.d. (Material comercial, fără ISBN public).
196. PELISSOLO, A. Thérapies comportementales et cognitives des phobies sociales: programmes classiques et nouvelles approches. În *Annales Médico-Psychologiques*, 170, 2012. p. 289-292.
197. PHILLIPS, L.H. et al. Emotion perception in Alzheimer's disease and mood disorder in old age. *Psychology and aging*, 2010, 25.1: 38. <https://doi.org/10.1037/a0017369>
198. POURPEYGHAMBAR, F. The Effect of Social Skills Training on Social Adaptation, Progress Motivation and Self-Esteem among High School Female Students in Tabriz. In:

- Science Arena Publications Specialty Journal of Psychology and Management, Vol, 5 (3), 2019, pp. 1-7. ISSN: 2412-5695.
199. PÜTZER, A., et al. Odors Are More Sensitive to Evaluative Conditioning than Sounds. *Chemical Senses sau Learning & Behavior*, 2019.
  200. RAPEE, R.M., HEIMBERG, R.G. *A cognitive – behavioral model of anxiety in social phobia*. În: *Behaviour Research and Therapy*, vol. 35(8), 1997. p. 741-756.
  201. REGEHR, C.; GLANCY, D.; PITTS, A. Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2013, vol. 148, nr. 1, p. 1–11. ISSN 0165-0327; ISSN (online): 1573-2517.
  202. REVEN, M.E.; CARPENTER, R.; SMITH, M.J.; NEWHOUSE, A.; WANG, K. Using an aromatherapy intervention with Citrus bergamia (bergamot) essential oil in adults in treatment for substance use disorder: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Sciences*. 2025. ISSN 2352-0132.
  203. REVICKI, D.A.; KAPLAN, R.M. Relationships between psychometric and utility – based approaches to the measurements of health-related quality of life, „Quality of Life Research”, 2, 1993. 477-487.
  204. RING, L. et al. Individual quality of life: can it be accounted for by psychological or subjective well-being? *Social Indicators Research*, 2007. p. 443-461.
  205. ROMBOLÀ, L., et al. Anxiolytic-Like Effects of Bergamot Essential Oil. *Frontiers in Pharmacology*, 2019. ISSN: 1663-9812
  206. ROSENBERG, M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press. 1965. ISBN 978-0-691-62844-3.
  207. RUSNAC, S., KHORY, J. The importance of the locus of control in the social adaptation of international students. În: *EcoSoEn, Scientific Journal Economics, Social and Engineering Sciences*, 2019, Year 2, Nr.3-4, p. 117-129. ISSN:2587-344X.
  208. RYAN, R. M.; DECI, E. L. Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *American Psychologist*. 2000, vol. 55, nr. 1, p. 68–78. ISSN 0003-066X.
  209. RYAN, R.M.; DECI, E.L. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 2001, pp. 141-166.
  210. RYFF, C.D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989, vol. 57, nr. 6, p. 1069–1081. ISSN 0022-3514.
  211. RYFF, C.D.; SINGER, B.H.; DIENBERG LOVE, G. Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 2004. pp. 1383-1394.

212. SARASON I.G., SARASON B.R. Anxiety and interfering thoughts: Their effect on social interaction. W. H. Jones, J. M. Cheek, S. R. Briggs Shyness: Perspectives on research and treatment, New York, NY: Plenum, 1986. p. 253-264.
213. SAVICKAS, M. L. *Career Construction Theory and Practice*. In: Career Development and Counseling. 2nd ed. Hoboken: Wiley. 2013. 584 p. ISBN 978-0-470-90290-9.
214. SCHALOCK, R. L. Reconsidering the conceptualization and measurement of quality of life. In: R. Schalock (Ed.), *Quality of life*. Volume I: Conceptualization and measurement. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. 1996. p. 123-139.
215. SCHLENKER, B.R., LEARY, M.R. *Social anxiety and self – presentation: A conceptualization model*, în Psychological Bulletin, 92, 1982. p. 641-669.
216. SCHOLING, A.; EMMELKAMP, P.M.G. Self-report assessment of anxiety: A cross validation of the Lehrer Woolfolk Anxiety Symptom Questionnaire in three populations. *Behaviour Research and Therapy*. 1992. Vol. 30(5), p. 521–531. ISSN 0005-7967.
217. SEN, A. Development as Freedom. Anchor Books. 1999.
218. SHUTES, J.; **DRAGOMIR, D.-E.** *AROMABLENDING – Ghid practic pentru combinarea uleiurilor esențiale*. București: Editura The Aromatic Studies Academy, 2025. ISBN 978-630-95139-1-5
219. SHUTES, J.; **DRAGOMIR, D.-E.** *Introducere în aromaterapie și uleiuri esențiale*. București: Editura The Aromatic Studies Academy, 2024.
220. SIRGY, M.J. et al. The qualityity-of-life (QOL) research movement: Past, present, and future. *Social indicators research*, 2006, 76: 343-466.
221. SKEVINGTON, S. M.; LOTFY, M.; O'CONNELL, K. A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties. In: *Quality of Life Research*. 2004, vol. 13, nr. 2, p. 299–310. ISSN 0962-9343.
222. SKEVINGTON, S.M. Qualities of life, educational level and human development: an international investigation of health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2010.
223. SMITH, R. A.; KHAWAJA, N. G. A review of the acculturation experiences of international students. *International Journal of Intercultural Relations*. 2011, vol. 35, nr. 6, p. 699–713. ISSN 0147-1767.
224. SPIELBERGER, C., RICKMAN, R. Assessment of State and Trait Anxiety. In: *Anxiety: Psychobiological and clinical perspectives*. N. Satorius (Eds.). Washington: Hemisphere / Taylor and Francis. 1991. p. 69-83.
225. SPIELBERGER, C.D. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1983. ISBN: 978-0898591800.

226. SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.; VAGG, P.R.; JACOBS, G.A. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1–Y2)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1983. ISBN 978-089859001-2.
227. SPOKAS, M.E., CARDACIOTTO, L. *Heterogeneity Within Social Anxiety Disorder*. În: *The Wiley Blackwell Handbook of Social Anxiety Disorder*. 2014.
228. SRIBOONLERT, J., et al. Cananga odorata Aromatherapy Reduces Anxiety in Unexperienced Patients Hospitalized for Interventional Neuroradiology Procedures: A Randomized Control Trial. *Journal of Interventional Neuroradiology*. 2023. ISSN: 1591-0193
229. STALLMAN, H. M. Psychological distress in university students: A comparison with general population data. *Australian Psychologist*. 2010, vol. 45, nr. 4, p. 249–257. ISSN 0005-0067.
230. STEEL, P., SCHMIDT, J., SHULTZ, J. Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological bulletin*, 2008. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.1.138>.
231. STEVENSON, B., WOLFERS, J. Economic growth and subjective well-being: Reassessing the Easterlin paradox. National Bureau of Economic Research, 2008.
232. SULS, J., WHEELER, L. Social comparison theory. *Handbook of theories of social psychology*, 2012. p. 460-482.
233. TAN, L. et al. Essential oils for treating anxiety: A systematic review of randomized controlled trials. *Frontiers in Public Health*. 2023. Vol. 11, 1144404. ISSN 2296-2565.
234. THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Quality of Life Research*, 1998, 7(7), p. 551–558.
235. TRAN, G.Q., CHAMBLESS, D.L. Psychopathology of social phobia: Effects of subtype and of avoidant personality disorder. În: *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 9, Issue 6, 1995. p. 489-501.
236. TROWER, P., GILBERT, P., SHERLING, G. Social anxiety, evolution and self - presentation: An interdisciplinary perspective. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of social and evolution anxiety* New York: Plenum Press, 1990. p. 11-45.
237. TURGEON, L., GENDREAU, P. L. Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent, 2007. 240 p.
238. UNDP (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME). Human development report. 1990. Accesat <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-report-1990>
239. VASEY, M.W., DADDS, M.R. *The developmental psychopathology of anxiety disorders*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

240. VINDEGAARD, N.; BENROS, M. E. COVID-19 pandemic and mental health consequences. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020, vol. 89, p. 531–542. ISSN 0889-1591.
241. VRIENDS, N., PFALTZ, M. C., NOVIANTI, P., HADIYONO, J. Taijin kyofusho and social anxiety and their clinical relevance in indonesia and Switzerland. În: *Frontiers in psychology*, vol. 4, nr. 3, 2013. Disponibil: [https://www.researchgate.net/publication/235402642\\_Taijin\\_Kyofusho\\_and\\_Social\\_Anxiety\\_and\\_Their\\_Clinical\\_Relevance\\_in\\_Indonesia\\_and\\_Switzerland](https://www.researchgate.net/publication/235402642_Taijin_Kyofusho_and_Social_Anxiety_and_Their_Clinical_Relevance_in_Indonesia_and_Switzerland)
242. WATANABE, E., et al. Effects of bergamot essential oil aromatherapy on mood states, parasympathetic nervous system activity, and salivary cortisol levels in 41 healthy females. *Complementary Therapies in Medicine*. 2015. ISSN: 0965-2299
243. WHO, WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, field trial version. World Health Organization: Geneva, 1996.
244. WHOQOL GROUP, et al. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 1998, 28.3: 551-558.
245. WHOQOL User Manual PROGRAMME ON MENTAL HEALTH 1998. Disponibil: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO\\_HIS\\_HSI\\_Rev.2012.03\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1)
246. WITTCHEH, H. U., FUETSCH, M., SONNTAG, H. et.al. *Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study*. În: *Eur Psychiatry*, 15, 2000. p. 46-58.
247. WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. In: *Social Science & Medicine*. 1995, vol. 41, nr. 10, p. 1403–1409. ISSN 0277-9536.
248. World Health Organization *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Geneva: WHO. 1995. ISBN: 978-92-4-154422-7
249. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental Health Action Plan 2013–2020*. Geneva: WHO Press. 2013. 50 p. ISBN 978-92-4-150602-1.
250. World Health Organization. *World Health Statistics 2017: Monitoring Health for the SDGS*, 2017. 116 p.
251. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*. Geneva: WHO Press. 2022. 300 p. ISBN 978-92-4-004933-8.
252. YOUNG, J.E. *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema – Focused Approach* (Rev. ed.). Professional Resource Exchange, 1994.

253. ZHAN, L. Quality of life: conceptual and measurement issues. *Journal of advanced nursing*, 1992.
254. ZISSI, A., BARRY, M.M. *Well-Being and Life Satisfaction as Components of Quality of Life in Mental Disorders*. John Wiley, Sons Ltd, 2006.
255. ZVOLENSKY, M. J. et al. Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current directions in psychological science*, 2010, 19.6: 406-410. [https:// doi.org/10.1177/0963721410388642](https://doi.org/10.1177/0963721410388642).

# Anexe

**ANEXE**  
**CALITATEA VIEȚII ȘI ADAPTABILITATEA PSIHOSOCIALĂ A PERSOANELOR CU**  
**ANXIETATE**

**Anexa 1. Ancheta psihosocială**

**COD / Nume, Prenume** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

<b>Sexul:</b>	1) masculin	2) feminin
---------------	-------------	------------

<b>Mediul de proveniență:</b>	1) urban	2) rural
-------------------------------	----------	----------

<b>Instituția în care faceți studiile / Universitatea:</b>
--

<b>Facultatea:</b>
--------------------

<b>Specialitatea:</b>
-----------------------

<b>Ciclul:</b>	1) Licență	2) Master
----------------	------------	-----------

<b>Anul de studii:</b>
------------------------

<b>Profilul studiilor:</b>	1) umanist	2) real
----------------------------	------------	---------

<b>Vârsta (ani împliniți):</b>	
--------------------------------	--

<b>Starea maritală:</b>	1) căsătorit (ă)	2) necăsătorit (ă)
-------------------------	------------------	--------------------

<b>Reușită academică / Media notelor în ultimul semestru, între:</b>	1) 9-10	2) 8-9	3) 7-8	4) 6-7	5) 5-6
--	---------	--------	--------	--------	--------

În viziunea voastră *calitatea vieții* este \_\_\_\_\_

**Notați și ierarhizați**, de la cel mai important la cel mai puțin important, 5 cuvinte sau îmbinări de cuvinte asemănătoare cu expresia *calitatea vieții* \_\_\_\_\_

**Adaptabilitatea psihosocială** este \_\_\_\_\_

**Notați și ierarhizați**, de la cel mai important la cel mai puțin important, 5 cuvinte sau îmbinări de cuvinte asemănătoare cu expresia *adaptabilitatea psihosocială* \_\_\_\_\_

În general, utilizați aromele uleiurilor esențiale?  DA  NU

Diagnostic anterior de anxietate:  DA  NU

Dacă DA, specificați \_\_\_\_\_

**Tratament actual pentru anxietate:**  Medicamente  Terapie  Alte metode: \_\_\_\_\_

**Factori personali semnificativi** (stres recent, lipsa somnului etc.) \_\_\_\_\_

Utilizați arome pentru diminuarea nivelului de anxietate:  DA  NU

Dacă „DA”, ce tip de ulei esențial utilizați:  Lavandă  Bergamotă  Ylang-Ylang

**Chestionar Calitatea Vieții (QOLI - Quality of Life Inventory), Michael B. Frisch***Instructaj:*

Acest chestionar evaluează cât de satisfăcut(ă) sunteți de anumite aspecte ale vieții dumneavoastră, cum ar fi munca sau sănătatea. Sunteți de asemenea întrebat(ă) cât de importante sunt aceste aspecte pentru fericirea dumneavoastră. Sunt utilizate definiții speciale pentru cuvinte ca „bani”, „muncă”, și „joc”. Țineți cont de aceste definiții când răspundeți la întrebări. Răspundeți la toate întrebările, chiar dacă par că nu vi se potrivesc. Sunt importante sentimentele și opiniile dumneavoastră, așa încât nu există răspunsuri corecte sau greșite. Dați răspunsurile care vă descriu cel mai bine.

Acest chestionar vă cere să descrieți cât de **importante** sunt anumite aspecte ale vieții dvs (cum sunt munca și sănătatea) și cât de **satisfăcut(ă)** sunteți de acestea.

**Important(ă)/ Importanți(te)** înseamnă cât de mult contribuie această parte a vieții la fericirea dumneavoastră în ansamblu. Puteți spune cât de importantă este o anumită arie alegând una dintre cele trei opțiuni: „Neimportant(ă)/Neimportanți(te)” (0), „Important(ă)/Importanți(te)” (1), sau „Foarte important(ă)/importanți(te)” (2)

**Satisfăcut(ă)** înseamnă măsura în care nevoile, țelurile și dorințele dumneavoastră sunt îndeplinite în acest aspect al vieții. Puteți spune cât de satisfăcut(ă) sunteți alegând una din cele șase opțiuni, de la „Foarte nesatisfăcut(ă)” (-3) până la „Foarte satisfăcut(ă)” (+3).

Pentru fiecare întrebare, alegeți răspunsul care vă descrie cel mai bine.

**Sănătatea** înseamnă a fi în formă din punct de vedere fizic, fără a fi bolnav, fără a simți dureri sau a suferi de dizabilități.

1. Cât de **importantă** este SĂNĂTATEA pentru fericirea dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> 0 – Neimportantă	<input type="checkbox"/> 1 – Importantă	<input type="checkbox"/> 2 - Foarte importantă
---	---	--

2. Cât de **satisfăcut(ă)** sunteți de SĂNĂTATEA dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> -3) Foarte Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -2) Oarecum Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -1) Puțin Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +1) Puțin Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +2) Oarecum Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +3) Foarte Satisfăcut(ă)
---	--	--	--	--	---

**Stima de sine** înseamnă a vă plăcea și a vă respecta pe dumneavoastră înșivă în funcție de punctele forte și de slăbiciuni, succese și eșecuri, de capacitatea de a gestiona problemele.

3. Cât de **importantă** este STIMA DE SINE pentru fericirea dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> 0 – Neimportantă	<input type="checkbox"/> 1 – Importantă	<input type="checkbox"/> 2 - Foarte importantă
---	---	--

4. Cât de **satisfăcut(ă)** sunteți de STIMA DE SINE a dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> -3) Foarte Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -2) Oarecum Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -1) Puțin Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +1) Puțin Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +2) Oarecum Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +3) Foarte Satisfăcut(ă)
---	--	--	--	--	---

**Țelurile și valorile** reprezintă crezul dumneavoastră în legătură cu ce contează cel mai mult în viață și cum ar trebui să trăiți, atât acum cât și în viitor. Aceasta include obiectivele dumneavoastră în viață, ce considerați ca fiind corect și greșit, dar și scopul ori semnificația vieții în perspectiva proprie.

5. Cât de **importante** sunt ȚELURILE ȘI VALORILE pentru fericirea dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> 0 – Neimportantă	<input type="checkbox"/> 1 – Importantă	<input type="checkbox"/> 2 - Foarte importantă
---	---	--

6. Cât de **satisfăcut(ă)** sunteți de ȚELURILE ȘI VALORILE dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> -3) Foarte Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -2) Oarecum Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -1) Puțin Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +1) Puțin Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +2) Oarecum Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +3) Foarte Satisfăcut(ă)
---	--	--	--	--	---

**BANII** cuprind trei aspecte. Este vorba de banii pe care îi câștigați, bunurile pe care le dețineți (ca mașina sau mobila) și credința că veți avea în viitor banii și bunurile de care aveți nevoie.

7. Cât de **important** sunt BANII pentru fericirea dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> 0 – Neimportantă	<input type="checkbox"/> 1 – Importantă	<input type="checkbox"/> 2 - Foarte importantă
---	---	--

8. Cât de **satisfăcut(ă)** sunteți de BANII dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> -3) Foarte Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -2) Oarecum Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -1) Puțin Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +1) Puțin Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +2) Oarecum Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +3) Foarte Satisfăcut(ă)
---	--	--	--	--	---

**MUNCA** înseamnă cariera dumneavoastră sau modul în care vă petreceți cea mai mare parte a timpului. Puteți lucra având o slujbă, având grijă de familie acasă sau în cadrul unei unități de învățământ ca student. MUNCA include îndatoririle dumneavoastră la locul de muncă, banii pe care îi câștigați (dacă aceștia există) și oamenii cu care lucrați. (Puteți răspunde la aceste întrebări chiar dacă sunteți șomer, pensionare sau nu puteți lucra).

9. Cât de **importantă** este MUNCA pentru fericirea dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> 0 – Neimportantă	<input type="checkbox"/> 1 – Importantă	<input type="checkbox"/> 2 - Foarte importantă
---	---	--

10. Cât de **satisfăcut(ă)** sunteți de MUNCA dumneavoastră?

(Dacă nu lucrați, spuneți cât de satisfăcut(ă) sunteți de faptul că nu lucrați)

<input type="checkbox"/> -3) Foarte Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -2) Oarecum Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -1) Puțin Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +1) Puțin Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +2) Oarecum Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +3) Foarte Satisfăcut(ă)
---	--	--	--	--	---

**JOCUL** este ceea ce faceți în timpul liber pentru a vă relaxa, pentru a vă distra sau a vă perfecționa. Ar putea include vizionarea filmelor, vizitarea prietenilor sau practicarea unor hobby-uri ca sportul sau grădinăritul.

11. Cât de **important** este JOCUL din viața dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> 0 – Neimportantă	<input type="checkbox"/> 1 – Importantă	<input type="checkbox"/> 2 - Foarte importantă
---	---	--

12. Cât de **satisfăcut(ă)** sunteți de JOCUL din viața dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> -3) Foarte Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -2) Oarecum Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -1) Puțin Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +1) Puțin Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +2) Oarecum Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +3) Foarte Satisfăcut(ă)
---	--	--	--	--	---

**ÎNVĂȚAREA** înseamnă dobândirea unor abilități sau informații noi privind lucrurile care vă interesează. ÎNVĂȚAREA poate proveni din citirea cărților sau participarea la cursuri pe diverse teme, de exemplu de istorie, de reparat mașini sau de utilizare a computerului

13. Cât de **importantă** este ÎNVĂȚAREA pentru fericirea dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> 0 – Neimportantă	<input type="checkbox"/> 1 – Importantă	<input type="checkbox"/> 2 - Foarte importantă
---	---	--

14. Cât de **satisfăcut(ă)** sunteți de ÎNVĂȚAREA dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> -3) Foarte Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -2) Oarecum Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -1) Puțin Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +1) Puțin Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +2) Oarecum Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +3) Foarte Satisfăcut(ă)
---	--	--	--	--	---

**CREATIVITATEA** reprezintă utilizarea imaginației pentru a găsi metode noi și ingenioase de a rezolva problemele cotidiene sau de a practica hobby-uri precum pictura, fotografia sau lucrul manual. Aceasta poate include decorarea casei, cântatul la chitară sau descoperirea unor noi modalități de rezolvare a problemelor de la serviciu.

15. Cât de **importantă** este CREATIVITATEA pentru fericirea dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> 0 – Neimportantă	<input type="checkbox"/> 1 - Importantă	<input type="checkbox"/> 2 - Foarte importantă
---	---	--

16. Cât de **satisfăcut(ă)** sunteți de CREATIVITATEA dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> -3) Foarte Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -2) Oarecum Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -1) Puțin Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +1) Puțin Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +2) Oarecum Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +3) Foarte Satisfăcut(ă)
---	--	--	--	--	---

**AJUTORUL** înseamnă a-i ajuta pe cei care au nevoie de ajutor sau a contribui la dezvoltarea comunității dumneavoastră într-un loc mai bun. AJUTORUL poate fi realizat pe cont propriu sau într-un grup precum biserica, o asociație de cartier sau un partid politic. AJUTORUL poate include acțiuni voluntare la școală sau donarea de bani pentru o cauză nobilă. AJUTORUL înseamnă a ajuta oameni care nu vă sunt prieteni sau rude.

17. Cât de **important** este AJUTORUL pentru fericirea dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> 0 – Neimportantă	<input type="checkbox"/> 1 - Importantă	<input type="checkbox"/> 2 - Foarte importantă
---	---	--

18. Cât de **satisfăcut(ă)** sunteți de AJUTORUL pe care îl oferiți?

<input type="checkbox"/> -3) Foarte Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -2) Oarecum Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -1) Puțin Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +1) Puțin Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +2) Oarecum Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +3) Foarte Satisfăcut(ă)
---	--	--	--	--	---

Nesatisfăcut(ă)	Nesatisfăcut(ă)	Nesatisfăcut(ă)	Satisfăcut(ă)	Satisfăcut(ă)	Satisfăcut(ă)
-----------------	-----------------	-----------------	---------------	---------------	---------------

**IUBIREA** este relația romantică foarte apropiată cu o altă persoană. IUBIREA include de obicei sentimente de natură sexuală și sentimentul de a te simți iubit și înțeles, a simți grija celuilalt pentru tine. (Puteți răspunde la întrebări chiar dacă nu aveți o relație de IUBIRE.)

19. Cât de **importantă** este IUBIREA pentru fericirea dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> 0 - Neimportantă	<input type="checkbox"/> 1 - Importantă	<input type="checkbox"/> 2 - Foarte importantă
---	---	--

20. Cât de **satisfăcut(ă)** sunteți de IUBIREA din viața dumneavoastră?

(Dacă nu vă aflați într-o relație amoroasă, spuneți cât de satisfăcut(ă) sunteți de faptul că nu aveți o relație amoroasă.)

<input type="checkbox"/> -3) Foarte Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -2) Oarecum Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -1) Puțin Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +1) Puțin Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +2) Oarecum Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +3) Foarte Satisfăcut(ă)
---	--	--	--	--	---

**PRIETENII** sunt oamenii (alții decât rudele) pe care îi cunoașteți bine și de care vă pasă, care au interese și opinii comune cu dumneavoastră. PRIETENII se distrează împreună, discută despre probleme personale și se ajută reciproc. (Puteți răspunde la întrebări chiar dacă nu aveți PRIETENI.)

21. Cât de **importanti** sunt PRIETENII pentru fericirea dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> 0 - Neimportantă	<input type="checkbox"/> 1 - Importantă	<input type="checkbox"/> 2 - Foarte importantă
---	---	--

22. Cât de **satisfăcut(ă)** sunteți de PRIETENII dumneavoastră?

(Dacă nu aveți PRIETENI, spuneți cât de satisfăcut(ă) sunteți de faptul că nu aveți PRIETENI.)

<input type="checkbox"/> -3) Foarte Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -2) Oarecum Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -1) Puțin Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +1) Puțin Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +2) Oarecum Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +3) Foarte Satisfăcut(ă)
---	--	--	--	--	---

**COPIII** se referă la cum vă împăcați cu copilul (sau copiii) dumneavoastră. Gândiți-vă la cum vă înțelegeți cu copilul (copiii) dumneavoastră când aveți grijă de el (ei), când îl (îi) vizitați sau când vă jucați. (Puteți răspunde la întrebări chiar dacă nu aveți COPII)

23. Cât de **importanti** sunt COPIII pentru fericirea dumneavoastră?

(Dacă nu aveți COPII, spuneți cât de important(ă) este pentru fericirea dumneavoastră să aveți un copil.)

<input type="checkbox"/> 0 - Neimportantă	<input type="checkbox"/> 1 - Importantă	<input type="checkbox"/> 2 - Foarte importantă
---	---	--

24. Cât de **satisfăcut(ă)** sunteți de COPIII dumneavoastră?

(Dacă nu aveți COPII, spuneți cât de satisfăcut(ă) sunteți de faptul că nu aveți copii.)

<input type="checkbox"/> -3) Foarte Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -2) Oarecum Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -1) Puțin Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +1) Puțin Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +2) Oarecum Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +3) Foarte Satisfăcut(ă)
---	--	--	--	--	---

**RUDELE** se referă la cum vă înțelegeți cu părinții, bunicii, frații, surorile, mătușile, unchii și rudele prin alianță. Gândiți-vă la cum vă înțelegeți când sunteți implicați împreună în acțiuni precum vizite, conversații telefonice sau întrajutorare. (Dacă nu aveți RUDE, alegeți varianta 0) "Neimportante" la întrebarea 25 și nu răspundeți la întrebarea 26).

25. Cât de **importante** sunt RUDELE pentru fericirea dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> 0 - Neimportantă	<input type="checkbox"/> 1 - Importantă	<input type="checkbox"/> 2 - Foarte importantă
---	---	--

26. Cât de **satisfăcut(ă)** sunteți de relația cu RUDELE dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> -3) Foarte Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -2) Oarecum Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -1) Puțin Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +1) Puțin Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +2) Oarecum Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +3) Foarte Satisfăcut(ă)
---	--	--	--	--	---

**ACASĂ** este acolo unde locuiți. Este case ori apartamentul dumneavoastră și curtea sau grădina din jurul său. Gândiți-vă la cât de agreabil arată, cât de mare și la chirie sau plata întreținerii.

27. Cât de **importantă** este CASA pentru fericirea dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> 0 - Neimportantă	<input type="checkbox"/> 1 - Importantă	<input type="checkbox"/> 2 - Foarte importantă
---	---	--

28. Cât de **satisfăcut(ă)** sunteți de CASA dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> -3) Foarte Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -2) Oarecum Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -1) Puțin Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +1) Puțin Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +2) Oarecum Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +3) Foarte Satisfăcut(ă)
---	--	--	--	--	---

**CARTIERUL** este zona dimprejurul casei dumneavoastră. Gândiți-vă la cât de agreabil arată, la infrastructuralitatea din

zonă și la cât de mult vă plac oamenii care locuiesc acolo.

29. Cât de **important** este CARTIERUL pentru fericirea dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> 0 - Neimportantă	<input type="checkbox"/> 1 - Importantă	<input type="checkbox"/> 2 - Foarte importantă
---	---	--

30. Cât de **satisfăcut(ă)** sunteți de CARTIERUL dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> -3) Foarte Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -2) Oarecum Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -1) Puțin Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +1) Puțin Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +2) Oarecum Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +3) Foarte Satisfăcut(ă)
---	--	--	--	--	---

**COMUNITATEA** este întregul oraș sau regiunea rurală în care locuiți (nu se referă doar la cartierul dumneavoastră). **COMUNITATEA** include cât de bine arată zona dumneavoastră, infrastructuralitatea și cât de mult vă plac oamenii din zonă. De asemenea, include locuri de divertisment precum parcurile, concertele, evenimentele sportive și restaurantele. Puteți lua în considerare și costurile bunurilor de care aveți nevoie, disponibilitatea slujbelor, guvernul, școlile, taxele și poluarea.

31. Cât de **importantă** este COMUNITATEA pentru fericirea dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> 0 - Neimportantă	<input type="checkbox"/> 1 - Importantă	<input type="checkbox"/> 2 - Foarte importantă
---	---	--

32. Cât de **satisfăcut(ă)** sunteți de COMUNITATEA dumneavoastră?

<input type="checkbox"/> -3) Foarte Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -2) Oarecum Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> -1) Puțin Nesatisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +1) Puțin Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +2) Oarecum Satisfăcut(ă)	<input type="checkbox"/> +3) Foarte Satisfăcut(ă)
---	--	--	--	--	---

**Chestionarul de evaluare a satisfacției față de calitatea vieții**  
(elaborat de Elliot R.S., adaptat de N. Vodopyanova)

*Instrucțiune:* Vă rugăm să apreciați gradul de satisfacția de viață pentru fiecare punct. Evaluarea nu poate fi corectă sau greșită - este a Dvs. La fiecare punct încercuiți numărul care cel mai mult reflectă starea Dvs. Încercați să răspundeți rapid, conform primului Dvs. impuls.

<b>1. Serviciul (carieră) – alegerea domeniului de formare profesională</b>												
<i>Absolut nu corespunde așteptărilor și intereselor mele</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Corespunde întocmai așteptărilor și intereselor mele</i>	
<b>2. Aspirățiile personale și realizările</b>												
<i>Nu am realizat multe scopuri mă simt un ratat</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Am realizat multe scopuri mă simt un om împlinit</i>	
<b>3. Sănătatea</b>												
<i>Des mă îmbolnăvesc</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>De obicei sunt sănătos</i>	
<b>4. Circumstanțele</b>												
<i>Des îmi produc emoții puternice de singurătate</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Niciodată nu mă simt singur</i>	
<b>5. Relațiile cu copiii (proprii sau străini)</b>												
<i>Nu-mi aduc bucurie</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Întodeauna bucură</i>	
<b>6. Relațiile la serviciu/în mediul academic (cu colegii, profesorii, șeful și alții)</b>												
<i>Provoacă disconfort sever (stres și nemulțumire)</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>De obicei sunt armonioase (plăcute)</i>	
<b>7. Relațiile cu prietenii</b>												
<i>Nu am nici o prietenie sinceră</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Sunt apropiate și calde, simt sprijinul lor</i>	
<b>8. Importanța valorilor spirituale sau religioase</b>												
<i>Nesemnificativă</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Puternică și semnificativă</i>	
<b>9. Dispoziția bună de regulă depinde</b>												
<i>De situațiile externe (de relațiile cu alți oameni)</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>De mine însumi, de propria mea stare de spirit (optimism, simțul umorului, pofta de viață)</i>	
<b>10. Managementul timpului</b>												
<i>Mă confrunt permanent cu deficitul de timp (îmi provoacă stări de tensiune și iritabilitate)</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Timpul este aliatul meu, sunt capabil de a gestiona bine timpul</i>	
<b>11. Mediul meu</b>												
<i>Este neplăcut și periculos</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Este sigur și confortabil</i>	
<b>12. Starea fizică</b>												
<i>Oboseală și încordare</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Capacitate de acțiune excelentă</i>	
<b>13. Situația financiară</b>												
<i>Nesatisfăcătoare, proastă</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Bună, stabilă</i>	

gestionare												
<b>14. Numărul crizelor dramatice de viață în ultimii doi ani</b>												
<i>Nu am avut crize</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Excesiv de mare</i>	
<b>15. Afaceri, carieră profesională</b>												
<i>Fără perspective</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Perspective bune</i>	
<b>16. Practicarea activităților fizice</b>												
<i>Insuficientă, rară</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Destul de suficientă, frecventă</i>	
<b>17. Somnul</b>												
<i>Deseori cu dificultăți</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Perfect</i>	
<b>18. Forma fizică</b>												
<i>Prezintă o problemă pentru mine! (sunt nemulțumit)</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Nu-mi face probleme</i>	
<b>19. Autocontrol și echilibru</b>												
<i>Nesatisfăcător</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Permanent</i>	
<b>20. Luare de decizii</b>												
<i>Întodeauna iau cu greu deciziile importante</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Ușor iau decizii importante</i>	
<b>21. Responsabilitate</b>												
<i>Fac doar ceea ce pot, nu mă suprasolicitez</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Îmi asum multe, frecvent și obligațiile altora</i>	
<b>22. Sentimentul de vinovăție și rușine</b>												
<i>Foarte des</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Niciodată</i>	
<b>23. Schimbările în situații și planuri</b>												
<i>Întodeauna mă supără</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Mă adaptez cu ușurință la orice situație nouă</i>	
<b>24. Furie</b>												
<i>Des mă supăr pe mine sau pe alții</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Multe lucruri le percep cu ușurință fără să mă supăr</i>	
<b>25. Stima de sine</b>												
<i>Deseori sunt nemulțumit(ă) de sine</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>În general sunt mulțumit(ă) de sine</i>	
<b>26. Valorile și principiile de viață</b>												
<i>Nu sunt întodeauna clare, de multe ori se schimbă</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Întodeauna sunt clare și stabile</i>	
<b>27. Sprijin moral și spiritual din partea apropiaților</b>												
<i>Minim (lipsește)</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Puternic și semnificativ</i>	
<b>28. Stări emoționale pozitive și de satisfacție</b>												
<i>Foarte frecvente</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Niciodată</i>	
<b>29. Viața intimă, sexuală</b>												
<i>Nesatisfăcătoare</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Armonioasă și periodică</i>	
<b>30. Înțelegere și respect în mediul de afaceri (profesional, universitar)</b>												
<i>Scăzute</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Înalte</i>	

<b>31. Frică și neliniște</b>											
<i>Prezentă zilnic</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Lipsește</i>
<b>32. Suport în formarea profesională / în cariera profesională</b>											
<i>Lipsește</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Ridicat</i>
<b>33. Supărare sau furie asupra altora</b>											
<i>Lipsește</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Foarte des</i>
<b>34. Dispoziția</b>											
<i>Aproape întotdeauna trist/ă</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Întotdeauna bună</i>
<b>35. În situații dificile</b>											
<i>Niciodată nu pierd speranța în o rezolvare favorabilă a situației</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Simt mereu un sentiment de confuzie sau de „disperare”</i>
<b>36. Resurse interne (personale)</b>											
<i>Simt că resursele mele sunt epuizate</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Simt forțe și resurse suficient de mari</i>

**Chestionarul Adaptabilitate, MLO-AM (A.G. Maklakov, S.V. Chermyanin)**

*Instrucțiuni:* Înainte de a da mai multe întrebări cu privire la anumite caracteristici ale stării dumneavoastră de sănătate, comportamentului, caracterului fiți sincer și fără să meditați mult timp asupra conținutului itemilor dați răspunsuri reale, care primele vă vin în minte. Țineți minte că nu există răspunsuri „bune” sau „rele”. Răspunsul respectiv, dacă spuneți „Da”, semnați în căsuța din fișa de răspuns semnul „+” (plus), iar dacă spuneți „Nu”, semnați „-” (minus). Uitați-vă cu atenție la numărul respectiv, să nu omiteți nicio întrebare.

Nr.	Chestionar multifactorial de personalitate <b>Adaptabilitate</b>	Da	Nu
1.	Uneori mă înfurii.		
2.	Cele mai multe dimineți mă trezesc proaspăt și odihnit.		
3.	Acum eu sunt la fel de capabil să lucrez ca oricând.		
4.	Soarta este cu siguranță nedreaptă cu mine.		
5.	Am rare constipații.		
6.	Uneori vreau să plec de acasă.		
7.	Câteodată am accese de râs sau de plâns.		
8.	Mi se pare că nimeni nu mă înțelege.		
9.	Cred că dacă cineva mi-a făcut rău, eu trebuie să răspund la fel.		
10.	Uneori îmi vin în minte așa gânduri așa de rele, încât e mai bine să nu le spun nimănui.		
11.	Uneori îmi este greu să mă concentrez asupra unui lucru.		
12.	Uneori am emoții foarte ciudate și neobișnuite.		
13.	Nu am nicio problemă din cauza comportamentului meu.		
14.	Am avut în copilărie o perioadă când am comis furturi mărunte.		
15.	Uneori am dorința de a sparge și distruge totul în jur.		
16.	Se întâmplă să petrec zile întregi sau chiar săptămâni fără ca să pot face ceva, pentru că nu eram în stare să mă impun să mă apuc de lucru.		
17.	Eu nu dorm liniștit și am tulburări de somn.		
18.	Familia mea nu acceptă lucrul pe care l-am ales.		
19.	Au existat cazuri când nu mi-am ținut promisiunile.		
20.	Mă doare capul de multe ori.		
21.	O dată pe săptămână sau mai mult, fără nici un motiv aparent, simt brusc căldură prin tot corpul.		
22.	Ar fi bine dacă aproape toate legile ar fi anulate.		
23.	Starea mea de sănătate este aproape la fel ca la marea majoritate dintre prietenii mei.		
24.	Întâlnind pe străzi prieteni sau colegi cu care nu m-am văzut demult, prefer să trec pe alături în cazul în care aceștia primii nu-mi vorbesc.		
25.	Cei mai mulți oameni pe care îi cunosc mă plac.		
26.	Sunt o persoană sociabilă.		
27.	Uneori am insistat asupra faptului că oamenii își pierd răbdarea.		
28.	De cele mai multe ori am o dispoziție deprimată.		
29.	Acum nu prea sper că voi face ceva în viață.		
30.	Am puțină încredere în mine.		
31.	Uneori spun minciuni.		
32.	De obicei consider că viața are prioritate.		
33.	Cred că majoritatea oamenilor sunt capabili să mintă pentru a avansa în carieră.		
34.	Cu plăcere particip la adunări și activități obștești.		
35.	Mă cert foarte rar cu membrii familiei.		
36.	Uneori simt dorința de a încălca regulile etice sau de a provoca cuiva neplăceri.		
37.	Cea mai dificilă luptă pentru mine este lupta cu mine însumi.		
38.	Am foarte rar (sau aproape niciodată) spasme musculare.		

39.	Sunt destul de indiferent față de ceea ce se va întâmpla cu mine.		
40.	Uneori, când mă simt ciudat, sunt iritabil.		
41.	De cele mai multe ori, am sentimentul că am făcut ceva greșit sau chiar rău.		
42.	Unor oameni le place comanda. Aceasta mă face să fac totul invers, chiar dacă știu că ei au dreptate.		
43.	De multe ori mă simt obligat să apăr ceea ce mi se pare corect.		
44.	Discursul meu de astăzi este același ca întotdeauna (nici mai rapid și nici mai lent, nici cu glas răgușit sau neclar).		
45.	Eu cred că viața mea este la fel de bună ca și la majoritatea prietenilor mei.		
46.	Mă simt jignit atunci când cineva mă critică.		
47.	Uneori am senzația că trebuie neapărat să-mi cauzez mie sau altcuiva un prejudiciu.		
48.	Comportamentul meu este determinat, în mare măsură, de obiceiurile celor din jurul meu.		
49.	În copilărie am făcut parte dintr-o companie în care toți încercau să se apere unul pe altul.		
50.	Uneori am o mare dorință să mă bat cu cineva.		
51.	Au fost momente când am vorbit despre lucruri pe care nu le știu.		
52.	De obicei, adorm liniștit și nu mă deranjează niciun gând.		
53.	Ultimii câțiva ani mă simt bine.		
54.	Nu am avut niciodată convulsii.		
55.	Acum greutatea mea corporală este constantă.		
56.	Cred că eu sunt de multe ori pedepsit pe nedrept.		
57.	Pot să plâng cu ușurință.		
58.	Sunt un pic obosit.		
59.	Aș fi destul de calm dacă cineva din familia mea ar avea probleme din cauza că a încălcat legea.		
60.	Cu cunoștința mea se întâmplă ceva ciudat.		
61.	Pentru a ascunde timiditatea depun mare efort.		
62.	Amețeli am foarte rar.		
63.	Sunt îngrijorat de problemele sexuale.		
64.	Îmi este greu să mențin o conversație cu oameni cu care m-am întâlnit.		
65.	Când încerc să fac ceva, de multe ori am observat că îmi tremură mâinile.		
66.	Mâinile mele sunt la fel de îndemânaticе și active ca înainte.		
67.	De cele mai multe ori simt o slăbiciune generală.		
68.	Uneori, când sunt jenat, transpir puternic și aceasta mă enervează.		
69.	Uneori las pe mâine ceea ce ar trebui să fie făcut astăzi.		
70.	Cred că eu sunt un om sortit pieirii.		
71.	Au fost cazuri în care îmi era foarte greu să mă abțin de la furt (de la cineva sau de undeva).		
72.	Am făcut abuz de alcool.		
73.	De multe ori îmi fac griji pentru ceva.		
74.	Aș dori să fiu membru a mai multor cercuri.		
75.	Uneori nu îmi ajunge aer și am bătăi puternice de inimă.		
76.	Toată viața mea mă conduc de sentimente bazate pe datorie.		
77.	S-a întâmplat că am pus bariere sau am acționat contra oamenilor doar din principiu, nu pentru că era foarte important.		
78.	Dacă nu mă amenință o amendă sau dacă nu sunt mașini în apropiere, traversez strada nu unde se permite, ci pe unde vreau.		
79.	Întotdeauna am fost independent și liber de control în familie.		
80.	Am avut perioade de neliniște, astfel încât nu îmi găseam locul.		
81.	De multe ori acțiunile mele erau interpretate greșit.		
82.	Părinții mei sau alți membri ai familiei mele mă cicălesc mai mult decât este necesar.		
83.	Cineva dirijează cu gândurile mele.		
84.	Oamenii sunt apatici și indiferenți față de ceea ce se întâmplă cu tine.		
85.	Îmi place să fiu într-o companie în care care toți glumesc unul pe seama altuia.		

86.	În școală, am însușit materialul mai cu greu decât alții.		
87.	Sunt destul de încrezător.		
88.	Să nu ai încredere în nimeni este lucrul cel mai sigur.		
89.	O dată pe săptămână sau mai mult, eu sunt foarte agitat și nerăbdător.		
90.	Atunci când sunt în societate, îmi este greu să găsesc un subiect potrivit pentru conversație.		
91.	Îmi este ușor să fac ca alte persoane să aibă frică de mine și, uneori, o fac pentru distracție.		
92.	În joc, aș prefera să câștig.		
93.	Dacă omul te minte, nu are sens să îl ascuți.		
94.	Cineva încearcă să influențeze gândurile mele.		
95.	În fiecare zi beau multă apă.		
96.	Sunt cel mai fericit atunci când rămân singur.		
97.	Mă revolt de fiecare dată când infractorul rămâne nepedepsit.		
98.	În viață nu mi s-a întâmplat să simt că cineva prin hipnoză mă face să acționez într-un fel sau altul.		
99.	Foarte rar încep primul discuția cu oamenii.		
100.	Niciodată nu am fost în conflict cu legea.		
101.	Sunt bucuros să fie printre prietenii mei oameni importanți, care îmi ajută să devin valoros.		
102.	Uneori, fără niciun motiv, trăiesc perioade de veselie neobișnuită.		
103.	Viața pentru mine este aproape întotdeauna asociată cu stresul.		
104.	În școală mi-a fost foarte greu să vorbesc în fața clasei.		
105.	Oamenii manifestă respect pentru mine, așa cum îl merit.		
106.	Refuz să joc unele jocuri, deoarece rău îmi reușește.		
107.	Cred că îmi fac cu ușurință prieteni, ca și alții.		
108.	Îmi place singurătatea.		
109.	De obicei, nu sunt norocos.		
110.	Cu ușurință intru în încurcătură.		
111.	Unii dintre membrii familiei mele fac lucruri care mă sperie.		
112.	Uneori îmi vin accese de râs sau de plâns, pe care nu le pot dirija.		
113.	Îmi este greu să încep un lucru nou, o nouă afacere.		
114.	Dacă oamenii nu mi s-ar fi opus, aș fi realizat în viață mult mai multe.		
115.	Mi se pare că nimeni nu mă înțelege.		
116.	Printre cunoștii mei sunt persoane care nu-mi plac.		
117.	Îmi pierd cu ușurință răbdarea.		
118.	De multe ori în situație nouă simt un sentiment de neliniște.		
119.	Adesea vreau să mor.		
120.	Câteodată sunt atât de agitat, încât îmi este greu să dorm.		
121.	Deseori, eu trec pe partea opusă a străzii pentru a evita întâlnirea cu cel pe care l-am observat.		
122.	S-a întâmplat că am lăsat un lucru, pentru că îmi era teamă că nu o să fac față.		
123.	Aproape în fiecare zi ceva se întâmplă care mă sperie.		
124.	Chiar și în rândul persoanelor apropiate mă simt singur.		
125.	Sunt convins că există doar o singură înțelegere corectă a sensului vieții.		
126.	În ospetie, de obicei, stau undeva departe sau vorbesc numai cu o persoană, nu particip la distracții.		
127.	Eu de multe ori spun că sunt agitat.		
128.	Se întâmplă că bârfesc cu cineva.		
129.	De multe ori am neplăceri când încerc să preîntâmpin pe cineva despre comiterea unor greșeli și sunt înțeles greșit.		
130.	Mă adresez adesea la oameni pentru sfaturi.		
131.	Deseori, chiar dacă pentru mine e bine, simt că totul nu are rost.		
132.	Pe mine e destul de greu să mă enervezi („scoți din sărite”).		
133.	Când încerc să arăt oamenilor greșelile lor sau să-i ajut, ei mă înțeleg greșit.		

134.	De obicei, eu sunt calm și nu este ușor să fiu scos din echilibru.		
135.	Merit să fiu pedepsit sever pentru greșelile mele.		
136.	Îmi este caracteristic să retrăesc mult pentru dezamăgirile mele.		
137.	Deseori mi se pare că nu sunt bun de nimic.		
138.	Uneori când se discută unele probleme eu, fără să mă gândesc mult, cad de acord cu ceilalți.		
139.	Sunt foarte îngrijorat de tot felul de probleme.		
140.	Convingerile și opiniile mele sunt neclintite.		
141.	Eu cred că și fără a încălca legea este ieșire din situație.		
142.	Există oameni care sunt atât de neplăcuți pentru mine, încât mă bucur atunci când ei primesc o muștrare pentru ceva.		
143.	Eu am perioade când, din cauza neliniștii, am tulburări de somn.		
144.	Aș participa la diverse evenimente publice, deoarece vreau să fiu printre oameni.		
145.	Pot ierta încălcările oamenilor pe care ei le consideră iraționale.		
146.	Am obiceiuri rele, care sunt atât de puternice, încât să lupt cu ele este practic inutil.		
147.	Cu plăcere fac cunoștință cu oameni noi.		
148.	Se întâmplă ca o gluma indecentă să mă facă să râd.		
149.	În cazul în care lucrurile merg rău, imediat vreau să renunț la ele.		
150.	Prefer să acționez în conformitate cu propriile planuri, dar să urmez instrucțiunile altora.		
151.	Îmi place că alții cunosc punctul meu de vedere.		
152.	Dacă am o părere rea despre o persoană sau o disprețuiesc, nici nu încerc să ascund acest lucru de ea.		
153.	Sunt nervos și ușor agitat.		
154.	Tot ce fac este rău, nu așa cum ar trebui.		
155.	Viitorul pare fără speranță.		
156.	Oamenii pot schimba destul de ușor opinia mea, chiar dacă ea pare a fi neclintită.		
157.	De câteva ori pe săptămână am senzația că se va întâmpla ceva groaznic.		
158.	De cele mai multe ori mă simt obosit.		
159.	Îmi place să particip la petreceri cu compania din care fac parte.		
160.	Încerc să evit conflictele și situațiile dificile.		
161.	Foarte mult mă deranjează faptul că uit unde am pus lucrurile.		
162.	Aventurile îmi plac mai mult decât filmele despre dragoste.		
163.	Dacă vreau să fac ceva, dar cei din jur consideră că acest lucru nu ar trebui să-l fac, eu pot renunța cu ușurință la el.		
164.	Nu este bine să condamni oamenii care tind să ia de la viață tot ce pot.		
165.	Nu-mi pasă ce cred alții despre mine.		

**Chestionarului de adaptare la mediul studențesc și solicitările academic***(Chestionarul AMSSA, S. Rusnac et.al.)***Instrucțiune:**

Apreciați pe o scală de 5 puncte (1 – deloc, 2 – uneori, 3 – când și cum, 4 – aproape întotdeauna, 5 – întotdeauna) stările și comportamentele Dvs. în diverse condiții și situații, fixându-le în tabelul de mai jos. Dați prima apreciere, care vă vine în minte după lectura afirmației, deoarece chestionarul nu presupune răspunsuri corecte sau incorecte, având menirea de a scoate în evidență modul în care v-ați adaptat la mediul studențesc.

**Varianta tabel - Chestionar:**

Nr.o	Afirmații	1	2	3	4	5
1.	Mă bucur de susținerea celor ce mă înconjoară					
2.	Comunic la fel ca pe timpuri cu familia					
3.	Sunt mulțumit de faptul cum am ales universitatea					
4.	Duc un mod de viață obișnuit					
5.	Mențin relațiile cu prietenii vechi					
6.	Sunt mulțumit de faptul cum am ales facultatea, specialitatea					
7.	Îmi satisfac necesitățile religioase					
8.	Mențin relațiile cu apropiații, rudele					
9.	Capacitățile mele corespund profesiei alese					
10.	Găsesc limbă comună cu oamenii					
11.	Mă bucur de susținerea familiei					
12.	Planurile mele de viitor sunt dependente de aceea, ce mă preocupă acum la universitate					
13.	Mă simt bine între oameni					
14.	Mă bucur de înțelegere din partea rudelor și apropiaților					
15.	Văd perspectiva pentru viitorul apropiat					
16.	Mă orientez în sistemul de transport urban					
17.	Găsesc limbă comună cu colegii					
18.	Mă bucur de confort emoțional					
19.	Mențin un regim al zilei convenabil					
20.	Sunt înțeles de colegi					
21.	Îmbin cu succes activitatea de învățare cu cea extracurriculară					
22.	Sunt obișnuit cu zgomotul de oraș					
23.	Dispon de ajutorul solicitat de la colegi					
24.	Sunt autonom în determinarea cursului pregătirii mele profesionale					
25.	Mă simt bine în stradă					
26.	Mă simt necesar și solicitat în grupa academică					
27.	Îmi realizez fără dificultăți necesitățile de formare profesională					

28.	Mă comport cu încredere purtând haina obișnuită mie					
29.	Petrec timpul liber cu colegii					
30.	Îmi dezvolt aptitudinile solicitate de viitoarea mea profesie					
31.	Distribui cu succes mijloacele financiare de care dispun					
32.	Sunt de acord cu notele pe care mi le dau profesorii					
33.	Dispun de timp suficient pentru toate cele planificate					
34.	Am un regim alimentar satisfăcător					
35.	Sunt mulțumit de comunicarea cu profesorii					
36.	Îmbin cu succes învățătura cu alte activități					
37.	Găsesc în oraș fără dificultăți serviciile de care am nevoie					
38.	Sunt satisfăcut de comunicarea cu administrația universității și facultății					
39.	Dispun de timp pentru odihnă					
40.	Îmi procur lucrurile de care am nevoie					
41.	Profesorii îmi apreciază după merit cunoștințele					
42.	Îmi ajunge timp pentru somn					
43.	Îmi organizez timpul liber					
44.	Sunt implicat în activități extracurriculare					
45.	Mențin programul zilei cu care m-am obișnuit					

**Testul *Adaptabilitate / flexibilitate* (A. Chelcea)**

*Instrucțiune:* Selectați și încercuiți una din variantele prezentate.

Nr. d/o	Afirmații	Deloc	Puțin	Mult	Foarte mult
1.	Cât de indispus sunteți când partenerul(a) întârzie la întâlnire?	1	2	3	4
2.	Cât de supărat sunteți când spectacolul la care aveți bilete s-a amânat?	1	2	3	4
3.	Cât de tare vă afectează plecarea cu două ore întârziere a avionului cu care urmează să călătoriți?	1	2	3	4
4.	În ce măsură vă necăjește faptul că un prieten invitat de dumneavoastră la o petrecere nu mai vine?	1	2	3	4
5.	Cât de dezamăgit sunteți când aflați că licitația la care urma să luați parte s-a și terminat?	1	2	3	4
6.	Cât de mult vă enervează faptul că autobuzul pleacă din stație cu 15 secunde înainte de a ajunge dumneavoastră acolo?	1	2	3	4
7.	Cât de tare vă supără faptul că, deși le-ați spus copiilor să facă ordine în camera lor, nu au ascultat?	1	2	3	4
8.	Cât de mult vă indispuce faptul că ați primit de la spălătorie hainele altcuiva?	1	2	3	4
9.	Cât de mult vă supără faptul că autoturismul dumneavoastră nu a fost bine reparat?	1	2	3	4
10.	Cât de tare vă necăjiți că prețul unui obiect pe care ați vrut să-l cumpărați a crescut?	1	2	3	4
11.	Cât de tare vă indispuce anularea unei petreceri la care erați invitat(ă) și ați vrut să mergeți?	1	2	3	4
12.	Cât de supărat sunteți că poștașul nu v-a adus ziarul?	1	2	3	4

**Inventarul de Anxietate Stare – Trăsătură STAI a lui Spielberger  
(The State-Trait Anxiety Inventory Spielberger- STAI)**

STAI este alcătuit din 2 scale de autoevaluare pentru măsurarea a două concepte distincte privind anxietatea. Starea de anxietate (A-stare) și anxietatea ca tră sătură (A-trăsătură).

**CHESTIONAR DE AUTOEVALUARE: S.T.A.I. – forma X1**

*Instrucțiuni:* Mai jos sunt date diferite descrieri ale unor stări sufletești. Citiți fiecare descriere în parte și încercuiți cea cifră din dreapta descrierii care corespunde cu modul în care vă simțiți acum în acest moment. Nu există răspunsuri bune sau rele. Nu pierdeți prea mult timp cu vreo deosebire și dați acel răspuns care pare să înfățișeze cel mai bine felul cum vă simțiți în prezent.

Nr.	Itemi	Deloc	Puțin	Destul	Foarte mult
1.	Mă simt calm(ă).	1	2	3	4
2.	Mă simt liniștit(ă).	1	2	3	4
3.	Sunt încordat(ă).	1	2	3	4
4.	Îmi pare rău de ceva.	1	2	3	4
5.	Mă simt în apele mele.	1	2	3	4
6.	Sunt trist.	1	2	3	4
7.	Mă îngrijorează niște neplăceri posibile.	1	2	3	4
8.	Mă simt odihnit(ă).	1	2	3	4
9.	Mă simt neliniștit(ă).	1	2	3	4
10.	Mă simt bine.	1	2	3	4
11.	Am încredere în puterile mele.	1	2	3	4
12.	Mă simt nervos(nervoasă).	1	2	3	4
13.	Sunt speriat(ă).	1	2	3	4
14.	Mă simt iritat(ă).	1	2	3	4
15.	Mă simt relaxat(ă).	1	2	3	4
16.	Mă simt mulțumit(ă).	1	2	3	4
17.	Sunt îngrijorat(ă).	1	2	3	4
18.	Mă simt agitat și „scos din fire”.	1	2	3	4
19.	Mă simt vesel(ă).	1	2	3	4
20.	Mă simt bine dispus(ă).	1	2	3	4

## CHESTIONAR DE AUTOEVALUARE S.T.A.I – forma X2

### *Instrucțiuni:*

Mai jos sunt date mai multe descrieri ale unor stări sufletești. Citiți fiecare descriere în parte și încercuiți acea cifră din dreapta descrierii care corespunde cu felul în care vă simțiți în general. Nu există răspunsuri bune sau rele. Nu pierdeți prea mult timp cu vreo deosebire și dați acel răspuns care pare să descrie felul în care vă simțiți în general.

Nr.	<i>Itemi</i>	<b>Deloc</b>	<b>Puțin</b>	<b>Destul</b>	<b>Foarte mult</b>
1.	Sunt bine dispus(ă).	1	2	3	4
2.	Obosesc repede.	1	2	3	4
3.	Îmi vine să plâng.	1	2	3	4
4.	Aș dori să fiu fericit(ă) cum par alții să fie.	1	2	3	4
5.	De multe ori îmi scapă unele lucruri pentru că nu mă pot decide destul de repede.	1	2	3	4
6.	Mă simt odihnit(ă).	1	2	3	4
7.	Sunt calm(ă), „cu sânge rece” și concentrat(ă).	1	2	3	4
8.	Simt că mi se adună greutatea și nu le mai pot face față.	1	2	3	4
9.	Mă frământă prea mult anumite lucruri care în realitate nu au importanță.	1	2	3	4
10.	Sunt fericit(ă).	1	2	3	4
11.	Sunt înclinat(ă) să iau lucrurile prea în serios.	1	2	3	4
12.	Îmi lipsește încrederea în puterile mele.	1	2	3	4
13.	Mă simt în siguranță.	1	2	3	4
14.	Încerc să evit un moment critic sau o dificultate.	1	2	3	4
15.	Mă simt abătut(ă).	1	2	3	4
16.	Mă simt mulțumit(ă).	1	2	3	4
17.	Îmi trece prin minte câte un gând lipsit de importanță și mă sâcăie.	1	2	3	4
18.	Așa de mult pun dezamăgirile la suflet încât nu mai pot scăpa de ele.	1	2	3	4
19.	Sunt un om echilibrat.	1	2	3	4
20.	Când mă gândesc la necazurile mele prezente devin nervos(nervoasă) și prost dipus(ă).	1	2	3	4

### Testul de autoevaluare a gândurilor în interacțiunile sociale

(elaborat de Glass și colab., 1982)

**Instrucțiuni:** Citiți afirmațiile de mai jos și apreciați cât de frecvent ați putea gândi ceva similar înainte, în timpul sau după interacțiunea cu o persoană de sex opus, utilizând scala de 5 puncte:

1- foarte rar, 2 - rar, 3 - uneori, 4 - des, 5 - foarte des.

Nr.	<i>Apreciați cât de frecvent ați putea gândi ceva similar înainte, în timpul sau după interacțiunea cu o persoană de sex opus:</i>	1	2	3	4	5
1.	Când nu știu ce să spun, mă simt foarte anxios.					
2.	De obicei, vorbesc destul de ușor cu băieți/fete.					
3.	Sper să nu mă fac de râs.					
4.	Încep să mă simt mai liniștit.					
5.	Mi-e teamă de ceea ce el / ea ar putea gândi despre mine.					
6.	Fără griji, fără teamă, fără anxietate.					
7.	Mi-e frică de moarte.					
8.	El/ea probabil nu va fi interesat(ă) de mine.					
9.	Poate l-aș liniști/aș liniști-o dacă aș face eu primul pas.					
10.	În loc să-mi fac griji, mai bine mă gândesc cum să îl/o cunosc.					
11.	Nu mă simt în largul meu atunci când vorbesc cu băieți/fete.					
12.	Ce naiba! În cel mai rău caz, nu mă va plăcea.					
13.	El/ea ar putea să vrea să-mi vorbească la fel de mult cât vreau eu.					
14.	Aceasta va fi o bună ocazie.					
15.	Dacă nu mă voi descurca în această conversație, îmi voi pierde încrederea în mine.					
16.	Ceea ce voi spune va părea, probabil, stupid.					
17.	Ce am de pierdut? Merită să încerc.					
18.	Situația nu este ușoară, dar îi pot face față.					
19.	Vai! Nu vreau să fac asta.					
20.	Aș fi distrus dacă el/ea nu mi-ar răspunde.					

**Chestionarul de evaluare a anxietății academice**  
(Alpert – Harber)

*Instrucțiune:* Apreciați în ce măsură vă caracterizează enunțurile enumerate mai jos, utilizând scala de 5 puncte:

1 - Întotdeauna / Este adevărat pentru mine;

5 - Niciodată / Nu este adevărat pentru mine.

Nr.	Enunțuri:	1	2	3	4	5
1.	În timpul unui examen ori a unei testări emoțiile îmi creează probleme care mă împiedică să obțin rezultate foarte bune.					
2.	Pot lucra în condiții de stres dacă sarcina este foarte importantă.					
3.	Atunci când nu sunt suficient de pregătit, frica de note joase mă face să fiu ineficient.					
4.	La materiile la care am note joase, frica de ele mă face să fiu și mai ineficient.					
5.	Cu cât este mai importantă examinarea, cu atât sunt mai stresat.					
6.	Pot fi nervos înainte de examen, dar din momentul în care începe, uit de nervi.					
7.	În timpul examenelor sau al testelor mă blochez la întrebări la care nu-mi amintesc răspunsul.					
8.	În timpul unui examen, emoțiile mă ajută să răspund mai bine.					
9.	Nimic nu mă distrage în timpul unei testări.					
10.	Dacă nota finală a unui curs se obține printr-un singur examen, obțin rezultate mai bune decât ceilalți.					
11.	Am descoperit că la începutul unui examen mintea mi se blochează și îmi revin abia peste câteva minute.					
12.	Aștept cu nerăbdare examenele					
13.	Teama de examen mă epuizează atât de mult, încât atunci când examenul începe, aproape nu-mi fac griji pentru nota pe care o voi obține.					
14.	Timpul limită mă stresează și obțin rezultate mai slabe decât ceilalți din grup supuși unor condiții identice.					
15.	Deși, pentru cei mai mulți, „îngrășatul porcului” înainte de examen nu este eficient, am descoperit că pot învăța materia necesară chiar în ajun și pot folosi cu succes informațiile reținute.					
16.	Mă bucur mult când susțin un examen.					
17.	Uneori trebuie să revin la întrebările de examen, întrucât îmi scapă sensul lor.					
18.	Mă descurc mult mai bine când este vorba de un examen important.					
19.	Când nu știu să răspund la o întrebare la începutul unui examen, mă enervez atât de mult, încât mă blochez la întrebările ușoare pe care le întâlnesc ulterior.					

**Chestionarul ASQ pentru evaluarea anxietatii**  
(Lehrer și Woolfolk)

*Instrucțiune:* Marcați frecvența cu care simțiți stările de mai jos.

Nr.o.	Itemi	Niciodată.....Foarte des							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Mi se usucă gâtul.								
2.	Am dificultăți când înghit.								
3.	Încerc să evit să încep o conversație.								
4.	Îmi simt inima grea.								
5.	Îmi închipui nenorociri viitoare.								
6.	Evit să vorbesc oamenilor investiți cu autoritate (șefului, polițistului etc.)								
7.	Îmi tremură mâinile și picioarele.								
8.	Nu pot să-mi scot din minte anumite gânduri.								
9.	Evit să intru singur într-o cameră unde oamenii s-au adunat și vorbesc deja.								
10.	Mă doare stomacul.								
11.	Învăț din greșeli.								
12.	Evit situațiile noi sau cele nefamiliare.								
13.	Simt un nod în gât.								
14.	Am amețeli.								
15.	Mă gândesc la posibile necazuri ale celor dragi								
16.	Nu pot să mă concentrez asupra unei activități, fără să-mi vină în minte alte gânduri.								
17.	Când mă întâlnesc cu colegi sau prieteni pe care nu i-am mai văzut de mult, dacă nu mă opresc ei să stăm de vorbă, eu trec mai departe.								
18.	Respir într-un ritm rapid.								
19.	Îmi ocup timpul pentru a evita gândurile negre.								
20.	Îmi pierd respirația.								
21.	Nu pot să-mi scot unele poze sau imagini din minte.								
22.	Încerc să evit reuniunile.								
23.	Îmi simt mâinile sau picioarele înțepenite.								
24.	Îmi imaginez că par naiv în fața unei persoane a cărei părere despre mine o consider importantă.								
25.	Mai degrabă stau acasă decât să mă implic în activități afară din casă.								
26.	Prefer să evit să-mi fac planuri de viitor referitoare la autoperfecționarea mea.								
27.	Sunt preocupat ca alții să gândească bine despre mine.								
28.	Încerc să evit activitățile solicitante.								
29.	Am mișcări necontrolate ale mușchilor.								
30.	Simt furnicături în corp.								
31.	Îmi simt mâinile sau picioarele fără putere.								

32.	Trebuie să fiu atent să nu-mi arăt adevăratele sentimente.													
33.	Am dureri și/sau crampe musculare.													
34.	Îmi simt fața, mâinile, picioarele sau limba amorțite.													
35.	Am dureri în zona pieptului.													
36.	Am un sentiment de neliniște.													

## Anexa 11. Date brute obținute de către subiecții cercetării

BD SPSS TD\_Dragomir D - Excel

Căutare

Fișier Pornire WPS PDF Inserare Aspect pagină Formule Date Revizuire Vizualizare Ajutor Foxit PDF ABBYY FineReader 12

Partajați

	A	B	E	F	G	H	I	J	K	P	Q	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	A
1	Nr.	Tară	Gen	ivie. prov	Cic lul	An	Vârsta	S.marital	Re.acad .	U.arom e	D.anxiet.	Arom.a nx.	U.esenș.	QOLI	SCV	MLO-AM PPA	MLO-AM SN-P	MLO-AM CC	MLO-AM NM	AMS 1a	AMS 1b	AF 1
2	1	1	2	1	1	1		1	6	1	2	1	4	3	3	2	2	3	2	2	2	2
3	2	1	1	1	1	1	23	2	6	2	2	2	6	3	3	1	1	2	2	2	2	2
4	3	1	2	1	1	1	39	1	6	1	2	1	4	3	3	1	1	2	2	2	2	2
5	4	1	1	1	1	1	19	2	6	2	1	2	6	3	3	1	1	1	2	1	2	2
6	5	1	2	1	1	1	46	1	6	1	1	1	4	3	4	1	2	2	2	3	3	2
7	6	1	2	1	1	1	19	2	6	1	2	1	2	4	4	2	2	2	2	3	3	2
8	7	1	2	1	1	1	18	2	6	1	2	1	1	3	3	2	2	2	2	3	2	2
9	8	1	1	1	1	1	18	2	6	2	2	2	6	3	3	1	1	2	2	2	2	2
10	9	1	2	1	1	1	20	2	6	2	2	2	6	1	3	1	1	2	2	1	2	2
11	10	1	2	1	1	1	18	2	6	2	2	2	6	3	2	1	1	2	2	2	2	2
12	11	1	1	1	1	1	37	1	6	2	1	2	6	4	4	2	2	2	2	3	3	2
13	12	1	2	1	1	1	20	2	6	1	2	1	2	4	4	2	2	2	2	3	2	2
14	13	1	2	1	1	1	42	2	6	1	2	1	1	3	4	2	2	2	2	2	2	2
15	14	1	2	1	1	1	38	1	6	2	1	2	6	4	4	2	2	2	2	3	2	2
16	15	1	2	1	1	1	35	2	6	2	1	2	6	4	4	1	2	2	2	2	2	2
17	16	1	2	1	1	1	46	1	6	1	2	1	4	3	3	2	2	2	2	2	3	2
18	17	1	1	1	1	1	47	1	6	2	2	2	6	3	3	2	3	2	2	2	3	2
19	18	1	2	1	1	1	19	2	6	1	2	1	1	3	3	1	2	2	2	3	3	2

Info Leg Varsta 1.QOLI 2.SCV 3.MLO-AM 4.AMS 5.Adap 6.STAI 7.Glass 8.Alpert 9.ASQ 10.Stog +

Gata Accesibilitate: investigați

BD SPSS TD\_Dragomir D - Excel

Căutare

Fișier Pornire WPS PDF Inserare Aspect pagină Formule Date Revizuire Vizualizare Ajutor Foxit PDF ABBYY FineReader 12

Partajați

	A	B	E	F	G	H	I	J	K	P	Q	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	A
1	Nr.	Tară	Gen	ivie. prov	Cic lul	An	Vârsta	S.marital	Re.acad .	U.arom e	D.anxiet.	Arom.a nx.	U.esenș.	QOLI	SCV	MLO-AM PPA	MLO-AM SN-P	MLO-AM CC	MLO-AM NM	AMS 1a	AMS 1b	AF 1
404	403	2	2	2	1	3	20	2	2	2	2	2	6	3	3	1	1	1	2	2	2	2
405	404	2	2	1	1	3	21	2	1	2	2	2	6	4	4	1	1	2	2	3	3	2
406	405	2	2	2	1	3	21	2	3	1	2	1	5	3	4	1	2	2	2	3	3	2
407	406	2	2	2	1	3		2	1	2	2	2	6	3	3	2	2	2	2	2	2	2
408	407	2	1	1	1	3	21	2	1	2	2	2	6	1	3	1	2	2	2	2	2	2
409	408	2	1	1	1	3	21	2	4	2	2	2	6	3	3	1	1	1	2	2	1	2
410	409	2	2	1	1	3	22	2	3	1	2	2	6	3	3	1	1	2	2	2	2	2
411	410	2	1	1	1	3	22	2	3	2	2	2	6	4	3	2	2	3	2	2	2	2
412	411	2	1	1	1	3	21	2	3	2	2	2	6	3	3	1	1	2	2	2	2	2
413	412	2	1	1	1	3	22	2	3	2	2	2	6	3	3	1	2	2	2	3	3	2
414	413	2	2	2	1	3	21	2	2	1	2	1	1	3	4	1	2	2	2	3	3	2
415	414	2	1	2	1	3	22	2	3	2	2	2	6	3	4	2	2	2	2	3	2	2
416	415	2	2	1	1	3	21	2	2	2	2	2	6	2	3	1	1	2	2	2	2	2
417	416	2	2	2	1	3	23	2	3	2	2	2	6	3	4	2	2	2	2	2	3	2
418	417	2	2	1	1	3	22	2	2	2	2	2	6	4	3	1	1	1	2	1	2	2
419	418	2	2	1	1	3	21	2	2	2	2	2	6	3	4	2	2	2	2	2	3	2
420	419	2	2	1	1	3		2	1	2	1	2	6	4	3	1	1	2	1	3	3	2
421	420	2	2	1	1	3	22	2	1	2	2	1	2	3	3	1	1	2	2	2	2	2

Info Leg Varsta 1.QOLI 2.SCV 3.MLO-AM 4.AMS 5.Adap 6.STAI 7.Glass 8.Alpert 9.ASQ 10.Stog +

Gata Accesibilitate: investigați

**Anexa 12. Datele statisticii descriptive – Particularități ale calității vieții, adaptabilității psihosociale, anxietății respondenților după variabilele socio-demografice (în funcție de factorii din anchetă)**

**1. Eșantionul cercetării în funcție de criteriul țara de origine (perspectivă culturală) (România / Republica Moldova)**

**Calitatea vieții și coping (QOLI și SCV)**

<i>Variabilă</i>	<i>M RO</i>	<i>M MD</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ΔM</i>
QOLI – calitatea vieții	3.19	2.98	2.661	418	.008	+0.21
SCV – serviciu/carieră	2.59	2.37	3.476	418	.001	+0.22
SCV – suport social	2.51	2.21	4.479	418	<.001	+0.30
SCV – optimism	2.26	2.08	2.672	418	.008	+0.18
SCV – stări emoționale	2.07	1.75	4.561	418	<.001	+0.33

**Adaptare personală și integrare academică (MLO-AM și AMS)**

<i>Variabilă</i>	<i>M RO</i>	<i>M MD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>	<i>ΔM</i>
MLO-AM – potențial de adaptare	1.89	1.50	5.972	418	<.001	+0.38
MLO-AM – stabilitate neuro-psihică	1.84	1.50	5.602	418	<.001	+0.34
AMS – comunicare cu cadre didactice	2.37	2.04	5.020	418	<.001	+0.33
AMS – identificare profesională	2.68	2.39	4.493	418	<.001	+0.28
AMS – formare profesională	2.42	2.15	4.359	418	<.001	+0.27

**Anxietate și flexibilitate (STAI, Glass, Alpert-Haber, ASQ)**

<i>Variabilă</i>	<i>M RO</i>	<i>M MD</i>	<i>t</i>	<i>Df</i>	<i>P</i>	<i>ΔM</i>
STAI-X1 – anxietate de stare	1.74	2.20	-5.933	418	<.001	-0.47
STAI-X2 – anxietate de trăsătură	2.05	2.44	-5.105	418	<.001	-0.40
Glass – anxietate pozitivă	2.28	2.10	3.427	418	.001	+0.19
Glass – anxietate negativă	1.50	1.67	-2.802	418	.005	-0.18
ASQ – scor general	1.32	1.57	-4.398	418	<.001	-0.25
Test flexibilitate	2.07	2.21	-2.778	418	.006	-0.14

**2. Eșantionul cercetării în funcție de criteriul gen (masculin / feminin)**

**I. Calitatea vieții și mecanismele de coping - Instrumente: SCV, QOLI**

<i>Variabilă</i>	<i>Medie Masculin</i>	<i>Medie Feminin</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>Dif. medie</i>
SCV – Suport social	2.25	2.43	-2.027	418	0.043	-0.178
SCV – Stări emoționale	2.13	1.91	2.279	418	0.023	0.214

**II. Adaptare sociocomunicativă și integrare - Instrumente: AMS**

<i>Variabilă</i>	<i>Medie Masculin</i>	<i>Medie Feminin</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>	<i>Dif. medie</i>
AMS – Nevoi sociocomunicative	2.28	2.43	-2.018	418	0.044	-0.153

**III. Anxietate și stres academic - Instrumente: Scala Glass**

<i>Variabilă</i>	<i>Medie Masculin</i>	<i>Medie Feminin</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>Dif. medie</i>
Glass – Anxietate pozitivă	2.39	2.18	3.036	418	0.003	0.214

### 3. Eșantionul cercetării în funcție de criteriul *mediul de proveniență (urban/rural)*

#### I. Calitatea vieții și mecanismele de coping - Instrumente: SCV, QOLI

Variabilă	Medie Urban	Medie Rural	t	df	p	Dif. medie
SCV – Serviciu (carieră)	2.54	2.35	2.450	418	0.015	0.191
SCV – Stări emoționale	1.98	1.81	1.965	418	0.050	0.175

#### II. Adaptare și potențial personal - Instrumente: MLO-AM, AMS

Variabilă	Medie Urban	Medie Rural	T	df	p	Dif. medie
MLO-AM – Potențial de adaptare	1.78	1.57	2.633	418	0.009	0.214
MLO-AM – Stabilitate neuro-psihică	1.76	1.52	3.159	418	0.002	0.239
MLO-AM – Comunicare	2.00	1.90	2.079	418	0.038	0.093
AMS – Satisfacerea nevoilor ecosociale	2.41	2.24	2.428	418	0.016	0.171

#### III. Anxietate academică și comportamente asociate - Instrumente: ASQ, STAI

Variabilă	Medie Urban	Medie Rural	T	df	p	Dif. medie
ASQ – Dim. comportamentală	1.70	1.89	-2.407	418	0.017	-0.188
ASQ – Scor general	1.39	1.53	-1.973	418	0.049	-0.138

### 4. Eșantionul cercetării în funcție de criteriul *nivelul de studii, ciclul universitar și distribuția pe ani de studii*

#### - Eșantionul cercetării în funcție de criteriul *ciclul studii (licență / master)*

#### I. Calitatea vieții și mecanismele de coping - Instrumente: SCV, QOLI

Variabilă (SCV)	Media Licență	Media Master	t	df	P	Dif. medie
Serviciu (carieră)	2.46	2.81	-3.534	418	<0.001	-0.345
Aspirații și realizări	2.45	2.72	-2.675	418	0.008	-0.273
Comunicarea cu prietenii	2.42	2.64	-2.037	418	0.042	-0.215
Suport social	2.37	2.64	-2.587	418	0.010	-0.271
Optimism	2.16	2.43	-2.609	418	0.009	-0.267
Echilibru psihic	2.01	2.26	-2.481	418	0.013	-0.242
Stări emoționale	1.92	2.15	-2.016	418	0.044	-0.227
Scor general coping	3.31	3.57	-2.824	418	0.005	-0.266

#### II. Adaptare personală și comunicare academică - Instrumente: MLO-AM, AMS

Variabilă	Media Licență	Media Master	t	df	p	Dif. medie
MLO-AM – Potențial de adaptare	1.68	2.21	-5.333	418	<0.001	-0.534
MLO-AM – Stabilitate neuro-psihică	1.66	2.06	-4.220	418	<0.001	-0.399
MLO-AM – Capacități comunicare	1.96	2.15	-3.408	418	0.001	-0.192
AMS – Comunicare cu cadre didactice	2.20	2.55	-3.420	418	0.001	-0.349
Test – Adaptabilitate/Flexibilitate	2.16	1.87	3.709	418	<0.001	0.289

#### III. Anxietate și stres academic - Instrumente: STAI-X2, Glass, Alpert-Haber, ASQ

Variabilă	Media Licență	Media Master	t	df	P	Dif. medie
STAI-X2 – Anxietate de trăsătură	2.23	1.94	2.427	418	0.016	0.297

<i>Variabilă</i>	<i>Media Licență</i>	<i>Media Master</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>	<i>Dif. medie</i>
Glass – Anxietate negativă	1.60	1.32	2.858	418	0.004	0.279
Alpert – Anxietate împiedicătoare	1.95	2.09	-3.175	418	0.002	-0.133
ASQ – Dim. Comportamentală	1.77	1.47	3.118	418	0.002	0.307
ASQ – Dim. Cognitivă	1.99	1.64	3.167	418	0.002	0.356
ASQ – Scor general	1.44	1.28	1.809	418	0.046	0.160

- Eșantionul cercetării în funcție de criteriul *anul de studii (I; II; III)*

**I. Calitatea vieții și coping psihologic - Instrumente: QOLI și SCV (Scala de Coping și Valori)**

<i>Variabilă (SCV)</i>	<i>Media An I L</i>	<i>An II L</i>	<i>An III L</i>	<i>An II M</i>	<i>F</i>	<i>Df</i>	<i>P</i>
Serviciu (carieră)	2.42	2.50	2.48	<b>2.81</b>	4.267	3/416	0.006
Aspirații și realizări	2.39	2.44	2.52	<b>2.72</b>	2.626	3/416	0.050
Comunicare cu prietenii	2.38	2.38	2.48	<b>2.64</b>	2.782	3/416	0.041
Echilibru psihic	1.95	1.94	2.09	<b>2.26</b>	5.393	3/416	0.001
Stări emoționale	1.88	1.76	1.96	<b>2.15</b>	3.769	3/416	0.011
Scor general (coping)	3.26	3.26	3.38	<b>3.57</b>	3.642	3/416	0.013

**II. Adaptare și integrare academică și socio-profesională - Instrumente: MLO-AM (Adaptabilitate Militară) și AMS**

<i>Variabilă</i>	<i>An I L</i>	<i>An II L</i>	<i>An III L</i>	<i>An II M F</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
MLO-AM - Potențial personal de adaptare	1.61	1.53	1.75	<b>2.21</b>	10.187	3/416 <0.001
MLO-AM - Stabilitate neuro-psihică	1.60	1.50	1.73	<b>2.06</b>	6.280	3/416 <0.001
MLO-AM - Capacități de comunicare	1.96	1.85	1.98	<b>2.15</b>	4.063	3/416 0.007
AMS - Comunicarea cu cadrele didactice	2.16	2.09	2.29	<b>2.55</b>	5.181	3/416 0.002
Test de adaptabilitate/flexibilitate	<b>2.17</b>	2.15	2.15	<b>1.87</b>	4.643	3/416 0.003

**III. Anxietate, stres și reglare emoțională - Instrumente: STAI-X2, Scala Glass, Scala Alpert-Haber, ASQ**

<i>Variabilă</i>	<i>An I L</i>	<i>An II L</i>	<i>An III L</i>	<i>An II M F</i>	<i>Df</i>	<i>P</i>
STAI-X2 (Anxietate de trăsătură)	<b>2.34</b>	2.00	2.17	<b>1.94</b>	4.305	3/416 0.005
Glass – Subscala anxietății negative	<b>1.62</b>	1.65	1.56	<b>1.32</b>	3.041	3/416 0.029
Alpert – Anxietate împiedicătoare	1.91	<b>2.06</b>	1.98	<b>2.09</b>	7.293	3/416 <0.001
ASQ – Dimensiunea comportamentală	<b>1.84</b>	1.62	1.74	<b>1.47</b>	4.656	3/416 0.003
ASQ – Dimensiunea cognitivă	<b>2.13</b>	1.88	1.88	<b>1.64</b>	7.069	3/416 <0.001

**5. Eșantionul cercetării în funcție de criteriul vârstă (18-21 ani, 22-34 ani, peste 35 ani)**

**I. Calitatea vieții și mecanismele de coping - Instrumente: QOLI și SCV**

<i>Variabilă (Instrument)</i>	<i>18-21 ani</i>	<i>22-34 ani</i>	<i>Peste 35 ani</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
QOLI – Calitatea vieții	2.94	3.12	<b>3.38</b>	7.664	2/373	0.001
SCV – Serviciu (carieră)	2.33	2.51	<b>2.75</b>	11.247	2/373	<0.001
SCV – Aspirații personale	2.29	2.50	<b>2.74</b>	15.990	2/373	<0.001
SCV – Sănătate	2.00	2.18	<b>2.38</b>	7.802	2/373	<0.001
SCV – Comunicarea cu apropiații	2.35	2.42	<b>2.65</b>	6.478	2/373	0.002
SCV – Suport social	2.19	2.43	<b>2.65</b>	18.456	2/373	<0.001

<i>Variabilă (Instrument)</i>	<i>18–21 ani</i>	<i>22–34 ani</i>	<i>Peste 35 ani</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
SCV – Optimism	2.05	2.21	<b>2.40</b>	8.970	2/373	<0.001
SCV – Echilibru psihic	1.94	2.03	<b>2.23</b>	6.688	2/373	0.001
SCV – Autocontrol	1.80	1.90	<b>2.05</b>	6.879	2/373	0.001
SCV – Stări emoționale	1.75	1.95	<b>2.24</b>	15.430	2/373	<0.001
SCV – Scor general	3.20	3.34	<b>3.58</b>	15.064	2/373	<0.001

## II. Adaptare și integrare în mediu - Instrumente: MLO-AM și AMS

<i>Variabilă (Instrument)</i>	<i>18–21 ani</i>	<i>22–34 ani</i>	<i>Peste 35 ani</i>	<i>F</i>	<i>Df</i>	<i>P</i>
MLO-AM – Potențial adaptiv	1.41	1.77	<b>2.19</b>	41.914	2/373	<0.001
MLO-AM – Stabilitate psihică	1.46	1.73	<b>2.04</b>	34.239	2/373	<0.001
MLO-AM – Comunicare	1.88	2.01	<b>2.12</b>	9.626	2/373	<0.001
MLO-AM – Norme morale	1.92	1.98	<b>2.03</b>	4.953	2/373	0.008
AMS – Comunicarea cu colegii	2.03	2.20	<b>2.38</b>	7.086	2/373	0.001
AMS – Comunicarea cu cadrele	2.03	2.27	<b>2.54</b>	19.200	2/373	<0.001
AMS – Identificare profesională	2.40	2.58	<b>2.77</b>	11.333	2/373	<0.001
AMS – Formare profesională	2.12	2.32	<b>2.60</b>	19.992	2/373	<0.001
AMS – Managementul timpului	1.88	2.04	<b>2.21</b>	6.696	2/373	0.001
Adaptabilitate / flexibilitate	<b>2.19</b>	2.12	<b>2.04</b>	3.159	2/373	0.044

## III. Anxietate și stres psihologic - Instrumente: STAI, Glass, Alpert-Haber, ASQ

<i>Variabilă</i>	<i>18–21 ani</i>	<i>22–34 ani</i>	<i>Peste 35 ani</i>	<i>F</i>	<i>Df</i>	<i>P</i>
STAI-X1 (stare)	<b>2.13</b>	1.97	<b>1.56</b>	16.968	2/373	<0.001
STAI-X2 (trăsătură)	<b>2.47</b>	2.20	<b>1.87</b>	19.551	2/373	<0.001
Glass – Anxietate pozitivă	2.10	2.24	<b>2.32</b>	5.639	2/373	0.004
Glass – Anxietate negativă	<b>1.75</b>	1.58	<b>1.31</b>	15.936	2/373	<0.001
ASQ – Dim. somatică	<b>1.56</b>	1.36	<b>1.16</b>	17.861	2/373	<0.001
ASQ – Dim. Comportamentală	<b>1.97</b>	1.74	<b>1.41</b>	27.741	2/373	<0.001
ASQ – Dim. cognitivă	<b>2.19</b>	1.93	<b>1.65</b>	18.713	2/373	<0.001
ASQ – Scor general	<b>1.59</b>	1.43	<b>1.16</b>	19.496	2/373	<0.001

## 6. Eșantionul cercetării în funcție de criteriul utilizarea aromelor uleiurilor esențiale (da / nu) (utilizatori / non-utilizatori de arome)

### I. Calitatea vieții și mecanismele de coping - Instrumente: QOLI, SCV

<i>Variabilă</i>	<i>M Da</i>	<i>M Nu</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>Dif. medie</i>
QOLI – Calitatea vieții	3.29	2.98	3.870	418	<0.001	+0.303
SCV – Serviciu (carieră)	2.60	2.43	2.689	418	0.007	+0.170
SCV – Sănătate	2.30	2.07	3.120	418	0.002	+0.232
SCV – Comunicarea cu apropiații	2.57	2.36	3.131	418	0.002	+0.211
SCV – Suport social	2.56	2.29	3.959	418	<0.001	+0.264
SCV – Optimism	2.34	2.09	3.734	418	<0.001	+0.244
SCV – Echilibru psihic	2.12	1.99	2.091	418	0.037	+0.132
SCV – Scor general	3.44	3.27	2.705	418	0.007	+0.164

### II. Adaptare personală și comunicare academică- Instrumente: MLO-AM, AMS

<i>Variabilă</i>	<i>M Da</i>	<i>M Nu</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>	<i>Dif. medie</i>
AMS – Nevoi sociocomunicative	2.55	2.31	4.215	418	<0.001	+0.243
AMS – Nevoi ecosociale	2.51	2.29	3.805	418	<0.001	+0.216
AMS – Nevoi socioeconomice	2.36	2.17	3.075	418	0.002	+0.185
AMS – Comunicare cu cadre didactice	2.35	2.17	2.773	418	0.006	+0.183
AMS – Identificare profesională	2.69	2.49	3.175	418	0.002	+0.202
AMS – Formare profesională	2.43	2.24	3.023	418	0.003	+0.188

### III. *Anxietate și stres academic* - Instrumente: STAI (X1, X2), scala Glass, Alpert-Haber, ASQ, Stog

<i>Variabilă</i>	<i>M Da</i>	<i>M Nu</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>Dif. medie</i>
STAI-X1 – Anxietate de stare	1.74	2.03	-3.597	418	<0.001	-0.289
Glass – Anxietate negativă	1.46	1.64	-2.789	418	0.006	-0.175
ASQ – Dimensiune somatică	1.31	1.43	-2.184	418	0.030	-0.119
ASQ – Scor general	1.35	1.47	-2.088	418	0.037	-0.119

## 7. Eșantionul cercetării în funcție de criteriul *tipuri de uleiuri esențiale utilizate (lavandă / bergamotă / ylang-ylang / mai multe tipuri / altele / nu se utilizează*

### I. *Calitatea vieții și mecanismele de coping*

<i>Variabilă</i>	<i>Medie Lavandă</i>	<i>Medie Bergamotă</i>	<i>Medie Ylang-Ylang</i>	<i>Medie Mai multe</i>	<i>Medie Nu</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Diferențe post-hoc</i>
SCV.O Optimism	2.22	2.33	2.56	2.19	2.16	3.374	0.005	Ylang-Ylang > Nu (p=0.010); Ylang-Ylang > Lavandă (p=0.048)

### II. *Adaptabilitate și flexibilitate*

<i>Variabilă</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>Diferențe post-hoc</i>
Adaptabilitate/Flexibilitate (MLO-AM)	2.508	0.030	Mai multe > Nu (p=0.042)

### III. *Anxietate și stări emoționale*

<i>Variabilă</i>	<i>Medie Lavandă</i>	<i>Medie Ylang-Ylang</i>	<i>Medie Nu</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Diferențe post-hoc</i>
GlassAP Anxietate pozitivă	2.08	2.67	2.23	2.548	0.028	Ylang-Ylang > Lavandă (p=0.012); Ylang-Ylang > Mai multe (p=0.024)
Stog – Toleranță la stres	2.08	1.78	1.78	3.246	0.007	Lavandă > Nu (p=0.008); Lavandă > Ylang-Ylang (p=0.045)

**Anexa 13. Programul de intervenție psihologică**  
***Diminuarea nivelului de anxietate prin prisma eficientizării adaptabilității***  
***psihosociale și a calității vieții***

**I. CARACTERISTICI ALE CONCEPTELOR DE: ANXIETATE,  
ADAPTABILITATE PSIHOSOCIALĂ ȘI CALITATEA VIEȚII ÎN PSIHOLOGIE**

**ȘEDINȚA 1.**  
**INTRODUCERE, CUNOAȘTERE RECIPROCĂ**  
**ȘI STABILIREA CADRULUI DE LUCRU**

**Obiective:**

- Familiarizarea participanților cu scopul programului.
- Stabilirea unui climat de siguranță, respect și cooperare.
- Clarificarea conceptelor de anxietate, adaptabilitate psihosocială și calitatea vieții.
- Inițierea auto-reflecției asupra propriei stări emoționale și a nevoilor personale.
- Promovarea angajamentului participanților față de proces.

*Materiale necesare:* fișe colorate, foi flipchart, marchere, fișe: *Programul trainingului, Anxietatea.*

Formatorul se prezintă, vorbește despre scopul programului formativ, de intervenție psihologică **Diminuarea nivelului de anxietate, optimizarea adaptabilității psihosociale și a calității vieții**, stabilește periodicitatea, numărul și datele întâlnirilor necesare pentru ședințele trainingului.

**STRUCTURA ȘEDINȚEI:**

**Activități și tehnici:**

**1. Prezentarea / cunoașterea participanților**

- Salut și prezentarea formatorului.
- Explicarea rolului facilitatorului și a rolului activ al fiecărui participant.
- Crearea unei atmosfere de încredere și non-judecată.

*Atmosferă și introducere:* Facilitatorul (psihologul) se prezintă și explică pe scurt faptul că aromele vor face parte din experiența programului, pentru a sprijini emoțional participanții.

**2. Aromatestarea**

Activitatea de *aromatestare* are ca scop identificarea preferințelor olfactive individuale și stabilirea unei ierarhii personale privind gradul de acceptare a aromelor utilizate în program.

Facilitatorul înmânează fiecărui participant câte un stick impregnat cu fiecare dintre cele trei arome selectate pentru program: lavandă, bergamotă și ylang-ylang. Fiecare participant este invitat să inspire, pe rând, fiecare dintre cele trei arome și să noteze, pe o fișă individuală, ordinea preferinței personale — pe prima poziție fiind menționată aroma percepută ca cea mai plăcută.

După completarea fișelor, facilitatorul colectează și centralizează datele, prezentând rezultatele într-o scurtă discuție de grup. În această etapă, participanții reflectă asupra diferențelor și asemănarilor în percepțiile olfactive individuale, contribuind astfel la identificarea aromelor

cel mai agreabile la nivelul grupului.

Activitatea are, totodată, un rol introductiv și de familiarizare senzorială, facilitând integrarea treptată a aromelor în experiența psihologică a programului și contribuind la crearea unui cadru perceptiv și emoțional unitar.

### 3. Activitate de cunoaștere – „Cine sunt eu azi?”

- Fiecare participant își spune prenumele, o calitate personală și o stare emoțională resimțită recent.
- Exercițiul favorizează deschiderea și exprimarea emoțională într-un cadru sigur.

*Prezentarea grupului – joc de cunoaștere „Cine sunt eu azi?”:* Fiecare participant își spune **prenumele**, menționează o **calitate personală** și descrie pe scurt o **stare emoțională recentă** („astăzi mă simt...”). Acest exercițiu sparge gheața, îi ajută pe toți să rețină numele și *favorizează exprimarea emoțională într-un cadru sigur*, încă de la început. Facilitatorul modelează participarea sinceră împărtășind la rândul său.

### 4. Prezentarea generală a programului

- Numărul total de ședințe: 14.
- Frecvența și durata întâlnirilor.
- Tematica generală: anxietatea, adaptabilitatea psihosocială, calitatea vieții.
- Obiectivul central: dezvoltarea de abilități adaptative pentru a îmbunătăți calitatea vieții în condiții de anxietate.
- Discuție despre **ipoteza programului**: un cadru structurat poate sprijini adaptarea eficientă.

*Prezentarea programului:* Facilitatorul descrie **structura programului** (14 ședințe, frecvența de 2 ori/săpt., durata fiecărei întâlniri – 90 min). Se subliniază **tema generală** (anxietate, adaptabilitate, calitatea vieții) și **obiectivul central** al intervenției: dezvoltarea de **abilități adaptative** pentru a gestiona anxietatea și a îmbunătăți calitatea vieții. Se menționează ipoteza că *un cadru de grup structurat poate sprijini o adaptare mai eficientă la stres* și se încurajează participanții să privească programul ca pe un “laborator” unde pot experimenta strategii noi.

### 5. Contractul psihologic

- Stabilirea regulilor de grup: confidențialitate, respect, punctualitate, participare activă.
- Spațiu pentru întrebări și clarificări.
- Fiecare participant semnează un acord de participare simbolic (voluntar).

*Stabilirea cadrului (contractul psihologic):* Împreună cu participanții se stabilesc **regulile de grup** esențiale: confidențialitate (tot ce se discută rămâne în grup), respect reciproc (fără judecată, ascultare activă), punctualitate și prezență, libertatea de a alege ce împărtășește fiecare, participare activă la exerciții etc. Fiecare poate pune întrebări pentru clarificare. Apoi, simbolic, participanții **semnează un acord** de respectare a regulilor și de implicare, evidențiind astfel angajamentul față de proces (*semnează pe foaia de flipchart unde sunt scrise regulile*).

*Exercițiul „Așteptările participanților”:* Fiecare participant primește câteva cartonașe colorate și este rugat să noteze individual 2-3 așteptări personale de la acest training (ce speră să obțină sau să învețe). Apoi, participanții se împart aleatoriu în perechi și își împărtășesc așteptările, discutând similarități. Fiecare pereche conciliază o listă comună de 3 așteptări importante și o scrie pe o foaie mare. În plen, fiecare pereche prezintă pe rând așteptările, lipind foaia pe un flipchart. Facilitatorul compară aceste așteptări cu obiectivele programului – evidențiază suprapunerile și clarifică dacă există așteptări care *nu fac parte din scopul intervenției*, pentru a evita confuziile. Se subliniază că programul va acorda atenție aspectelor menționate de grup, în

măsura în care sunt realiste.

*Regulile trainingului.*

Fiecare membru primește câte o fișă pe care este notat începutul unei fraze: *În comunicare cu membrii grupului aș dori ca ...; În comunicare cu membrii grupului nu aș dori ca ...; Aș dori să ne centrăm mai mult pe ...; Aș dori să nu acordăm atenție ...; Vom utiliza cu succes timpul dacă ...; Vom irosi timpul dacă ...*. Fiecare participant completează fraza, apoi transmite fișa celuiilalt.

În final se vor stabili *regulile grupului (se stabilesc de către participanți, se scriu pe foaie flipchart și se așează să fie vizibile pentru toți)*.

**Regulile grupului:**

1. **Aici și acum!** Este important ceea ce se întâmplă aici și acum, ce emoții trăiește participanții în momentul prezent. Nu se părăsește spațiul de lucru în timpul ședinței.
2. **Stop!** Fiecare participant are dreptul să spună „Stop!”, ceea ce înseamnă că, în acel moment, nu dorește să vorbească despre anumite emoții, deoarece îi este dificil sau dureros.
3. **Sinceritatea!** În grup vorbim despre emoții reale și autentice.
4. **Formula „Eu”!** Se vorbește la persoana I, folosind „eu”, nu „tu” sau „voi”.
5. **Confidențialitatea!** Tot ceea ce se discută în grup rămâne în grup și nu se transmite altor persoane.
6. **Implicarea!** La ședințe suntem implicați în toate activitățile, suntem susținători și activi, nu observatori, critici sau evaluatori.
7. **Deschiderea emoțională!** Dacă simți că este important pentru tine să vorbești, exprimă-te!
8. **Claritatea!** Se vorbește clar și convingător.
9. **Punctualitatea!** Se respectă programul ședințelor.

**6. Introducere teoretică: Ce este anxietatea? Ce este adaptarea / adaptabilitatea psihosocială? Ce este calitatea vieții? Ce este aromaterapia?**

*Mini-lectură interactivă:* Facilitatorul clarifică **conceptelor de bază – anxietate, adaptabilitate psihosocială, calitatea vieții** – folosind un limbaj accesibil. Spre exemplu, se pot cere mai întâi idei de la participanți: *„Ce înțelegeți prin anxietate? Dar prin adaptabilitate psihosocială?”*. Apoi se oferă definiții psihologice succinte și exemple practice. Scopul este ca toți să aibă un **înțeles comun** al acestor termeni pe care îi vom folosi frecvent. Se discută pe scurt *\*cum anxietatea poate afecta adaptabilitatea* (spre exemplu, evitarea situațiilor sociale din cauza anxietății scade adaptarea) și **cum adaptabilitatea poate atenua anxietatea** (spre exemplu, abilitatea de a te adapta la schimbări reduce stresul) – legătura cu calitatea vieții e evidentă: un management mai bun al anxietății și adaptarea eficientă duc la viață mai împlinită.

*Fișe pentru fiecare concept!*

**7. Închiderea ședinței**

*Încheierea ședinței:* Facilitatorul rezumă pe scurt ce s-a realizat: **cunoașterea reciprocă, regulile, așteptările și conceptele de bază.**

În ultimele minute, invită fiecare participant să-și exprime **o emoție sau gând cu care pleacă** după prima întâlnire (rundă de feedback scurt, ex: *„Mă simt ușurat că am văzut că și alții simt la fel”* sau *“Sunt curios ce vom face în continuare”*).

Se amintește data și ora următoarei ședințe și se mulțumește grupului pentru participare. Se oferă

fiecărui participant o agendă pentru jurnalul personal pe durata programului și un săculeț cu **lavandă uscată** ca suvenir, pentru a marca începutul călătoriei lor terapeutice.

## ȘEDINȚA 2: PSIHOEDUCAȚIE DESPRE ANXIETATE ȘI MECANISME DE COPING DE BAZĂ

### Obiective:

- **Înțelegerea aprofundată a anxietății:** participanții să cunoască reacțiile caracteristice ale anxietății (la nivel somatic, cognitiv și comportamental) și funcția anxietății ca mecanism de supraviețuire („luptă, fugi sau îngheață”).
- **Normalizarea experienței anxioase:** realizarea faptului că anxietatea este o emoție umană universală și nu trebuie stigmatizată; diferențierea între anxietate adaptativă și anxietate problematică (ex. tulburare de anxietate).
- **Identificarea propriilor declanșatori și simptome:** stimularea autoobservației – fiecare participant să identifice situațiile care îi provoacă anxietate și modul în care corpul și mintea îi reacționează.
- **Introducerea conceptului de coping:** prezentarea unor strategii inițiale de a face față anxietății (ex. respirația profundă ca primă tehnică) și importanța **adaptabilității** (flexibilității) în gestionarea stresorilor.

### STRUCTURA ȘEDINȚEI:

#### Activități și tehnici:

- *Ritual de deschidere cu aromă:* La începutul ședinței, se folosește **ulei esențial de bergamotă** în difuzor, pentru a energiza ușor atmosfera și a reduce tensiunea de început. Bergamota are efect anxiolitic și totodată *stimulează o stare de spirit pozitivă*, ajutând participanții să intre cu mintea deschisă în proces. Se începe cu un scurt exercițiu de **conștientizare a momentului prezent:** participanții sunt invitați să închidă ochii pentru un minut, să inhaleze adânc aroma citrică și să observe cum se simt; apoi împărtășesc pe scurt.
- *Recapitulare:* Facilitatorul reamintește pe scurt cele discutate la ședința 1 (reguli, scop, definiții-cheie) și agenda pentru azi: focus pe **anxietate și reacțiile sale**.
- *Exercițiu interactiv „Harta anxietății mele”:* Fiecare participant primește o foaie pe care desenează conturul unei siluete (reprezentând corpul său) și notează: în ce **zone ale corpului** își simte de obicei anxietatea (spre exemplu, nod în gât, transpirație palme, puls crescut – se marchează pe desen), ce **gânduri tipice** îi trec prin minte când e anxios (se notează lângă desen, la nivelul capului), și ce **comportamente** face sau evită din cauza anxietății (se notează separat). Apoi, voluntar, câțiva participanți pot prezenta hărțile lor. Facilitatorul completează și normalizează: spre exemplu, dacă cineva menționează “îmi vine să fug”, se explică mecanismul “fugi” din răspunsul la frică. Astfel, se evidențiază componentele **fiziologice (somatice), cognitive și comportamentale** ale anxietății.
- *Prezentare tip mini-lectură:* Facilitatorul, folosind un flipchart, explică pe scurt  **ciclul anxietății: stresor/declanșator** → gând interpretativ („E periculos ce se întâmplă”) → **simptome fizice** (ex. tahicardie, hiperventilație) → **emoție de frică/anxietate intensă** → **comportament de coping** (ex. evitarea situației). Se discută despre **cercul vicios** al anxietății: cum evitarea pe termen scurt reduce frica, dar pe termen lung o menține.

Informațiile sunt transmise interactiv, întrebând grupul dacă se regăsește în aceste mecanisme.

- *Normalizare și discuție deschisă:* Pentru a reduce stigma, facilitatorul accentuează că **anxietatea moderată este firească** (ne poate proteja de pericole reale), însă când apare în contexte neamenințătoare sau prea intens, devine problematică. Participanții sunt invitați, dacă doresc, să împărtășească **o situație concretă în care au simțit anxietate** recent și ce au făcut atunci. Grupul, ghidat de terapeut, evidențiază elemente comune în experiențe, ceea ce creează *un sentiment de universalitate – nu sunt singur în ceea ce trăiesc*.
- *Exercițiu de respirație de bază:* Facilitatorul introduce conceptul de **coping** – strategii de a face față anxietății. Ca primă tehnică practică, se demonstrează **respirația lentă, diafragmatică**. Fiecare participant inspiră de pe un șervețel sau un stick uleiul esențial care îi place cel mai mult și se ghidează grupul prin 5 minute de **respirație controlată:** inspirație numărând până la 4, expir prelungit până la 6-7. După exercițiu, se discută: Cum s-a simțit? A fost dificil? Cineva a simțit vreo schimbare în corp/minte? Facilitatorul încurajează participanții să practice această respirație zilnic, acasă, ca *prim instrument* contra reacțiilor de panică.
- *Întrebare de reflecție pentru acasă:* Spre final, se propune participanților să observe până la următoarea întâlnire **când și cum apare anxietatea** în viața lor cotidiană, notând într-un jurnal scurt: situația, gândurile și reacțiile. Nu ca temă obligatorie, ci ca experiment personal pentru a-și spori conștientizarea (se va reveni la aceste observații în ședințele viitoare).
- *Încheiere:* Fiecare participant rostește un cuvânt care descrie **starea de moment** (de ex. „mai liniștit”, „încurajat”, „obosit” etc.). Facilitatorul mulțumește tuturor și reamintește că data viitoare vom aprofunda **strategii de gestionare a gândurilor anxioase**. Se oferă câte un **handout** cu rezumatul informațiilor despre anxietate (simptome, cercul vicios, sfaturi de bază), pentru studiu individual.

### ȘEDINȚA 3:

#### ANXIETATEA. RESTRUCTURARE COGNITIVĂ – IDENTIFICAREA ȘI PROVOCAREA GÂNDURILOR ANXIOASE

##### Obiective:

- **Identificarea gândurilor automate negative** asociate anxietății – participanții să devină conștienți de *monologul interior anxiogen* (predicții catastrofice, interpretări eronate).
- **Învățarea restructurării cognitive:** prezentarea tehnicii de a pune sub semnul întrebării gândurile iraționale și de a genera reinterpretări mai realiste sau pozitive.
- **Exersarea practică a dialogului interior constructiv:** aplicarea în exerciții a pașilor de restructurare (de ex. folosind întrebări Socratice) pe situații concrete din viața participanților.
- **Reducerea puterii anxietății prin logică:** participanții să experimenteze că prin schimbarea modului de a gândi despre o situație scade și nivelul de anxietate resimțit – dezvoltarea sentimentului de **control** cognitiv asupra emoțiilor.

##### STRUCTURA ȘEDINȚEI:

##### Activități și tehnici:

- *Încălzire cu joc de atenție*: Ședința începe cu un scurt joc pentru a ilustra modul în care **atenția noastră selectivă** influențează ce gândim. De exemplu, jocul „**Telefonul fără fir**” (șoaptă la ureche un mesaj care se deformează până la ultimul) – scopul este de a distinde atmosfera și a transmite implicit ideea că percepțiile pot fi distorsionate.
- *Rezumare și punte*: Facilitatorul leagă jocul de subiect: „Ați văzut cum informația inițială s-a distorsionat. La fel, și gândurile noastre despre o situație pot fi *distorsionate* de frică.” Apoi recapitulează: am vorbit despre simptomele anxietății și coping fizic (respirația). Astăzi trecem la **minte** – cum *gândirea* influențează anxietatea.
- *Prezentare*: „**Gândurile anxioase și distorsiunile cognitive**” – Facilitatorul explică noțiunea de **gând automat**: o idee care ne apare spontan în minte într-o situație și care ne influențează emoțiile.  
Se enumeră câteva exemple tipice în anxietate: „O să eșuez”, „Toată lumea mă judecă”, „Simptomele astea înseamnă că voi leșina/voi înnebuni”. Apoi se prezintă conceptul de **distorsiuni cognitive** (spre exemplu, *catastrofizare, gândire alb-negru, citirea gândurilor, generalizare excesivă* etc.). Un suport vizual (poster sau slide) cu denumirea acestor erori de gândire și explicații scurte ajută. Participanții sunt încurajați să recunoască dacă *se surprind făcând astfel de interpretări*.
- *Exercițiu individual*: „**Jurnalul gândurilor**” (*scurt*): Fiecărui participant i se oferă un formular cu coloanele: Situație – Gând automat – Emoție (0-10) – Răspuns alternativ. Se solicită ca fiecare să se gândească la **o situație recentă care i-a provocat anxietate** și să noteze gândul principal avut atunci și intensitatea emoției. Apoi, facilitatorul îi ghidează să formuleze un **gând alternativ** mai realist: de pildă, la gândul „O să mă fac de râs prezentând proiectul”, alternative pot fi „Emoțiile sunt normale, colegii vor fi probabil înțelegători” sau „Chiar dacă greșesc puțin, nu înseamnă un eșec total”. Cei care doresc pot împărtăși cu grupul exemplul lor, iar facilitatorul și colegii pot oferi sugestii adiționale de reinterpretare (acesta devine un exercițiu de *brainstorming colectiv* pentru gânduri realiste).
- *Tehnica „Întrebări Socratice” – joc de rol*: Facilitatorul explică pe scurt metoda de a pune întrebări gândului anxios pentru a-i testa validitatea (ex: „Ce dovezi am pro și contra?”, „Care ar fi cel mai rău lucru realist care s-ar putea întâmpla? Dar cel mai bun? Ce s-ar întâmpla probabil?”). Apoi, cu un voluntar, se face un **joc de rol** în fața grupului: participantul expune un gând anxios real, iar facilitatorul joacă rolul „gândului rațional” punând întrebări Socratice participantului. Prin dialog, participantul descoperă singur contraargumente și formulează o concluzie mai echilibrată. Spre exemplu: „*Nu voi reuși la examen.*” – Î: „*În trecut chiar nu ai reușit la niciun examen? Care sunt dovezile că nu vei reuși?*” – R: „*Am mai picat un examen, dar la majoritatea am trecut.*” – Î: „*Deci ai și reușit de multe ori. Ce ai făcut atunci și ai putea repeta acum?*” etc. După demonstrație, se discută cum s-a simțit voluntarul și ce a observat grupul.
- *Exercițiu de grup – „Avocatul”*: Participanții se împart în grupuri mici de 3. Fiecare își spune pe scurt un gând negativ pe care îl are frecvent. Ceilalți doi colegi, pe rând, joacă rolul **avocatului rațional** și încearcă să contracareze gândul negativ cu argumente logice sau pozitive. Apoi rolurile se rotesc, fiecare având ocazia să-și dispute propriul gând cu ajutorul colegilor. Această activitate are scopul de a *exersa flexibilitatea cognitivă în echipă* – uneori alții pot vedea soluții pe care noi nu le vedem în momentul anxietății.

- *Sintetizare și plan de aplicare*: Facilitatorul subliniază că **restructurarea cognitivă** necesită practică: „Prindeți gândul negativ, puneți-l sub semnul întrebării, găsiți alternative”. Propune ca *temă* (voluntară) ca participanții să folosească **jurnalul gândurilor** ori de câte ori simt anxietate, până data viitoare, cel puțin într-o situație, și să aducă exemplul la următoarea ședință.
- *Încheiere relaxantă*: Pentru a nu termina într-o notă foarte cognitivă și “mentală”, se rezervă ultimele 5 minute pentru o scurtă **relaxare ghidată**. Participanții sunt invitați să inspire aroma care le place cel mai mult și să se întindă pe scaune, iar terapeutul îi ghidează într-un exercițiu de **imaginație**: „*imaginați-vă că gândurile voastre negative sunt niște nori pe cer care trec... iar dedesubt rămâne cerul senin al minții voastre calme*”. Această vizualizare combinată cu aroma liniștitoare ajută la **consolidarea stării de calm** după munca cognitivă intensă.
- Se încheie cu un mesaj de încurajare: „*Mintea voastră vă poate fi aliat. Ne vedem data viitoare pentru a exersa și mai mult.*”

#### ȘEDINȚA 4:

### ANXIETATEA. TEHNICI DE RELAXARE ȘI REGLARE EMOȚIONALĂ (PSIHO-AROMATERAPIE PRACTICĂ)

#### Obiective:

- **Învățarea unor tehnici de relaxare** eficiente în reducerea imediată a tensiunii și anxietății (relaxare musculară progresivă, antrenament autogen, mindfulness).
- **Experimentarea efectelor aromaterapiei** combinate cu relaxarea – folosirea conștientă a mirosului ca „ancoră” pentru calm.
- **Dezvoltarea conștientizării corpului** – participanții să observe diferența dintre starea de încordare și starea de relaxare, identificând unde somatizează stresul.
- **Creșterea controlului emoțional** – dotarea participanților cu instrumente practice de auto-liniștire pe care le pot folosi oricând simt anxietate (promovarea auto-eficacității).

#### STRUCTURA ȘEDINȚEI:

##### Activități și tehnici:

*Introducere senzorială*: Sala este pregătită cu **difuzorul pornit cu ulei esențial de lavandă**. Lavanda, având proprietăți de reducere a anxietății și inducere a calmului, va potența eficacitatea exercițiilor de relaxare. La început, facilitatorul explică pe scurt ce vom face: vom învăța câteva tehnici de relaxare și vom folosi *simțul mirosului* pentru a ne ajuta să intrăm mai ușor într-o stare de bine.

*Exercițiu de relaxare musculară progresivă (Jacobson)*: Facilitatorul ghidează verbal grupul printr-o serie de pași de *încordare și destindere* a principalelor grupuri musculare. Începând de la picioare urcând spre cap, participanții strâng puternic mușchii (ex. pumnii, umerii, fața) pentru 5 secunde, apoi eliberează complet tensiunea, observând senzația de relaxare care apare. Îi îndeamnă să sincronizeze respirația lentă cu aceste etape. Aroma de lavandă din aer contribuie la *scăderea tensiunii arteriale și ritmului cardiac*, amplificând senzația de calm. După ce se parcurg toți mușchii, se lasă un moment de liniște pentru ca fiecare să savureze starea atinsă. La final, se discută: „Cum a fost? A reușit cineva să se relaxeze mai mult decât la început? Unde ați simțit diferența în corp?”. Participanții împărtășesc, majoritatea raportând o ușoară ameliorare a tensiunii. Facilitatorul subliniază că *exercițiul necesită practică zilnică* pentru efecte optime și îi încurajează să-l repete acasă, eventual asociind și acolo mirosul de lavandă pentru a recrea

contextul (ex. câteva picături pe pernă sau într-un difuzor personal).

**Mini-atelier: „Cutia cu unelte anti-stres”:** Grupul discută ce alte metode folosește sau cunoaște fiecare pentru a se liniști (ex. *muzică relaxantă, exerciții fizice ușoare, plimbare în natură, rugăciune/meditație etc.*). Facilitatorul notează pe flipchart ideile, completând acolo unde e cazul. Se evidențiază importanța **rutinei de viață sănătoase**: somn suficient, alimentație echilibrată, mișcare – factori care, deși externi, influențează reactivitatea la stres.

**Exercițiu Imaginea stării de bine:** Participanții vor asculta textul cu o muzică relaxantă și la un volum mic. *Imaginează-ți că mergi pe o cărare, încet, cobori spre un râu, prin iarba înaltă și deasă. Tot mai mult te apropii spre apa limpede, lucitoare, liniștită. Te uiți peste ea. Observi cum curge apa. Te uiți în lungul malului, în depărtare, un copil privește râul. Te apropii îl vezi, îl analizezi, ești tu, mic. Mic, fără griji, liniștit, preocupat de joc. Stai lângă el în liniște admirându-l, privește lumea cu ochii plini de curiozitate și încredere. Acești ochi îți insuflă liniște, pace, încredere. În gând îți apar crâmpie pe care ai vrea să i le zici (pauză). Înțelegi că îți este aproape, foarte cunoscut și îți permiți să stai alături, conștientizând că este o parte din tine. Îl lași în copilărie, distanțându-te treptat pe cărare cu diverse senzații și emoții. Treptat revii în sală primind realitatea existentă.*

**Debriefare:** - Cum v-ați simțit? - Ce emoții ați simțit când ați ascultat textul? - În care dintre situații ați simțit anxietate? În care dintre situații ați simțit că vă este necesară încrederea în sine.

#### **Criteriile unui comportament matur emoțional (după Bernard):**

- ✚ Exprimarea directă a emoțiilor negative;
- ✚ Cultivarea emoțiilor pozitive și suportive;
- ✚ Dezvoltarea unei mai mari toleranțe față de circumstanțele dezagreabile;
- ✚ Satisfacție crescândă obținută din răspunsurile aprobate social;
- ✚ Creșterea dependenței de acțiuni;
- ✚ Abilitatea de a face o alegere și de a nu gândi că o altă opțiune ar fi putut fi mai bună;
- ✚ Eliberare de temerile nerezonabile;
- ✚ Înțelegere și acțiune în conformitate cu limitările;
- ✚ Conștientizarea abilităților și realizărilor celorlalți;
- ✚ Abilitatea de a greși, fără a avea senzația de eșec total;
- ✚ Abilitatea de a evita experiențele dezamăgitoare;
- ✚ Abilitatea de a se bucura de viața de zi cu zi.

Un comportament emoțional imatur se poate descrie prin următoarele *caracteristici*: persoana reacționează ca un copil, caută compătimire, este orgolioasă, certăreață, infantilă, centrată pe sine și are mereu cerințe, este ușor labilă emoțional și este foarte supărată dacă pierde.

- Analizați tabelul *Clasificarea emoțiilor* după Daniel Goleman.

Mânia	Tristețea	Frica	Bucuria	Iubirea	Surpriza	Dezgustul	Rușinea
Furia	Supărarea	Anxietatea	Fericirea	Acceptarea	Șocul	Disprețul	Vinovăția
Resentimentul	Mâhnirea	Nervozitatea	Ușurarea	Prietenia	Mirarea	Aversiunea	Jena
Exasperarea	Îmbufnarea	Preocuparea	Mulțumirea	Încrederea		Detestarea	Supărarea
Indignarea	Melancolia	Consternarea	Binecuvântare	Amabilitatea		Repulsia	Remușcarea
Animozitatea	Mila de sine	Neînțelegerea	Încântarea	Afinitatea			Umilinta
Irascibilitatea	Singurătatea	Îngrijorarea	Amuzament	Devotament			Regretul
Ostilitatea	Disperarea	Teama	Mândria	Adorația			
Ura	Deprimarea	Spaima	Plăcerea senzuală	Dragostea			
		Groaza	Răsplata	Mila			
		Fobia	Satisfacția				

		Panica	Extazul				
--	--	--------	---------	--	--	--	--

*Care ar fi pașii reglării emoționale din perspectiva diminuării anxietății? Când sunteți în situații de înaltă anxietate ce alte emoții simțiți/trăiți? (Se indică emoțiile prezentate în tabel).*

**Exercițiul Emoții în cutie:** Formatorul inițiază discuții despre:

- Cutia simbolizând un depozit al diferitor emoții. În cadrul discuției se referă la conținuturi despre creierul uman, reacțiile de luptă – îngheț – fugă și lipsa de reglare emoțională.
- În continuare moderatorul utilizează resursele materiale: cutii, hârtie pentru confecționarea cutiei. Prin urmare, cutia ar putea avea diferite forme.
- Discutați despre lucrurile care îl fac pe participant să se simtă calm, relaxat în siguranță, fericit și confortabil. Folosiți cartonașe de stimulare a reflecției, exerciții de completat propozițiile. Formatorul propune participanților să deseneze, scrie pe fișe de lucru sau pot să decupeze titlurile rubricilor care să încurajeze o stare de calm și putere interioară. Dacă participantul propune imagini negative, respectați aceste idei, validați-le, discutați-le.
- În funcție de dorințele participanților și de nevoile lor, formatorul poate să adune o serie de imagini / fotografii / materiale pentru a reprezenta obiectele identificate, respectiv, pot fi utilizate ziare, reviste și imagini de pe internet.
- Participanții își pot decora și/sau eticheta cutia cu imaginile selectate. Dacă psihologul a fost cel care a ales imaginile, participantul trebuie să aibă ocazia să spună care dintre ele îi place și/sau care nu.
- Obiectele identificate trebuie așezate în cutia senzorială a stării de calm. Selectați obiectele în funcție de preferințele, opțiunile și nevoile de siguranță ale fiecărei persoane.
- Dacă participantul este de acord să prezinte echipei cutia, validați această inițiativă.

**Debriefare:** - Ce emoții ați inclus în cutia voastră? De ce anume aceste emoții au fost selectate? Cum reglăm emoțiile pe care le avem?

**Exercițiul Autosugestia – Eu voi reuși:** Atunci când sursele energetice sunt în scădere, un cuvânt bun te poate încuraja și oferi un nou suflu de efort și curaj. Nu aștepta de la alții, începe singur - pentru tine. Ai foarte multe calități demne de apreciere, nu fi critic cu tine însuși, gândește pozitiv, în orice dificultate există o oportunitate! O profesoara de psihologie de la Universitatea Stanford, pe nume Carol Dweck, a studiat motivația și realizările oamenilor timp de 40 de ani, adunând un volum impresionant de cercetare. În esență, Dweck a descoperit că ceea ce cred oamenii influențează ceea ce realizează în viață. Ea a denumit suma convingerilor despre noi înșine și despre ce abilități avem „teoriile despre sine” - ele determină modul în care ne interpretăm experiențele și pot stabili granițele realizărilor noastre.

Autosugestia îți poate oferi prilejul de a depăși situațiile complicate manifestându-ți capacitățile și încrederea în rezolvarea dificultăților!

**Sarcină:** Elaborează o listă cu expresii plăcute și motivațional, adresate ție însuși! Îți recomandăm în orice moment de ezitare și incertitudine să le spui în glas sau în gând, cum îți este mai confortabil. Te poți inspira din lista următoare:

- ✓ Eu voi reuși;
- ✓ Îmi pot valorifica tot ce este mai bun la mine;
- ✓ Sunt vesel(ă), deștept/deșteaptă;

- ✓ Am prieteni buni și devotați;
- ✓ Sunt o persoană sinceră și onestă;
- ✓ Sunt un luptător/ o luptătoare;
- ✓ Eu am succes în tot ceea ce fac;
- ✓ Îmi iubesc corpul și prețuiesc sănătatea mea;
- ✓ Mă accept așa cum sunt;
- ✓ Viitorul meu este luminos;
- ✓ Mă eliberez de griji;
- ✓ Fac tot ce-mi stă în putință.
- ✓ Nu uita, doar tu însuți te cunoști cel mai bine și te poți încuraja cum nu vor ști alții

### Exercitiul **Identificarea emoțiilor**

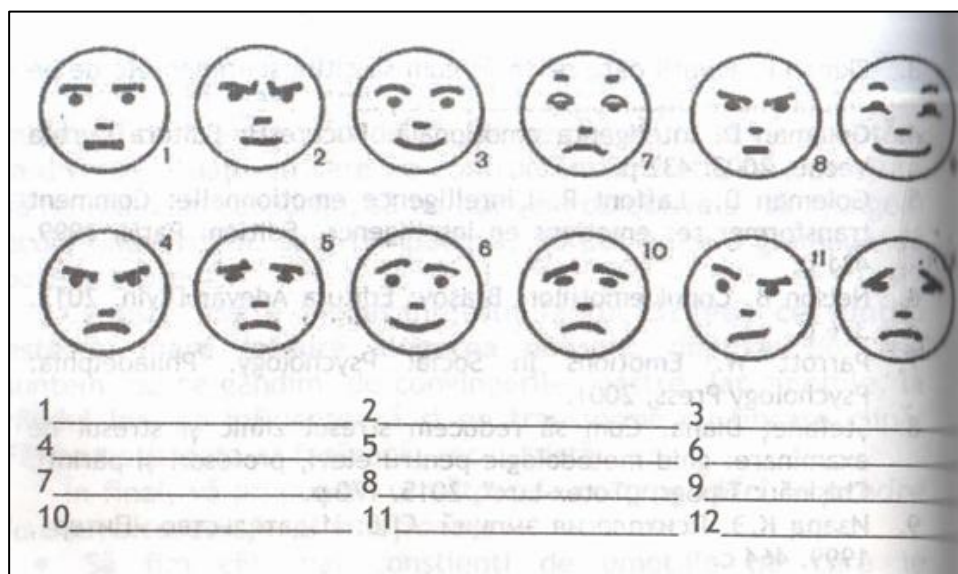
**Materiale:** Fișa „12 stări emoționale”.

**Descriere:** În fișa „12 stări emoționale” sunt codate 12 stări emoționale ale omului. Încearcă să descifrezi aceste stări emoționale umane: Bucurie, ostilitate, indiferență, întristare/jale, indispoziție, sceptic, tristețe, îndurerat, sfială, supărare, fericire, furie. Compară rezultatul obținut cu cheia (răspunsuri corecte).

**Anexă:** În desenele propuse mai jos sunt codate 12 stări emoționale ale omului. Încercați să descifrați aceste 12 stări emoționale umane:

**Fișa: 12 stări emoționale**

Bucurie	Ostilitate
Indiferență	Jale
Indispoziție	Scepticism
Tristețe	Îndurerare
Sfială	Supărare
Fericire	Furie



**Cheia răspunsuri corecte:**

1. Indiferență	2. Ostilitate	3. Bucurie
4. Furie	5. Tristețe	6. Sfială

7. Indispoziție	8. Supărare	9. Fericire
10. Îndurerare	11. Scepticism	12. Jale/întristare

*Debriefare:* - În ce măsură ați reușit să identificați corect stările emoționale? Ce v-a ajutat?

- De fiecare dată ați avut încredere în alegerile făcute?

*Exercițiu Harta corpului:* Formatorul distribuie participanților foi cu schița siluetei omenesti. Fiecare participant completează schița cu elementele corpului omenesc indicând genul. Formatorul propune participanților să exploreze sentimentele omului, atunci când acesta se simte nesigur / este în stare de stres / este cu anxietate. În spatele imaginii create, participanții descriu cum se simte omul atunci când este fără anxietate.

*Debriefare:* - Cum se simte această emoție? - Dacă această emoție ar fi o culoare / un obiect / o formă, ce ar fi ea, în viziunea voastră?

De asemenea, se menționează posibilitatea folosirii în viața de zi cu zi a **uleiurilor esențiale** pentru gestionarea anxietății (de ex., lavandă în baie seara pentru somn, bergamotă într-o brățară cu difuzor când merg la o întâlnire stresantă etc.), cu precauțiile necesare. Această discuție consolidează ideea că fiecare își poate crea o “trusă” personalizată de tehnici de coping.

*Încheiere:* Ședința se încheie într-o notă pozitivă. Fiecărui participant i se oferă câte un **bilețel de afirmare pozitivă** (pregătit anterior și rulat, extras dintr-un bol) – ex. “Am puterea să îmi găsesc liniștea interioară” sau „Mă adaptez cu ușurință provocărilor”. Împreună cu bilețelul, primește și stick **cu ulei de lavandă**. Facilitatorul mulțumește pentru implicare și sugerează să reflecteze până la data viitoare: *care tehnică de relaxare le-a plăcut cel mai mult și de ce.*

## II. ADAPTABILITATEA PSIHOSOCIALĂ – FACTOR FACILITATOR PENTRU DIMINUAREA ANXIETĂȚII ȘI A STRESULUI

### ȘEDINȚA 5:

#### ABILITĂȚI DE COMUNICARE ȘI ASERTIVITATE – ADAPTABILITATE ÎN RELAȚII

##### Obiective:

- **Dezvoltarea abilităților de comunicare eficientă** în context social, pentru a îmbunătăți adaptabilitatea psihosocială (ex. ascultare activă, exprimarea clară a gândurilor).
- **Înțelegerea conceptului de asertivitate** – diferența dintre comportamentul pasiv, agresiv și asertiv; drepturile personale în comunicare.
- **Exersarea asertivității:** participanții să practice formularea mesajelor de tip „EU” (exprimarea sentimentelor și nevoilor fără a acuza) și să spună „nu” ferm dar politicos.
- **Reducerea anxietății sociale prin expunere treptată:** implicarea în jocuri de rol și discuții de grup pentru a crește confortul în exprimare și a diminua teama de evaluare negativă.

##### STRUCTURA ȘEDINȚEI:

##### Activități și tehnici:

- *Debrief scurt ședința anterioară:* Se discută cum au fost utilizate tehnicile de relaxare în ultima săptămână. Unii participanți poate împărtășesc cum i-a ajutat respirația sau aroma preferată la un examen sau o situație stresantă. Acest lucru consolidează **încrederea în eficiența instrumentelor** însușite.

- *Exercițiu energizant „Mim”*: Pentru a introduce tema comunicării, se face un joc scurt: un participant mimează o emoție sau situație, următorul trebuie să interpreteze și să transmită mai departe altuia, și tot așa până la ultimul care ghicește. Se scoate în evidență cum **comunicarea incompletă sau distorsionată** duce la neînțelegere – punte către importanța exprimării clare. (Aroma ambientală propusă: **bergamotă**, pentru a menține energia și deschiderea socială.)
- *Prezentare interactivă: Comunicare pasivă, agresivă și asertivă*: Facilitatorul desenează pe tablă trei coloane cu titlurile „Pasiv”, „Asertiv”, „Agresiv”. Cu ajutorul grupului, se definesc pe scurt fiecare stil de comunicare și se dau exemple (ex: Pasiv – „nu zic ce mă deranjează, îmi înghit cuvintele”; Agresiv – „țip, jignesc, dau vina”; Asertiv – „îmi exprim punctul de vedere respectându-te și pe tine”). Se discută cum **anxietatea** poate împinge oamenii fie spre pasivitate (frica de conflict îi face să tacă), fie uneori spre agresivitate (teama exprimată ca furie defensivă). Se prezintă conceptul de **drepturi asertive** (dreptul de a spune „nu”, de a cere, de a greși etc.).
- *Joc de rol în perechi: „Spune NU”*: Participanții se împart doi câte doi. Fiecărei perechi i se dă o situație (pe cartonaș) în care cineva trebuie să refuze sau să își afirme o nevoie. Ex: „Colegul de apartament face zgomot și tu vrei să-i ceri să facă liniște”, sau “Un prieten te roagă să îi faci tema, dar tu nu poți/nu vrei”. Unul joacă rolul persoanei care cere, celălalt trebuie să răspundă **asertiv**. Facilitatorul le reamintește formula de bază: începe cu **laudă sau empatie** („apreciez că ai apelat la mine”), spune **refuzul ferm dar politicos** („din păcate, nu pot să...”), oferă eventual o **explicație scurtă** sau o alternativă („am un program încărcat, poate te pot ajuta altădată”). Perechile joacă scena, apoi fac schimb de roluri cu altă situație. La final, se discută: cât de greu a fost să spunei „nu”? Ce a funcționat? Participanții observă că *nu au fost „respinși” sau „urați” pentru că au spus nu*, contrar temerilor anxioase – un pas spre reducerea anxietății sociale.
- *Tehnica Săgeții descendente* (pentru a lucra pe restructurarea cognitivă), identificând un șir de convingeri limitative: „nu pot”, „nu sunt în stare”, „voi fi privită cu dezaprobare”, „nu voi reuși”. Este necesar de a oferi alternative și încurajări pentru a utiliza tehnica lucrului cu gândurile: „Eu nu voi reuși” → „eu gândesc că nu voi reuși” → „eu observ că gândesc ca nu voi reuși”.
- *Exercițiu „Mesajul EU” în grup*: Se explică pe scurt tehnica **mesajului de tip EU**: formulare care exprimă ce simt și ce doresc fără să dau vina pe celălalt (ex: „Eu mă simt îngrijorat când întârzii la întâlnire, mi-ar plăcea să fim punctuali” vs. “Tu mereu întârzii, nu-ți pasă!”). Apoi, fiecare participant scrie anonim pe un bilețel o situație reală în care nu a știut să comunice asertiv recent. Facilitatorul extrage câteva bilete și, împreună cu grupul, reformulează în mesaj EU. De exemplu, bilet: „Mă deranjează că șeful îmi dă sarcini suplimentare mereu” -> mesaj EU posibil: „Simt că sunt copleșit când primesc multe sarcini neașteptate; aș vrea să stabilim împreună un volum echitabil de lucru.” Grupul contribuie cu variante, astfel toți învață din multiple exemple.
- *Discuție despre comunicarea și adaptabilitatea socială*: Facilitatorul întreabă: „Cum credeți că abilitățile de comunicare și asertivitatea vă pot ajuta în adaptarea psihosocială?” Se evidențiază idei precum: relații mai armonioase, rezolvarea conflictelor, integrarea mai ușoară în medii noi dacă poți comunica deschis. Practic, *asertivitatea reduce stresul relațional și astfel anxietatea scade, calitatea vieții crește*.

- *Feedback pozitiv în cerc:* Pentru a exercita atât exprimarea, cât și suportul grupului, la final se face un scurt exercițiu: stând în cerc, fiecare participant spune despre vecinul din dreapta **un lucru pozitiv** observat la el (în aceste sesiuni: o calitate, un progres). Aceasta încurajează *coeziunea grupului* și creșterea **stimei de sine** – importantă pentru adaptabilitate. (Exercițiul trebuie să fie voluntar, participanții pot opta să treacă dacă nu se simt confortabil).
- *Încheiere:* Facilitatorul felicită grupul pentru modul în care au comunicat astăzi. Ca “provocare” până data viitoare, îi îndeamnă să aplice un comportament asertiv într-o situație reală și să observe ce se întâmplă.  
*Mini-testare – potrivit rezultatelor - facilitatorul le înmânează* la final un stick aromatizat cu câteva picături din aroma preferată sau de **ylang-ylang** – asociat cu *bucuria și echilibrarea stărilor de furie* – pentru a marca atmosfera pozitivă de încheiere.

## ȘEDINȚA 6: GESTIONAREA STRESULUI ȘI REZOLVAREA DE PROBLEME

### Obiective:

- **Dezvoltarea abilităților de rezolvare de probleme** în situații stresante – un aspect al adaptabilității psihosociale.
- **Învățarea unei metodologii structurate** de problem-solving (definirea problemei, generarea de soluții, evaluarea și implementarea soluției).
- **Aplicarea practică pe probleme reale:** participanții să aplice pașii rezolvării de probleme pe dificultăți din viața lor, pentru a-i ajuta să facă față stresului într-un mod planificat, reducând astfel anxietatea de necunoscut.
- **Promovarea colaborării și suportului reciproc:** folosirea grupului ca resursă creativă în găsirea de soluții, subliniind importanța sprijinului social în gestionarea stresului.

### Activități și tehnici:

- *Exercițiu de mișcare: „Pas înainte, pas înapoi” – Asertivitate în acțiune:* Instrucțiuni:
- Participanții se așază într-un rând (sau semicerc) cu suficient spațiu pentru a putea face un pas înainte sau înapoi. Facilitatorul citește o serie de afirmații. Pentru fiecare afirmație: *Dacă se regăsesc în ea și o susțin, fac un pas înainte. Dacă nu sunt de acord sau s-ar opune acelei situații, fac un pas înapoi. Dacă sunt nesiguri, rămân pe loc.* Nu se comentează în timpul exercițiului. După 8-10 afirmații, debriefing: *Cum te-ai simțit când ai făcut pasul înainte? Dar înapoi? Ai fost surprins de reacțiile celorlalți? Ce comportamente ai vrea să schimbi sau să întărești? Ce înseamnă pentru tine asertivitate în contextul profesional?*

#### Afirmații:

- Îmi exprim ideile chiar și atunci când ceilalți nu sunt de acord cu mine.
- Evit conflictele, chiar dacă asta înseamnă să renunț la ce-mi doresc.
- Îmi este greu să spun „nu” atunci când cineva îmi cere ajutorul.
- Când cineva mă întrerupe, aștept să termine și apoi reiau ce aveam de spus.
- Am acceptat sarcini în trecut doar pentru a nu dezamăgi, deși nu aveam timp.
- Pot exprima un dezacord fără să fiu defensiv.
- *Prezentare: Pas cu pas prin rezolvarea problemelor:* Facilitatorul expune modelul clasic de **problem-solving** în 6 pași: 1) **Identifică problema** (formulează-o specific), 2)

- Brainstorming** – generează cât mai multe soluții posibile (fără a le judeca imediat), 3) **Evaluează opțiunile** (avantaje/dezavantaje pentru fiecare), 4) **Alege o soluție** și fă un plan concret de acțiune, 5) **Aplică soluția**, 6) **Evaluează rezultatul** (dacă nu merge, revino la pasul 2). Se oferă un exemplu simplu demonstrativ (ex: problema „nu am timp suficient să învăț pentru examene” – se trece prin pași și se ajunge la o soluție planificată).
- *Aplicare în grup mic – „Atelier de rezolvare de probleme”*: Participanții se împart în subgrupuri de 4-5 persoane. Fiecare subgrup alege o **problemă reală** a unuia dintre membrii (voluntar) – preferabil una care generează anxietate sau stres (de exemplu: „dificultatea de a vorbi în public la cursuri” sau „gestionarea timpului între job și facultate”). Sub îndrumarea unui secretar de grup care notează, echipa își **folosește creativitatea colectivă** pentru a parcurge pașii: clarifică problema, apoi fiecare vine cu idei de soluții (încurajând orice idee, chiar neobișnuită, pentru a stimula gândirea out-of-the-box). Apoi discută avantajele și riscurile principalelor idei, alege împreună soluția cea mai promițătoare și schițează un plan concret pentru persoana respectivă. Facilitatorul se plimbă între grupuri, oferind ajutor dacă vreun grup se blochează.
  - *Tehnica Respiratiei profunde, a respirației diafragmatice* (pentru gestionarea anxietății), timp în care participanții observă gândurile, fiind cu focusarea pe respirație) și oferit ca sarcina de autoajutorare. Tehnica poate ajuta la calmarea sistemului nervos. Inspiră adânc pe nas, umplând plămâni de aer și extinzând abdomenul, apoi expiră lent pe gură.
    - ***Postură**: Așază-te confortabil, cu spatele drept și mâinile relaxate.*
    - ***Inspirație**: Inspiră adânc pe nas, numărând până la patru. Simte cum aerul umple plămâni și abdomenul se extinde.*
    - ***Reținerea Respirației**: Ține-ți respirația pentru încă patru secunde.*
    - ***Expirație**: Expiră lent pe gură, numărând până la șase. Simte cum corpul se relaxează pe măsură ce eliberezi aerul.*
    - ***Repetare**: Repetă acest ciclu de 5-10 ori sau până când simți că anxietatea s-a diminuat.*
  - *Împărtășire și feedback*: Fiecare subgrup prezintă pe scurt problema aleasă și **planul de soluție** la care au ajuns. Celelalte grupuri pot oferi feedback sau idei suplimentare. Acest proces nu doar generează soluții palpabile pentru problemele participanților, dar și *demonstrează puterea grupului ca rețea de suport*: observând cum colegii i-au ajutat pe alții, crește încrederea în a cere suport social când se confruntă cu o dificultate (ceea ce este parte din adaptabilitatea psihosocială).
  - *Discuție despre stres și adaptare*: Facilitatorul leagă rezolvarea de probleme de conceptul de **adaptabilitate**. O persoană adaptabilă, în fața unui obstacol, își ajustează planul și încearcă soluții noi în loc să renunțe. Se evidențiază că **a avea un plan** reduce mult anxietatea – necunoscutul devine mai previzibil când ai pași de urmat. De asemenea, se menționează conceptul de **reziliență** – capacitatea de a reveni după eșecuri, de a privi problemele ca pe provocări ce pot fi depășite.
  - *Tehnica Diamantului* pentru a analiza și aprecia unele aspecte pe care să și le propună ca rezultatele pentru următoarea lună și să identifice care ar fi ameliorările la aspecte precum:
    1. Corporal - somn mai bun, alimentație mai sănătoasă, detensionare musculară;
    2. Emoțional - îngrijorarea diminuată, apariția emoțiilor plăcute, ca bucurie, entuziasm;
    3. Cognitiv - apariția gândurilor suportive și reducerea celor iraționale, sabotare;
    4. Comportamental - expuneri sociale, ca mersul la teatru, interacțiuni mici în transport

public, pe stradă, în cadrul instituțiilor publice etc.

- *Încărcare pozitivă de final:* Pentru a încheia într-o notă motivantă, fiecare participant e invitat să spună **o soluție sau strategie utilă** pe care a auzit-o azi de la colegi și pe care ar vrea să o încerce și el/ea. Acest lucru consolidează învățarea reciprocă. Facilitatorul încurajează participanții să inspire **ylang-ylang** sau aroma preferată în finalul discuției, pentru a reduce orice urmă de tensiune rămasă și a instala o stare de satisfacție (ylang-ylang fiind administrat terapeutic pentru a crea stări de *bucurie* și a reduce mânia/frustrarea).

## ȘEDIȚA 7: FLEXIBILITATE ȘI ADAPTARE LA SCHIMBARE – „ANTRENAREA” ADAPTABILITĂȚII

### Obiective:

- **Conștientizarea importanței flexibilității mentale** și comportamentale în adaptarea la situații noi sau neașteptate (opusul rigidității ce alimentează anxietatea).
- **Experimentarea directă a schimbării** într-un mediu controlat – participanții să iasă ușor din zona de confort prin jocuri care implică improvizație și răsturnări de situație, pentru a-și exersa reacțiile la imprevizibil.
- **Dezvoltarea toleranței la incertitudine:** reducerea treptată a disconfortului față de necunoscut, prin expunere la situații neplanificate și analizarea modului în care pot face față.
- **Însușirea unor strategii de coping adaptativ la schimbare:** cum să rămâi calm și să găsești soluții când lucrurile nu merg conform planului (ex. reîncadrarea pozitivă a schimbării, căutarea aspectelor controlabile).

### Activități și tehnici:

- *Exercițiu icebreaker – „Schimbă ceva”:* La începutul ședinței, facilitatorul cere tuturor să facă o mică schimbare în aspectul lor (ex. să își inverseze ceasul pe celălalt braț, să își descheie un nasture, să își schimbe locul pe scaun). Apoi întreabă: “Cum v-ați simțit făcând o schimbare bruscă, chiar dacă minoră?” Unii pot spune că se simt ușor inconfortabil pentru că nu sunt la locul obișnuit. Acest mic exercițiu pregătește discuția despre reacțiile la schimbare. (Difuzorul emană **bergamotă**, pentru a oferi un sentiment de optimism și energie față de „noutate”)
- *Discuție: Frica de schimbare vs. adaptabilitate:* Facilitatorul scrie pe tablă cuvintele „Schimbare = ...?” și invită participanții să spună primele cuvinte care le vin în minte. Adesea apar termeni ca „frică”, „surpriză”, „provocare”, „oportunitate”. Se subliniază că anxietatea este adesea **frica de necunoscut** – mintea preferă rutina previzibilă. Totuși, viața implică schimbare continuă, deci *abilitatea de a te adapta* este esențială pentru a nu rămâne blocat în anxietate. Se împărtășește pe scurt poate un principiu din psihologie: **„growth mindset”** – a vedea schimbarea ca pe o șansă de creștere, nu ca pe un pericol.
- *Joc de improvizație „Da, și...”:* Acesta este un joc din teatrul improvizațional adaptat participanților, în grup mare sau două grupuri, construiesc împreună o poveste. Un voluntar începe să povestească o situație *improvizată*, apoi alt participant continuă povestea cu fraza începând mereu cu „Da, și...”. Fiecare trebuie să accepte ce a spus anteriorul și să adauge un element nou. Povestea poate deveni foarte amuzantă și neașteptată. Scopul

jocului: *să antreneze spontaneitatea și acceptarea ideilor noi*, ilustrând adaptarea în timp real la schimbări de direcție. Se râde mult, ceea ce **reduce anxietatea de performanță**. La final, facilitatorul punctează: „Ați reușit să faceți față la ceva ce nu puteați anticipa – și a ieșit ceva distractiv. Dacă ne menținem flexibili și deschiși („da, și...” în viață), schimbările pot aduce și lucruri bune.”

- Exercițiul ***Desenăm împreună***. Pentru această activitate avem nevoie de creioane sau carioci, coli de hârtie (A4) și un set de carduri metaforice. Participanții își aleg câte un partener din grupul de participanți cu care consideră că îi va fi mai dificil să conlucreze, iar mai apoi își aleg, în formă deschisă, câte un card din setul prezentat de către formator. Participanții sunt rugați să-și amplaseze fiecare cardul selectat în foaia pe care o primește împreună cu partenerul, iar apoi uitându-se la el, încep să creeze împreună un desen, inspirați din ceea ce a văzut fiecare din ei pe cardul selectat, fără să comunice. Mai apoi, după ce finalizează de desenat, fiecare îi povestește celuilalt cât mai multe despre desenul respectiv: de ce a ales anume acest card, ce este reprezentat pe el, ce emoții are când privește acest card, ce înseamnă fiecare formă desenată, etc. *Debriefare*: Cum v-ați simțit lucrând împreună cu o persoană-partener cu care ați considerat că vă va fi mai dificil să conlucreați? În care parte a paginii ați amplasat cardul în foaia comună? De ce? V-ați fi dorit să comunicați ceva partenerului atunci când ați început să desenați? Care au fost elementele de adaptare în această situație? Care factori facilitatori ai adaptării psihosociale considerați că au fost valorificați în această tehnică?
- *Exercițiu „Planul de rezervă”*: Facilitatorul propune un scenariu comun generat de anxietate: *planurile care nu ies cum ne așteptăm*. Apoi îi împarte pe participanți în 3 grupe și le dă fiecăreia câte un scenariu de viață: 1) „Interviul de angajare pe care l-ai pregătit intens este amânat pe neașteptate.” 2) „Ai planificat o excursie de relaxare, dar vremea se strică și totul trebuie anulat.” 3) “Te pregătești să prezinți un proiect important, dar se ia curentul exact atunci. „Fiecare grupă discută **cum ar reacționa spontan** și ce emoții apar (probabil frustrare, panică). Apoi li se cere să formuleze un **Plan B** pentru situația respectivă. De exemplu, la interviu amânat: transformi timpul liber într-o oportunitate de pregătire suplimentară sau relaxare; la excursie anulată: organizezi acasă “zi de spa” sau altă activitate plăcută; la prezentare fără curent: te muți pe neprevăzute în sală fără proiector și îți prezintă liber, folosindu-te de flipchart. Fiecare grup prezintă pe scurt reacțiile inițiale și Planul B găsit. Această activitate îi face să vadă **schimbarea perspectivei**: în loc să se blocheze în „nu a mers conform planului = eșec”, învață să gândească „ok, ce pot face cu ce am acum?” *Copingul proactiv* astfel exersat reduce frica de situații neprevăzute.
- *Tehnica „Expunere treptată la incertitudine”*: Facilitatorul sugerează ca mod de a-ți crește toleranța la nesiguranță, să te expui deliberat la mici „surprize”. De exemplu: să mergi pe un drum nou spre casă, să încerci un fel de mâncare necunoscut, să vorbești cu un coleg nou – lucruri mărunte care nu sunt periculoase, dar ies din rutină. Îi invită pe participanți să aleagă fiecare câte o mică acțiune neobișnuită pe care s-o încerce în următoarea săptămână. Fiecare menționează ce a ales (scriind eventual pe un post-it să-și amintească). Ideea este să antreneze „mușchiul” adaptării în contexte controlate, ca să fie mai pregătiți când apar marile schimbări nesolicitate.
- *Reflecție finală*: În cerc, se face un tur de încheiere cu întrebarea: „Ce gând sau sentiment aveți acum legat de ideea de schimbare, față de începutul ședinței?” Se remarcă dacă

cineva se simte mai încrezător că se poate adapta. Facilitatorul laudă efortul de a încerca lucruri noi în jocurile de azi și reamintește: **flexibilitatea** este ca un bambus care se îndoiește în vânt, nu se rupe – deci să încercăm să fim ca bambusul în fața situațiilor neașteptate. Sesiunea se încheie difuzând un amestec de **bergamotă și lavandă** – bergamota pentru a celebra energia schimbării, lavanda pentru a menține calmul – simbolizând echilibrul între **curiozitate și liniște interioară** în fața viitorului.

- **Temă pt acasă** - *Exercițiul Persoana mea adaptată și Persoana mea dezadaptată* din punct de vedere psihosocial (pentru ajutarea participanților în stabilirea caracteristicilor persoanei adaptate și dezadaptate din punct de vedere psihosocial). Participanții primesc câte 2 foi A4 și creioane. Moderatorul spune participanților să se deseneze pe sine în „2 ipostaze”: *Persoana mea adaptată și Persoana mea dezadaptată* (se desenează vreo 7-10 min.). Debriefare: Când v-ați simțit mai tensionat: când ați desenat *Persoana mea adaptată* sau *Persoana mea dezadaptată*? Ce trebuie să întreprindeți pentru a fi o persoană adaptată? Ce trăsături caracterizează o persoană adaptată psihosocial, dar o persoană dezadaptată psihosocial? Care sunt condițiile necesare pentru facilitarea adaptării psihosociale? Ce-ar trebui să întreprindeți pentru viitor pentru a deveni o persoană cu nivel înalt al adaptării psihosociale?

## ȘEDIȚA 8:

### EFICIENTIZAREA ADAPTABILITĂȚII PSIHOSOCIALE PRIN ÎMBUNĂTĂȚIREA STIMEI DE SINE ȘI A IMAGINII DE SINE

#### Obiective:

- **Explorarea imaginii de sine** a participanților – conștientizarea punctelor forte, a valorilor personale și a modului în care anxietatea le poate distorsiona percepția de sine.
- **Creșterea stimei de sine** prin exerciții centrate pe reușite, calități și auto-acceptare; evidențierea legăturii dintre stimă de sine ridicată și adaptabilitate (cine are încredere în sine se adaptează mai ușor la situații sociale noi).
- **Reducerea autocriticii excesive** – învățarea practicilor de auto-compasiune și a dialogului intern pozitiv pentru a contracara tendința anxioșilor de a se blama sau subestima.
- **Consolidarea coeziunii de grup prin feedback pozitiv** – folosirea grupului ca oglindă pozitivă (fiecare primește aprecieri din partea celorlalți), pentru a facilita internalizarea unei imagini de sine mai bune.

#### Activități și tehnici:

- *Exercițiu creativ „Colajul Eului Pozitiv”*: Participanții primesc coli, markere, creioane colorate. Li se cere să realizeze un **colaj/desen care să îi reprezinte evidențiind calitățile, realizările și lucrurile importante pentru ei**. Pot desena simboluri (ex. o inimă pentru că sunt empatic, o carte pentru inteligență), pot scrie cuvinte-cheie („prietenos”, „harnic”, „creativ”) sau desena imagini care reflectă mândria lor (diplome, trofee). Se difuzează aroma de **ylang-ylang**, cunoscută pentru că *sporește sentimentul de bucurie și echilibrul interior*, fiind propice reflecției pozitive asupra sinelui. După ~15 minute, cine dorește prezintă desenul în fața grupului, vorbind despre punctele sale forte. Ceilalți ascultă și aplaudă fiecare prezentare, consolidând un mediu de acceptare. (Cei mai timizi pot alege să nu prezinte, dar li se încurajează realizarea colajului pentru sine.)

- **Discuție despre stima de sine:** Facilitatorul întreabă: „Cum v-ați simțit să vă gândiți la calitățile voastre? A fost ușor sau greu?” Mulți cu anxietate pot spune că le-a fost greu la început să se laude pe ei înșiși, nefiind obișnuiți. Se explică diferența dintre **stimă de sine** (aprecierea proprie) și **încredere în sine** (încrederea în abilitățile de a face lucruri). Se subliniază că anxietatea cronică poate eroda stima de sine („pentru că te face să crezi că nu poți face față”), de aceea e important să **contrabalansăm autocritica cu conștientizarea valorii personale**.

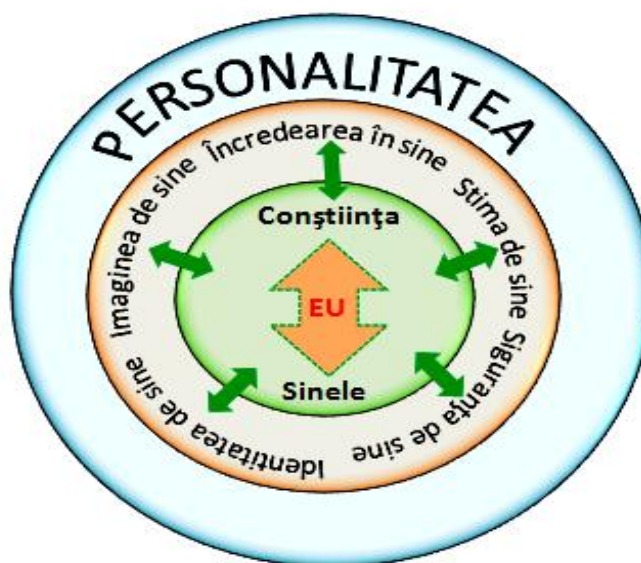
- **Poveste...** „Un rege își puse curtea la o încercare pentru un post important. Numeroși oameni puternici și înțelepți se aflau în jurul lui. „Înțelepților - spuse regele - am o problemă și vreau să văd care dintre voi este în stare să o rezolve”.

Îi conduse pe oameni la o ușă enormă, mai mare decât văzuseră vreodată. Regele le explica: „*Aici vedeți cea mai mare și mai grea ușă din regatul meu. Care dintre voi poate să o deschidă?*”

Unii dintre curteni scuturară doar din cap. Alții, care se numărau printre cei înțelepți, se uitară la ușă mai de aproape, dar recunoscură că nu pot să o facă. Când înțelepții spuseră asta, restul curții consmiți că această problemă este dificil de rezolvat. **Un singur vizir se duse la ușă. O examina cu ochii și cu degetele, încerca mai multe posibilități de a o deschide și, în cele din urmă, o trase cu o smucitura puternică... și ușa se deschise.** Fusese lăsată întredeschisă numai, nu închisă complet, și nimic altceva nu fusese necesar, decât bunăvoința de a realiza ceva și curajul de a acționa cu îndrăzneală, cu încredere în sine.

*Regele spuse:* „Tu vei primi postul de la curte, pentru că tu nu te bizui doar pe ceea ce vezi sau auzi; tu îți pui propriile puteri în joc și ai curajul să riști o încercare”. (*Nossrat Peseschkian. „Povesti orientale ca instrument de psihoterapie”*).

- Ce puteți spune despre încrederea în sine personală?
- Informare: Procesul de dezvoltare a conștiinței de sine este dependent de încrederea în sine, autoapreciere, imaginea de sine, congruența de sine, stima de sine, siguranța de sine ș.a.



**Figura 1. Relația și interdependența conștiinței de sine cu alte formațiuni psihice**

Relațiile stabilite demonstrează că personalitatea se dezvoltă armonios atunci când sunt în complex și în paralel dezvoltate toate aceste formațiuni.

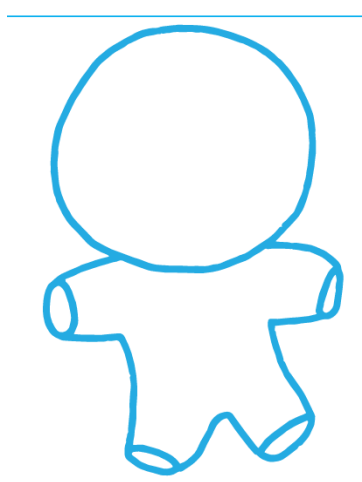
Sursa: [PALADI, O. Conștiința de sine și sistemul de valori ale adolescentului. Monografie. Chișinău: Print-Caro, SRL, 2013. 223 p. ISBN 978-9975-48-061-1]

- *Exercițiu „Scrisoare către mine însumi”*: Fiecare participant scrie în liniște o scurtă scrisoare adresată sieși, dar din perspectiva unui **prieten foarte bun** sau a cuiva care îl iubește necondiționat. În scrisoare, să se felicite pentru reușite, să-l/o încurajeze pentru eforturi, să-i reamintească calitățile. Practic, este un exercițiu de **auto-compasiune și schimbare a perspectivei**. Cei care doresc pot citi fragmente în grup. Acest exercițiu emoționant îi ajută să vadă că pot fi mai blânzi cu ei înșiși și să vorbească cu ei cum ar vorbi cu un prieten – un antidot la vocea critică interioară.
- *Cercul unicității*. Scopul: Creșterea încrederii în sine prin recunoașterea realizărilor și consolidarea sentimentului de apartenență. Materiale necesare: foi A4, creioane colorate, pixuri. Descrierea activității: Fiecare participant se gândește la o realizare profesională sau personală care îi face unici. Pe rând, fiecare își împărtășește realizarea, iar colegii care au avut experiențe similare spun „Și eu”. Dacă nimeni nu se identifică, participantul poate detalia cum a obținut acea realizare.
- *Informare*: Tipuri ale IMAGINII DE SINE (M. Modrea, W. Damon și D. Hait)
  1. **Imagine de sine - Fizică** (*Am o înfățișare agreabilă; Nu contează cum gândești, ci doar cum arăți; Nu-mi fac probleme deosebite cu privire la aspectul meu fizic; Consider că am înălțimea potrivită pentru vârsta mea; Cred că am greutatea corporală normală*).
  2. **Imagine de sine – Gen** (*Consider că persoanele de același gen cu mine sunt avantajate, comparativ cu pers.de gen opus; Nu mi-am dorit niciodată să aparțin celuilalt gen; Sunt mulțumit/ă că aparțin acestui gen; La nașterea mea părinții s-au bucurat că au un copil de acest gen/sex; Cred că persoanele de gen masculin și cele de gen feminin se aseamănă din multe puncte de vedere*).
  3. **Imagine de sine – Vârstă** (*Sunt mulțumit de vârsta pe care o am acum; Nu mi-aș dori să am o altă vârstă decât aceea pe care o am acum; Cred că vârsta pe care o am îmi aduce suficiente satisfacții; Mă bucur din plin de vârsta pe care o am; Mă confrunt, ca și cei de-o seamă cu mine, cu problemele obișnuite specifice vârstei*).
  4. **Imagine de sine – Profesie** (*Cred că mi se potrivește profesia actuală; Cred că sunt cel puțin la fel de bun/ă din punct de vedere profesional ca și majoritatea colegilor mei; Rezultatele muncii mele mă satisfac; Cred că superiorii mei (profesori, șefi) au destule motive să mă aprecieze; Sunt mulțumit/ă că practic această meserie*).
  5. **Imagine de sine - Psihologică** (*Sunt un om echilibrat; Sunt o persoană comunicativă; Consider că am un caracter bun (sunt corect, politicos, responsabil...); Cred că am unele aptitudini; Sunt mulțumit/ă de capacitatea mea intelectuală*).
  6. **Imagine de sine – Socială** (*Mă înțeleg bine cu oamenii din jurul meu; Cred că sunt un bun cetățean (respect normele sociale); Dacă toți oamenii ar fi ca mine, societatea ar avea mai mult de câștigat; Cred că mă comport în societate așa cum se cuvine; Rareori cei din jur au motive să facă reproșuri comportamentului meu*).
  7. **Imagine de sine – Filială** (*Cred că mulți părinți ar dori să aibă un copil ca mine; Mă înțeleg bine cu părinții; Cred că părinții mei au destule motive să fie mulțumiți de mine; Am moștenit unele calități de la părinții mei; Cred că am primit o bună educație în familie*).
  8. **Imagine de sine – Națională** (*Sunt mândru/ă că sunt din RM; Mă deranjează atunci când unii străini îi vorbesc de rău pe români/moldoveni; Mă bucur foarte mult atunci când un român/moldovean obține un premiu internațional; Mă interesează trecutul poporului nostru;*

*Cred că românii/moldovenii au încă multe lucruri bune de arătat lumii).*

- **Exercițiul Omulețul - Imaginea de sine a persoanei.** Se confecționează o persoană/păpușă/ omuleț din hârtie. Participanții atribuie calități acestui omuleț confecționat: 5 – calități pozitive și 5 – calități negative, scriindu-le pe spațiul decupat... Participanților li se propune să rupă (să decupeze cu foarfecele) calitățile care sunt negative. Se analizează imaginea persoanei care s-a obținut în urma schilodirii/ mutilării omulețului din hârtie. Fiecare participant trebuie să repare figura (imaginea) persoanei lipind înapoi bucata decupată. Debriefare: Ce s-a întâmplat cu imaginea persoanei? Ce s-ar întâmpla dacă ne-am implica permanent în schimbarea celui de alături după dorințele noastre?

Fișa de lucru „Omulețul”



- **Feedback 360 pozitiv:** Grupul stă în cerc. Pe rând, fiecare participant își aude numele rostit și ceilalți, spontan, îi adresează **complimente** sau evidențiază ceva pozitiv observat la el/ea pe parcursul trainingului. (De ex: „Maria, îmi place cum ascuți mereu cu atenție pe toată lumea” sau „Ai un simț al umorului molipsitor care a destins grupul.”). Facilitatorul se asigură că toată lumea primește feedback de la câțiva colegi; dacă cineva e mai neglijat, intervine și oferă el o apreciere. Pentru mulți anxioși, acest moment poate fi **emoționant și revelator** – primesc confirmări pozitive externe care contrazic multe din îndoielile lor. Îi încurajează să **înregistreze mental aceste laude** și să și le reamintească atunci când se simt nesiguri. (Notă: dacă grupul e foarte timid, o variantă e ca fiecare să scrie anonim pe bilețele pentru fiecare coleg câte un compliment, apoi facilitatorul le înmânează – însă rostirea directă întărește abilitățile de comunicare și asumare a aprecierii).
- **Legătura cu adaptabilitatea:** Facilitatorul explică explicit cum o **stimă de sine crescută ajută adaptabilitatea**: cine are o părere bună despre sine e mai dispus să încerce lucruri noi, să intre în situații sociale, pentru că nu îi e teamă că nu valorează nimic. În schimb, o stimă de sine scăzută alimentează evitarea și anxietatea. Deci, a lucra la stima de sine este o parte importantă a programului nostru – *ne face mai rezistenți* în fața stresului și a eșecurilor, exact ce vrem pentru a crește calitatea vieții.
- **Crearea oglinzii personale.** Scopul: Creșterea stimei de sine, acceptarea eu-lui real și conștientizarea faptului că atât calitățile, cât și imperfecțiunile contribuie la unicitatea fiecărei persoane. Materiale necesare: foi A4, creioane colorate, pixuri, o oglindă. Descrierea activității: Fiecare participant primește o foaie A4 și este rugat să deseneze o oglindă mare pe foaie. În partea stânga a oglinzii, participanții notează 3-5 trăsături sau comportamente pe care le consideră imperfecțiuni și care le provoacă anxietate, dificultăți. Acestea vor fi scrise cu culori mai închise sau neutre. În partea dreapta a oglinzii,

participanții notează 3-5 calități sau trăsături pozitive care îi definesc, folosind culori vii și plăcute. Sub oglindă, participanții scriu o situație în care o imperfecțiune i-a ajutat să se adapteze la o situație și să obțină un rezultat pozitiv sau să depășească o provocare. Cei care doresc pot împărtăși cu grupul o imperfecțiune și modul în care aceasta i-a ajutat să se adapteze într-o situație concretă. Formatorul ghidează o discuție despre importanța acceptării de sine, stimei de sine adecvate și despre modul în care imperfecțiunile pot fi transformate în puncte forte facilitând adaptarea la situații noi.

- *Atelier de soluționare a provocărilor.* Scopul: Dezvoltarea încrederii în sine prin crearea unei situații adaptative și de sprijin reciproc. *Materiale necesare:* Foi / post-it-uri și pixuri pentru notițe. Descrierea activității: Fiecare participant este invitat să noteze pe hârtie una sau două provocări semnificative întâlnite în activitatea sa recentă (acum 1 săptămână). Provocările notate sunt împărtășite cu grupul. Participanții sunt împărțiți în grupuri de 3-4 persoane pentru a permite o discuție mai detaliată. În cadrul fiecărui grup, participanții discută provocările identificate și își oferă, *aici și acum*, reciproc idei și soluții practice. Grupurile își concentrează discuțiile pe găsirea soluțiilor practice pentru a diminua nivelul de anxietate a colegilor în cazul în care se vor confrunta iar cu aceste provocări. Fiecare participant notează cele mai relevante idei și soluții în propriul caiet sau pe foaie. Fiecare grup mic alege o provocare comună și prezintă soluțiile găsite în grupul mare. Se discută despre importanța adaptabilității în soluționarea provocărilor.

*Încheiere motivațională:* Ca ultimă activitate, fiecare este rugat să spună „**Eu sunt ... (o calitate)**” – un cuvânt care să exprime o calitate personală sau o forță (ex: „Eu sunt curajos”, „Eu sunt perseverent”). Această afirmație rostită cu voce tare are rolul de *auto-confirmare pozitivă*. Facilitatorul mulțumește grupului pentru vulnerabilitatea și susținerea reciprocă arătate în această sesiune, reamintind că toți au calități valoroase care îi vor ajuta să depășească anxietatea și să se adapteze oricăror situații. Se difuzează din nou **ylang-ylang** spre final, întărind atmosfera de **încredere și acceptare de sine** creată.

## **ȘEDINȚA 9: GESTIONAREA INCERTITUDINII ȘI TOLERANȚA LA RISC**

### **Obiective:**

- **Recunoașterea intoleranței la incertitudine** ca factor cheie în anxietate – identificarea situațiilor în care nevoia de control și certitudine provoacă stres.
- **Învățarea metodelor de a face față incertitudinii:** tehnici de acceptare graduală a elementelor necontrolabile, strategii de planificare flexibilă și de concentrare pe prezent.
- **Exersarea expunerii la incertitudine** într-un mediu securizat – jocuri sau exerciții unde informațiile sunt incomplete sau rezultatul e imprevizibil, pentru a observa reacțiile și a le gestiona.
- **Dezvoltarea mindset-ului adaptativ:** încurajarea atitudinii „pot tolera ceea ce nu știu”, cultivarea încrederii că oricare ar fi rezultatul, se pot descurca (reziliență).

### **Activități și tehnici:**

- *Exercițiu „Ghicește și Acționează”:* Facilitatorul pregătește bilețele cu diverse acțiuni/porunci haioase (ex: „Cântă un vers dintr-o melodie la alegere”, „Imită un actor celebru”, „Spune un tongue-twister” etc.). Fiecare participant extrage un bilețel fără să-l citească singur, îl dă colegilor să-l vadă, iar colegii spun „accepti sau refuzi fără să știi?”.

Participantul trebuie să decidă fără să știe ce scrie dacă îl va face sau nu. Apoi, dacă acceptă, află ce e și trebuie să facă (în aplauzele amuzate ale colegilor); dacă refuză, i se citește oricum ce ar fi trebuit să facă (uneori constatând că nu era chiar grav). Scopul: *simularea riscului și a deciziei sub incertitudine*. Participanții realizează cât de greu e să accepți ceva când nu știi ce urmează – exact ca în multe situații de viață. Dar și că, odată ce au acceptat, *s-au descurcat și a fost chiar distractiv* în majoritatea cazurilor – deci incertitudinea poate aduce și surprize plăcute. (Aroma ambientală: un mix de lavandă și bergamotă – lavandă pentru a ține anxietatea sub control, bergamotă pentru curaj și energie).

- *Procesare a exercițiului*: Se discută: „Cum v-ați simțit când nu știați ce veți avea de făcut? Ce v-a determinat să acceptați sau să refuzați?” Participanții vorbesc despre *frica de penibil* sau *curiozitatea* care a învins-o. Facilitatorul leagă de realitate: de multe ori, anxietatea e ca un bilețel nedeschis – ne imaginăm ce e mai rău și preferăm să nu “jucăm”. Dar uneori, dacă ne aruncăm, descoperim că *ne putem adapta și nu e catastrofal*.
- *Tehnica „Worst-case & Best-case & Most likely”*: O metodă cognitivă de a gestiona incertitudinea: pentru o situație viitoare incertă, scrie cel mai rău scenariu (catastrofic), cel mai bun scenariu (optimist) și scenariul realist/probabil. Participanții aleg o situație personală care le provoacă anxietate (ex: așteaptă răspuns la un interviu, examen, un mesaj important). În foaie, fiecare își notează cea mai mare teamă legată de rezultat, cel mai bun rezultat imaginabil și varianta cea mai probabilă conform evidențelor. Apoi, eventual în perechi, discută ce au scris. Facilitatorul scoate în evidență două aspecte: (1) Rareori cel mai rău scenariu este și cel mai probabil – deci să conștientizăm când catastrofăm inutil. (2) Chiar dacă s-ar întâmpla worst-case, cum am putea să mergem înainte? (ex: „Dacă pic examenul, îl pot da din nou, nu e „sfârșitul lumii”). Această abordare reduce teama de necunoscut prin *raționalizare și plan de rezervă*, crescând *sentimentul de control* asupra a ceea ce se poate controla.
- *„Lanțul emoțiilor în incertitudine și situații de risc”* Scopul: Identificarea emoțiilor care apar de obicei în incertitudine și situații de risc și găsirea soluțiilor pentru diminuarea emoțiilor negative. *Descriere*: Participanții formează un cerc și creează un „lanț emoțional”. Fiecare persoană spune o emoție pe care o resimte în incertitudine și situații de risc (ex. anxietate, frustrare), menționează cauza acesteia. Grupul discută împreună cum fiecare emoție și cauză pot fi gestionate.
- *„Podul Conexiunii”* Scopul: Consolidarea spiritului de echipă, conștientizarea importanței colaborării, rezilienței și autoeficacității în gestionarea provocărilor și a incertitudinii precum și creșterea toleranței la risc. Materiale necesare: hârtie, carton, sfoară, banda adezivă, markere și alte lucruri, obiecte. *Descrierea activității*: Participanții lucrează împreună pentru a construi un „pod” folosind materiale creative, simbolizând legătura dintre efortul individual, colaborarea și reziliența în fața obstacolelor. Grupul este împărțit în echipe mici (2-3). Se oferă fiecărei echipe un set de materiale (ex. hârtie, bandă adezivă, sfori, pahare de plastic, markere și alte lucruri, obiecte). Echipele au sarcina de a construi un pod care să simbolizeze conectarea dintre puncte simbolice: profesionalism, reziliență, autoeficacitate. La final, fiecare echipă explică conceptul podului lor, modul în care au colaborat și cum simbolizează punctele cheie discutate. Formatorul insistă să se discute despre situațiile în care unii membri ai grupului au manifestat toleranță la risc în

cazul în care au observat că podul nu este bine fixat și s-ar fi putut prăbuși, vor indica care au fost momentele riscante în procesul construcției podului.

- *Mindfulness pe incertitudine*: Facilitatorul conduce un scurt exercițiu de **mindfulness** axat pe acceptarea incertitudinii. Participanții închid ochii, concentrare pe respirație. Formatorul rostește afirmații lente: „În viață, nu putem ști mereu ce urmează... și este în regulă așa. Ne dăm voie să nu știm. Simțim nesiguranța în corp – poate ca o mică încordare – și respirăm prin ea. Ne concentrăm pe ce putem controla acum: aerul care intră și iese din corp. Gândurile despre viitor vin și trec ca niște nori. Chiar dacă va veni furtună, știm că la un moment dat se va risipi. Ne ancorăm în prezent, singurul moment cert. Aici și acum, suntem în siguranță.” – Tot acest script este acompaniat de lavandă difuzată (pentru calm) și un pic de ylang-ylang (pentru a contrabalansa cu o notă de încredere caldă) Scopul e să inducă o stare de *acceptare liniștită*, demonstrând practic că putem tolera incertitudinea moment cu moment fără să o rezolvăm imediat.
- *Împărtășire și angajament*: La final, se încurajează participanții să împărtășească un domeniu din viața lor unde simt incertitudine (ex. „Nu știi dacă o să-mi găsesc jobul dorit după facultate”) și o afirmație de acceptare („Îmi permit să nu am acum răspunsul, voi face ce ține de mine și voi vedea ce va fi”). Fiecare afirmă cu voce tare ceva de genul: „Accept că nu pot ști X acum, mă concentrez pe ce pot face și cred că mă voi descurca orice ar fi.” Facilitatorul notează progresul grupului: la început mulți se temeau de necunoscut, acum deja pot rosti că *vor tolera* – ceea ce e un semn de creștere a adaptabilității.
- *Încheiere*: Se încheie cu o notă de curaj: participanții sunt felicitați că au înfruntat micile incertitudini din exerciții. Se inspiră stick-uri cu bergamotă la final, simbolic pentru a îmbrățișa viitorul cu optimism (bergamota *înseninează mintea și reduce anxietatea anticipatorie*).

### III. CALITATEA VIEȚII – FACTOR FACILITATOR PENTRU DIMINUAREA ANXIETĂȚII

#### ȘEDINȚA 10:

#### CALITATEA VIEȚII – SATISFACTIA FAȚĂ DE CALITATEA VIEȚII – ÎN RELAȚIE CU ADAPTABILITATEA PSIHOSOCIALĂ

##### Obiective:

- **Conștientizarea conceptului de calitate a vieții** și a modului în care satisfacția personală influențează adaptabilitatea psihosocială și nivelul de anxietate.
- **Identificarea factorilor personali și sociali** care contribuie la creșterea sau scăderea satisfacției față de viață (relații, sens personal, activități semnificative, echilibru între roluri).
- **Dezvoltarea capacității de auto-reflecție** asupra propriilor surse de satisfacție și resurse psihologice care susțin adaptarea la schimbări și provocări.
- **Stimularea adoptării unei perspective** orientate spre resurse și soluții – identificarea aspectelor pozitive din viață care pot fi cultivate pentru creșterea bunăstării și reducerea anxietății.

### Activități și tehnici:

- *Exercițiul „Harta calității vieții”*. Scopul: Explorarea principalelor domenii care contribuie la satisfacția generală față de viață. Descriere: Facilitatorul prezintă pe flipchart principalele dimensiuni ale calității vieții: sănătate fizică, relații interpersonale, dezvoltare personală, realizări profesionale/academice, echilibru emoțional, sens și valori personale, timp liber și recreere. Fiecare participant primește o fișă și notează pentru fiecare domeniu cât de satisfăcut se simte pe o scală de la 1 la 10. Ulterior, participanții discută în grup mic despre domeniile care le oferă cea mai mare satisfacție și cele care ar necesita mai multă atenție. Facilitatorul subliniază că adaptabilitatea psihosocială este mai ridicată atunci când există echilibru între aceste dimensiuni ale vieții.
- *„Linia vieții – momente de satisfacție și creștere”*. Scopul: Conștientizarea experiențelor pozitive și a resurselor personale care au contribuit la satisfacția față de viață. Descriere: Participanții trasează pe o foaie o linie cronologică a vieții lor și marchează 3–5 momente în care s-au simțit mulțumiți, împliniți sau mândri de ei înșiși. Pentru fiecare moment, notează ce factori au contribuit la acea stare (relații, realizări, curajul de a face o schimbare, sprijin social etc.). În discuția de grup, facilitatorul evidențiază ideea că satisfacția față de viață nu depinde doar de circumstanțe externe, ci și de modul în care interpretăm și valorificăm experiențele.
- *Tehnica „Recunoștinței conștiente”*. Scopul: Creșterea satisfacției față de viață prin focalizarea asupra elementelor pozitive existente. Descriere: Fiecare participant scrie pe trei bilețele lucruri din viața sa pentru care se simte recunoscător (persoane, oportunități, experiențe, abilități personale). Bilețelele sunt introduse într-un bol simbolic al recunoștinței. Pe rând, participanții citesc un exemplu și explică de ce este important pentru ei. Facilitatorul explică faptul că practica recunoștinței este asociată în cercetările psihologice cu niveluri mai ridicate de satisfacție și reziliență.
- *Exercițiul „Resursele mele pentru adaptare”*. Scopul: Identificarea resurselor personale și sociale care contribuie la adaptabilitatea psihosocială. Descriere: Participanții primesc o fișă cu două coloane: „Resurse interne” (ex: optimism, perseverență, creativitate, empatie) și „Resurse externe” (ex: prieteni, familie, mentori, oportunități educaționale). Fiecare notează cât mai multe exemple. Ulterior, în perechi, discută despre modul în care aceste resurse i-au ajutat în trecut să depășească dificultăți. Facilitatorul evidențiază că recunoașterea propriilor resurse crește sentimentul de control și capacitatea de adaptare.
- *Exercițiul „Schimbă perspectiva”*. Scopul: Dezvoltarea flexibilității cognitive și a capacității de reinterpretare a experiențelor negative. Descriere: Facilitatorul prezintă câteva situații de viață care pot genera nemulțumire (ex: eșec la un examen, conflict cu un coleg, schimbări neașteptate). Participanții sunt invitați să găsească cel puțin două perspective alternative sau lecții constructive care ar putea rezulta din fiecare situație. Exercițiul demonstrează că satisfacția față de viață este influențată și de modul în care interpretăm evenimentele.
- *Exercițiul „Ziua mea ideală”*. Scopul: Clarificarea valorilor personale și a elementelor care contribuie la bunăstare. Descriere: Participanții sunt invitați să își imagineze o zi ideală din viața lor, peste câțiva ani, în care se simt împliniți și echilibrați. Ei descriu cum începe ziua, ce activități desfășoară, cu cine interacționează și ce emoții trăiesc. Apoi reflectează: „Ce elemente din această zi ideală pot începe să introduc chiar de acum în

viața mea?” Discuția subliniază faptul că satisfacția față de viață se construiește treptat, prin mici alegeri zilnice.

- *Mindfulness „Savurarea momentului prezent”*. Scopul: Dezvoltarea capacității de a aprecia experiențele pozitive din prezent. Descriere: Participanții închid ochii și sunt ghidați într-un exercițiu scurt de conștientizare: „Observă respirația ta... simte aerul care intră și iese din corp. Adu în minte un moment recent în care te-ai simțit bine sau liniștit. Observă emoțiile și senzațiile asociate aceluia moment. Permite-ți să rămâi câteva clipe în acea stare. Chiar și în perioadele dificile, există momente de liniște și satisfacție pe care le putem recunoaște și cultiva.” Exercițiul este însoțit de difuzarea uleiului esențial de **bergamotă** (asociat cu starea de optimism și bună dispoziție) combinat cu **lavandă** pentru calm emoțional.
- *Exercițiul „Mesaj pentru sine din viitor”*. Scopul: Consolidarea speranței și a orientării spre dezvoltare personală. Descriere: Participanții scriu un scurt mesaj pentru sinele lor din prezent, imaginându-se peste un an, într-o stare de echilibru și satisfacție mai mare față de viață. Mesajul poate include încurajări, sfaturi și recunoașterea progreselor făcute. Cine dorește poate citi mesajul în fața grupului. Facilitatorul evidențiază rolul speranței și al scopurilor personale în creșterea adaptabilității psihosociale.
- *Reflecție de grup – „Ce înseamnă pentru mine o viață de calitate?”*. Participanții sunt invitați să răspundă la întrebări de reflecție: – Ce elemente sunt esențiale pentru ca eu să simt că viața mea are calitate? – Ce schimbări mici pot face pentru a crește satisfacția în viața mea? – Cum mă poate ajuta adaptabilitatea psihosocială să gestionez perioadele dificile?
- *Încheiere*: Facilitatorul subliniază că satisfacția față de viață nu depinde doar de absența problemelor, ci de capacitatea de a găsi sens, echilibru și resurse chiar și în perioadele de provocare. Participanții sunt încurajați să continue practicile de recunoaștere, reflecție și grijă față de sine pentru a-și consolida bunăstarea psihologică. Ședința se încheie într-o atmosferă relaxantă, cu difuzarea unui amestec de bergamotă și ylang-ylang, care susține starea de optimism, echilibru emoțional și satisfacție interioară.

## **ȘEDINȚA 11: STIL DE VIAȚĂ ECHILIBRAT ȘI GESTIONAREA SĂNĂTOASĂ A STRESULUI (FOCUS PE CALITATEA VIEȚII)**

### **Obiective:**

- **Conștientizarea importanței stilului de viață** (somn, alimentație, exercițiu fizic, timp liber) asupra nivelului de anxietate și a calității vieții.
- **Identificarea ariilor din viața personală care necesită îmbunătățire** pentru un echilibru mai bun – ex. dacă un participant realizează că lipsa somnului îi agravează anxietatea, să își propună schimbări concrete.
- **Învățarea tehnicilor de time management și prioritizare** – adaptabilitate în organizarea vieții, pentru a reduce stresul perceput.
- **Stimularea angajării în activități plăcute și de auto-îngrijire** – creșterea calității vieții prin reintegrarea în rutina zilnică a acelor acțiuni care aduc bucurie, relaxare, sens (adesea neglijate din cauza anxietății sau a programului încărcat).

### **Activități și tehnici:**

- *Roata vieții*: Facilitatorul desenează pe flipchart o **roată a vieții** cu 6-8 domenii (sănătate fizică, carieră/școală, relații, dezvoltare personală, distracție/timp liber, spiritualitate, etc. – se poate adapta). Participanții desenează fiecare propria roată și evaluează cu o notă de la 1 la 10 satisfacția lor actuală în fiecare domeniu. Apoi colorează segmentele până la nivelul respectiv. Rezultatul vizual arată care zone sunt „șubrede” (scoruri mici). În grup mare, se discută observațiile: „În ce domenii simțiți că stați bine? Dar în care simțiți nemulțumire?” Mulți cu anxietate pot observa scoruri mici la **distracție/timp liber** (deoarece anxietatea îi face adesea să evite ieșiri) sau la **sănătate fizică** (stresul afectând somnul, alimentația). Scopul e ca fiecare să identifice 1-2 arii prioritare de îmbunătățit pentru a-și echilibra viața.
- *Misiune de grup: Soluții pentru echilibru*: Se formează grupuri mici în funcție de interes – de exemplu, cei care au pus scor mic la „somn” se adună împreună, cei cu „timp liber” la fel, etc. Fiecare grup discută **sfaturi și idei concrete** pentru a îmbunătăți acel aspect. De pildă, grupul „somn” poate genera idei: igiena somnului (culcat la oră fixă, fără ecrane înainte de culcare), ceai de tei sau lavandă seara, exerciții fizice în timpul zilei pentru oboseală fizică. Grupul „timp liber” poate propune: programarea în calendar a unei activități plăcute pe săptămână, înscrierea la un hobby nou, implicarea prietenilor. După 10-15 min, fiecare grup prezintă „tips & tricks” descoperite. Facilitatorul completează dacă este nevoie cu informații validate științific (ex: **exercițiile fizice regulate reduc anxietatea și îmbunătățesc calitatea somnului**, ceea ce contribuie la bunăstare.)
- *Povestea terapeutică „Căminul”*. Scopul: Explorarea efectelor negative ale workaholismului și identificarea calităților necesare pentru a depăși dependentă de muncă. *Materiale necesare*: Povestea terapeutică „Căminul”. *Descriere*: Participanții sunt invitați să se așeze într-un cerc. Moderatorul introduce activitatea astfel: „Voi prezenta o poveste care sper să vă captiveze și să vă trezească interesul”.  
**„Povestea terapeutică „Căminul”**. *Trăia o data un „Cămin”, mare, din cărămidă, trainic, responsabil și foarte darnic. Avea o capacitate mare de muncă și necesitate de a ajuta oamenii. Din fericire, trebuința lui coincidea cu necesitățile oamenilor. Astfel cum venea toamna, pâna primavara „Căminul” era în centrul atenției. Toți oamenii erau în jurul lui, îi împărtășeau bucuriile, necazurile, îl laudau, ceea ce îl făcea foarte fericit. „Ce bun este „Căminul” nostru!” „Cât de altruist, deși toata ziua arde, nimic nu cere în schimb!” „Ce ne-am face noi fără dânsul!” Lauda permanetă și recurgerea la serviciul lui l-a făcut pe „Cămin” să creadă că este indispensabil oamenilor. Și iată ca într-o zi i-a venit o idee, ce ar fi dacă ar lucra non stop, fără concediu. Zis și făcut. A tras „Căminul” aer în piept și a început să lucreze și mai mult, încălzea zi și noapte. De atâta muncă nici n-a observat că a venit vara. Afara soare, cald, da în mijlocul casei un cămin ce arde. De la o vreme observa că oamenii nu mai stau lângă el, se șușotesc și tot mai des îi arunca enunțuri tăioase. „Ce e cu „Căminul” nostru, chiar nu vede că nu avem nevoie de căldură?” „ Ne doare capul, nu mai putem sta în casă!” Și într-o zi, au plecat, l-au lăsat singur. S-a supărat „Căminul” pe oameni: „Nu înțeleg, pentru același lucru la început m-au laudat, acum mă ceartă?” Sărmanul „Cămin”, el nu înțelege că poți să iei cu forța ceva dar să dai nu poți. Ca să fii apreciat și împlinit, e puțin să ai dorința să ajuți pe cineva, cel mai important să ai pe cine ajută, să fii solicitat. În caz contrar, riști să fii neînțeles, refuzat și în final epuizat.*

După ascultarea poveștii, participanții reflectează asupra semnificației acesteia și

identifică aspectele relevante legate de workaholism. Reflecții propuse: - Care este mesajul principal al poveștii? - Cum ați descrie starea în care se află protagonistul poveștii? - Care sunt greșelile făcute de „Cămin”? Dar de oamenii din jurul său? - De ce „Căminul” nu a reușit să conștientizeze unde a greșit? - S-a regăsit cineva, la un moment dat, în situația „Căminului”? Dacă da, cum ați depășit această situație? - Ce sfaturi sau recomandări i-ați oferit „Căminului” pentru a ieși din acest impas? - Cum ați rescrie povestea pentru a avea un final pozitiv și încurajator?

- „*Scrisoare către coleg*” Scopul: Încurajarea exprimării pozitive și a sprijinului reciproc. *Materiale necesare:* Foi, pixuri. *Descriere:* Fiecare participant scrie o scrisoare anonimă unui coleg, exprimând aprecieri și mulțumiri. Scrisorile sunt colectate și distribuite aleatoriu, astfel încât fiecare să primească o scrisoare.
- „*Construiește o poveste*” Scopul: Conștientizarea importanței colaborării și socializării pentru reducerea anxietății, stresului și creșterea adaptabilității. *Descriere:* Participanții primesc o temă pentru poveste, cum ar fi „**Cum o echipa de studenți își oferă sprijin reciproc pentru a depăși stresul academic / anxietatea academică**”. Participanții, pe rând, contribuie fiecare cu câte o propoziție, construind povestea pas cu pas, în mod logic și coerent. Ei sunt încurajați să adauge detalii pozitive, cum ar fi exemple de colaborare între colegi sau soluții creative pentru diverse provocări. Exercițiul se încheie fie atunci când toți participanții au adăugat câte o propoziție, fie când povestea ajunge la un final complet.
- *Plan individual de auto-îngrijire:* Pe baza celor discutate, fiecare participant scrie pentru sine un **angajament**: „În următoarea lună voi face X pentru a-mi îmbunătăți Y”. Exemple: „Voi face o plimbare în parc de 30 min de 3 ori pe săptămână pentru sănătatea mea fizică și mentală” sau “Îmi voi rezerva vineri seara pentru o activitate de relaxare (citit, baie lungă) ca timp de refacere”. Cei care doresc pot împărtăși planul, primind încurajări de la grup.
- *Time management & prioritizare:* Facilitatorul introduce pe scurt metoda **prioritizării sarcinilor** (Matricea Eisenhower: urgent/important etc.) sau conceptul de **micropași** (breaking tasks to avoid procrastination). Se discută cum *proasta organizare a timpului poate amplifica anxietatea* (ex: procrastinarea duce la crize înainte de deadline, alimentând stresul). Participanții sunt invitați să împărtășească trucuri care i-au ajutat să-și organizeze timpul sau, invers, să-și recunoască punctele slabe (ex: telefonul distrage – soluție: folosirea unui timer Pomodoro). Prin schimbul de experiență, se generează idei de gestionare mai eficientă a timpului, ceea ce duce la **reducerea stresului cotidian** și eliberează timp pentru auto-îngrijire.
- *Legătura cu aromaterapia și stilul de viață:* Facilitatorul aduce în discuție și modul în care *micile ritualuri* pot îmbunătăți calitatea vieții. De exemplu, **utilizarea uleiurilor esențiale acasă**: lavandă pentru un somn mai odihnitor (câteva picături pe pernă), bergamotă dimineața pentru energie pozitivă la început de zi, ylang-ylang în momente de tensiune pentru relaxare. Acest lucru integrează cunoștințele despre arome în rutina zilnică a participanților, extinzând beneficiile dincolo de sala de training.
- *Încheiere și recapitulare a progresului:* Având în vedere că ne apropiem de finalul programului (ședința 10 din 14), facilitatorul invită grupul la o scurtă reflecție: „Cum simțiți că ați evoluat de la început până acum în ceea ce privește anxietatea și adaptabilitatea?”. Fiecare împărtășește pe scurt un progres sau o schimbare notabilă (ex:

„Acum pot să adorm mai ușor folosind tehnicile, înainte eram foarte agitată seara” sau „Am observat că nu mai evit automat situațiile noi, ci încerc să le privesc ca pe provocări”). Aceste mărturii pozitive evidențiază **impactul cumulativ** al intervenției. Se creează o atmosferă de mândrie și motivare să continue ultimele sesiuni cu același angajament. Încheiem difuzând **lavandă** (reconfortantă) combinată cu o notă de **bergamotă** – ambele uleiuri menite să inducă o stare de *mulțumire și optimism*, asigurând o notă luminoasă la final.

## **ȘEDINȚA 12:** **ROLUL SUPTULUI SOCIAL –** **CONECTARE ȘI CEREREA AJUTORULUI (ANXIETATE SOCIALĂ)**

### **Obiective:**

- **Sublinierea importanței rețelei de suport social** în adaptarea la stres și în menținerea sănătății mintale (prieteni, familia, grupul de suport).
- **Identificarea barierelor în a cere ajutor** – de ce persoanele anxioase evită uneori să ceară sprijin (frica de a deranja, rușinea, perfecționismul).
- **Exersarea comunicării nevoilor de suport:** jocuri de rol în care participanții practică solicitarea asistenței sau exprimarea emoțiilor către persoane de încredere, într-un mod asertiv.
- **Creșterea coeziunii de grup și a sentimentului de apartenență:** consolidarea percepției grupului ca spațiu securizant unde pot găsi înțelegere și sprijin reciproc – transferabil și în afara grupului (fiecare poate identifica persoane-suport în viața reală).

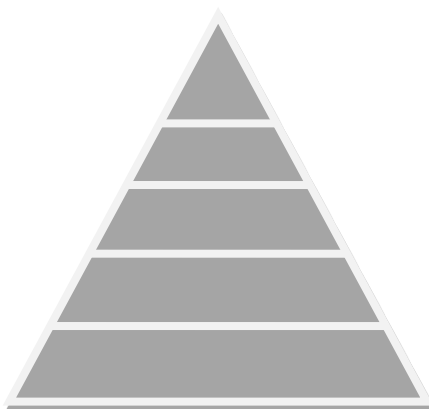
### **Activități și tehnici:**

- *Poveste terapeutică:* Facilitatorul începe prin a citi sau relata o scurtă **pildă despre puterea comunității**. De exemplu, parabola „legătura de nuiiele” (un tată arată fiilor că un singur băț se rupe ușor, dar un snop de bețe laolaltă nu se poate rupe – analogie cu oamenii care unindu-se sunt mai puternici). Aceasta introduce tema suportului social într-un mod metaforic.
- *Brainstorming:* „*Cine face parte din echipa mea?*” Participanții desenează pe o foaie propria persoană (un cerc în mijloc) și în jur notează numele persoanelor sau grupurilor din viața lor pe care se pot baza (familie, prieteni apropiați, colegi, mentor, poate terapeut etc.). Apoi, în plen, voluntari împărtășesc cine e în „echipa” lor. Unii pot realiza că au mai mult suport decât credeau, alții pot descoperi că rețeaua e subțire (poate un subiect de reflecție). Se discută cum *a avea pe cineva cu care să vorbești când ești anxios* face diferența – chiar și această grupă a fost un exemplu, unde împărtășirea a ușurat poverile.
- *Barometrul încrederii:* Facilitatorul întreabă: „Cât de ușor vă este să cereți ajutor când aveți o problemă sau vă simțiți copleșiți?”. Pe o axă imaginară în sală (sau arătând cu mâna sus/jos), participanții își indică nivelul (ușor – greu). Majoritatea anxioșilor se situează probabil spre „greu”. Se discută motivele: rușinea („mi-e rușine să nu par slab”), teama de respingere („dacă deranjez și vor spune nu?”), dorința de a fi independent („trebuie să mă descurc singur”). Facilitatorul validează aceste sentimente dar îi provoacă să reevalueze: „*Cum v-ați simți dacă un prieten ar veni la voi pentru ajutor? L-ați judeca negativ sau v-ați simți bine că a avut încredere în voi?*” Majoritatea vor răspunde că ar fi bucuroși să ajute. Deci, analog, *și ceilalți probabil simt la fel față de noi*. Se scoate în evidență **reciprocitatea și beneficiul mutual** al suportului social.

- **Joc de rol „Cererea ajutorului”**: Se identifică situații specifice în care cineva ar avea nevoie de ajutor sau suport emoțional (ex: „te simți copleșit în sesiune și ai vrea să rogi un coleg să studieze împreună” sau “treci printr-o perioadă anxioasă și ai vrea să vorbești cu cineva din familie despre asta”). Participanții se împart în perechi; unul joacă rolul celui care cere ajutor, celălalt al persoanei de la care se cere (prieten, părinte etc. – se stabilește contextul). „Solicitantul” practică exprimarea nevoii: ex. „Hei, pot să vorbesc puțin cu tine? Mă simt cam anxios în ultima vreme și m-ar ajuta opinia/ sprijinul tău.” Cealaltă persoană răspunde (ideal, pozitiv, dar realist: poate pune întrebări, poate fi surprinsă, etc.). Apoi schimbă rolurile. La final, se discută: A fost dificil să spui direct că ai nevoie de ajutor? Ce replici v-au venit? Cum a reacționat „celălalt”? Scopul e să *desensibilizeze frica de a cere sprijin* și să ofere un model de dialog.
- **Puterea anxietății**. Fiecare membru al grupului scrie, anonim, pe câte un post-it, câte o situație concretă de viață în care a simțit anxietate. Se adună și apoi se lipesc pe o coală de flipchart. Se identifică situațiile anxiogene comune. Se abordează cea mai frecventă situație în care membrii grupului simt anxietate. Participanții se așează pe o linie imaginară pentru a marca cât de puternică/intensă este emoția (anxietatea) în acea situație pentru ei, de la 0 la 10, în care 0 însemnând lipsa anxietății și 10 – foarte puternică. Se evidențiază că atunci când intensitatea emoției depășește nivelul 5, înseamnă că persoana pierde controlul asupra propriei voințe și comportamentului.
- **Piramida situațiilor anxioase**. Fiecare participant completează fișa „Piramida situațiilor anxioase” personale, evaluând intensitatea anxietății. La baza piramidei se pune situația care este mai puțin anxiogenă, dar în care totuși intensitatea anxietății depășește nivelul 5. Cu cât se înaintează spre vârf, se trec situațiile în care anxietatea este cea mai intensă (nivel 10).

### Fișa „Piramida situațiilor anxioase”

Gândește-te la cele mai anxioase situații pentru tine. Stabilește intensitatea anxietății din fiecare situație! (0 – Fără anxietate, 10 – Anxietate extrem de puternică). Așează în vârf situația cu anxietatea cea mai puternică.



- **Jocul Anxietății**. Se realizează cu joc de rol, având drept personaje Anxietatea și Încrederea. Apoi, se citește împreună afirmația: „*Lucrurile pe care ți le spui în interior influențează mult ceea ce simți și ceea ce faci!*”
- **Modalități eficiente de înfruntare a Anxietății**. Se alege un scenariu anxiogen. Sunt prezentate trei variante potențiale cum ar putea decurge. Împreună, sunt identificate

modalități eficiente de gestionare/înfundare a anxietății: disputarea ideilor, prin realizarea unei demonstrații de disputare a ideilor dintr-o situație anxiogenă concretă, printr-un joc de rol, în care un participant interpretează rolul unui „detectiv” care chestionează „suspectul”; expunerea/ obișnuința, prin înfundarea voluntară a situațiilor neplăcute; se dau exemple de situații de adaptare fizică, pentru a sublinia însușirea unor comportamente noi. Participanții completează o fișă de lucru, în care realizează un plan de înfundare cu anxietatea dintr-una dintre situațiile anxioase personale, conform modelului dat.

### Fișă Plan de înfundare a anxietății (în 10 pași)

Pasul 1. Descrie situația anxioasă!

---

Pasul 2. Identifică emoția! (Fii conștient de emoția ta!)

---

Pasul 3. Stabilește nivelul intensității emoției!

---

Pasul 4. Aplică exercițiul de respirație conștientă!

Pasul 5. Fii conștient de modul în care corpul tău se liniștește!

Pasul 6. Alege să înfrunți Anxietatea!

*Da, doresc să înfrunt Anxietatea*

*Nu, nu doresc să înfrunt Anxietatea*

Pasul 7. Identifică gândul transmis de Anxietate!

---

Pasul 8. Dispută gândul (Pune întrebări de confruntare a Anxietății!)

---

---

Pasul 9. Găsește perspectiva alternativă!

---

Pasul 10. Sărbătorește reușita!

- **Jurnalul Anxietății.** Sunt identificate gândurile personale ce apar în momentele de anxietate; sunt notate în jurnal, precum și perspectivele alternative.

#### Fișă Jurnal (model)

Dragă Anxietate,

Azi, când ai venit la mine, te-am simțit: Slabă ; Medie ; Puternică

M-am gândit că...

Dar mi-am dat seama că...

Îți mulțumesc că dorești mereu să ai grijă de mine, să mă previi atunci când apare ceva greu. Vrei să mă ajuți și te înțeleg. O perioadă chiar am avut nevoie de ajutorul tău pentru că simțeam că singur nu pot să fac față. Acum am o rugăminte. Aș avea nevoie să iei o pauză. Să mă lași să mă descurc singur în timpul zilei. Dacă am nevoie de tine, o să-ți scriu pe parcursul zilei

câte un mesaj scurt pe o hârtie. Dar nu am nevoie să vii la mine. Doar să știi că mă gândesc acum la tine.

- **Gânduri nesănătoase în Anxietate.** Sunt recapitulate gândurile nesănătoase care apar în cazul anxietății, solicitând sau oferind exemple concrete: suprageneralizarea, personalizarea, catastrofizarea, filtrarea mentală (gândirea în alb și negru), minimalizarea/ignorarea aspectelor pozitive, stabilirea unor concluzii pripite, folosirea lui „trebuie”. Se oferă câteva bilețele cu gânduri, iar participanții trebuie să identifice care sunt sănătoase (raționale) și care sunt nesănătoase (iraționale).
- 1. **Suprageneralizarea** – consider că ceea ce mi s-a întâmplat într-o anumită situație, este valabil pentru toate situațiile asemănătoare, fără să mai țin cont de alte detalii.
- 2. **Personalizarea** – cred că tot ceea ce se întâmplă are legătură mine, indiferent că e vorba de coincidențe sau de alegerile celorlalți.
- 3. **Catastrofizarea** – exagerez, maximalizez importanța anumitor aspecte, în contrast cu potențialul meu de a rezolva situația.
- 4. **Filtrarea mentală** (gândirea în alb și negru) – „văd” lucrurile în termeni extremi, fără să țin cont de nuanțe.
- 5. **Minimalizarea/ignorarea aspectelor pozitive** – nu „văd” întreaga imagine de ansamblu, cu aspecte pozitive, negative sau neutre, ci filtrez doar acele detalii care îmi confirmă propriile convingeri.
- 6. **Stabilirea unor concluzii pripite**– un obicei pe care îl dețin de mult timp, în urma experienței mele de viață, dar care pot să fie total greșite.
- 7. **Folosirea cuvântului „trebuie”**– forțez limitele situațiilor și a persoanelor cu care interacționez. De asemenea, încerc să impun anumite standarde, așteptări, care pot sau pot să nu fie corecte.
- **Tehnica „Cercul sprijinului”**: Facilitatorul propune fiecăruia să identifice **o persoană sau un grup concret** în care au încredere și cu care se angajează să vorbească în următoarea perioadă despre ce au învățat sau ce simt (ex: „După terminarea programului, voi discuta cu cel mai bun prieten despre ce mi-a fost cel mai greu, ca să nu țin în mine.”). E ca un *plan de menținere a suportului* după ce programul se va fi încheiat, pentru a nu reveni la izolare.
- **Atmosferă de grup unit**: În încheiere, facilitatorul subliniază cât de mult s-a consolidat grupul de la prima ședință – acum sunt mai apropiați, mai deschiși, ceea ce *dovedește valoarea sprijinului social*. Fiecare este încurajat să prețuiască grupul de prieteni/familie din viața sa și să apeleze la ei la nevoie, dar și să fie el un sprijin pentru alții (altruismul și sprijinul reciproc cresc, la rândul lor, stima de sine și sentimentul de conectare). Se difuzează **bergamotă** – ulei asociat cu *socializarea și buna dispoziție* pentru a anchora momentul de comuniune. Se termină o îmbrățișare de grup (dacă toți sunt confortabili), marcând unitatea atinsă.

### ȘEDINȚA 13: ÎNTĂRIREA ABILITĂȚILOR DOBÂNDITE ȘI GESTIONAREA RECĂDERILOR

**Obiective:**

- **Recapitularea și consolidarea abilităților cheie** învățate pe parcursul programului (relaxare, restructurare cognitivă, asertivitate, rezolvare de probleme etc.), asigurându-ne că participanții le pot integra coerent în viața de zi cu zi.
- **Identificarea semnelor de recădere sau dificultăților viitoare** – pregătirea participanților să recunoască când anxietatea ar putea crește din nou și ce măsuri imediate să ia.
- **Elaborarea unui plan personalizat de menținere** a progreselor – fiecare participant să creeze un “plan anti-recidivă” cu strategiile care au funcționat pentru el, resurse de suport și pași concreți în caz de nevoie (inclusiv posibilitatea de a solicita ajutor specializat dacă simptomele reapar intens).
- **Creșterea încrederii în sine ca propriu terapeut** – participanții să realizeze că dețin acum un set de unelte și cunoștințe cu care își pot fi sieși de ajutor în viitor, cultivând sentimentul de auto-eficacitate.

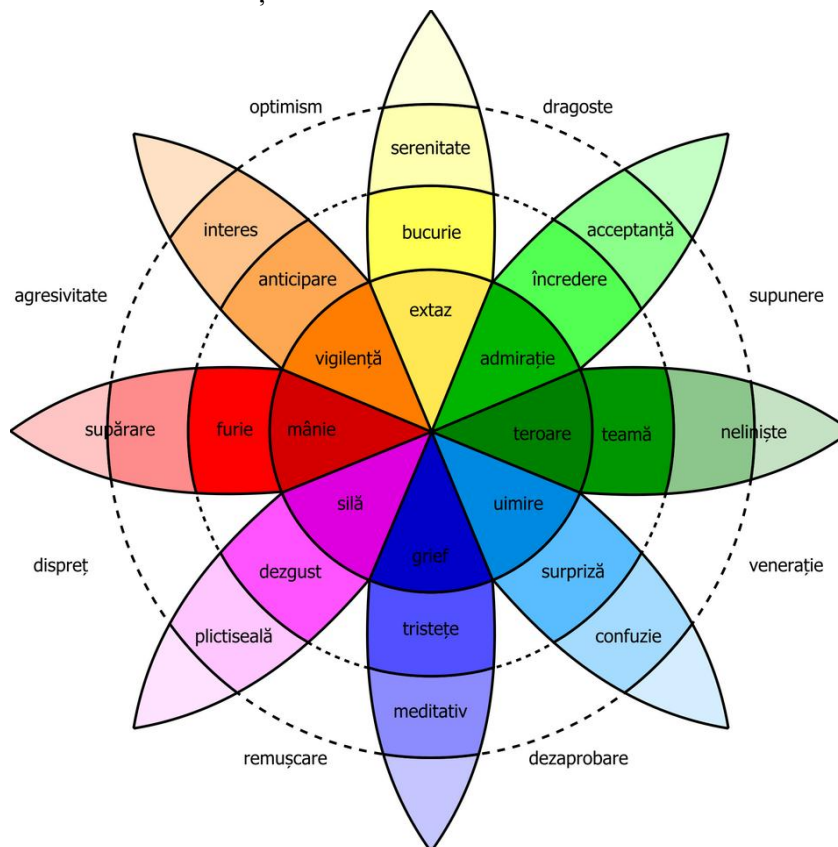
#### Activități și tehnici:

- *Quiz recapitulativ interactiv*: Facilitatorul împarte grupul în două echipe și organizează un mic **concurs de cunoștințe** tip trivia, cu întrebări despre lucrurile parcurse în program. Exemple de întrebări: „Care sunt cei 3 pași ai respirației diafragmatice corecte?”, „Numește 2 distorsiuni cognitive frecvente în anxietate”, „Ce ulei esențial am folosit pentru relaxare și ce efect are?” „Cum formulezi un mesaj asertiv? (exemplu)”, „Care sunt pașii rezolvării de probleme?” etc. Fiecare echipă răspunde pe rând, se acordă puncte, se aplaudă. Acest joc relaxat consolidează cunoștințele într-un mod amuzant și evidențiază cât de multe s-au învățat.
- *Exercițiu „Toolkit-ul meu personal”*: Fiecare participant primește o fișă cu titlul „**Trusa mea de instrumente anti-anxietate**” și secțiuni pre-completate sau de completat: 1) **Tehnici de calmare rapidă** care funcționează la mine (ex: respirație 4-7-8, exercițiul de împământare 5-4-3-2-1, mirosirea sticlutei cu lavandă etc.), 2) **Strategii cognitive** (ex: disputarea gândurilor catastrofice folosind întrebări, jurnalul gândurilor, reamintirea succeselor trecute), 3) **Abilități comportamentale** (ex: expunere treptată, aplicarea rezolvării de probleme, asertivitate la nevoie), 4) **Resurse de suport** (numele persoanelor pe care mă pot baza, grupuri, terapeut, forum online etc.), 5) **Obiceiuri de menținere a echilibrului** (sport, somn regulat, hobby creativ, folosirea aromaterapiei în rutine zilnice). Fiecare completează acele elemente care îi sunt cele mai utile personal, practic creându-și *manualul propriu de auto-ajutor*. Apoi, în perechi, își prezintă unul altuia “trusa” – astfel mai pot “fura” idei unul de la altul pentru a-și adăuga dacă au omis ceva.
- *Exercițiu Imaginea stării de bine*. Participanții vor asculta textul cu o muzică relaxantă și la un volum mic. Imaginează-ți că mergi pe o cărare, încet, cobori spre un râu, prin iarba înaltă și deasă. Tot mai mult te apropii spre apa limpede, lucitoare, liniștită. Te uiți peste ea. Observi cum curge apa. Te uiți în lungul malului, în depărtare, un copil privește râul. Te apropii îl vezi, îl analizezi, ești tu, mic. Mic, fără griji, liniștit, preocupat de joc. Stai lângă el în liniște admirându-l, privește lumea cu ochii plini de curiozitate și încredere. Acești ochi îți insuflă liniște, pace, încredere. În gând îți apar crâmpie pe care ai vrea să i le zici (pauză). Înțelegi că îți este aproape, foarte cunoscut și îți permiți să stai alături, conștientizând că este o parte din tine. Îl lași în copilărie, distanțându-te treptat pe cărare cu diverse senzații și emoții. Treptat revii în sală primind realitatea existentă. Debrifare: - Cum v-ați simțit? - Ce emoții ați simțit când ați ascultat textul? - În care dintre situații ați

simțit că vă este necesară încrederea în sine? Mai este loc de anxietate în această imagine a stării de bine?

- **Exercițiul *Cercul emoțiilor lui Plutchik***

Formatorul menționează că *Cercul emoțiilor lui Plutchik* a fost creat în 1980 de psihologul american Robert Plutchik. Autorul consideră ca există 8 emoții fundamentale și 8 emoții complexe, formate din câte două emoții fundamentale.



Emoțiile fundamentale pot fi observate pe cercul al doilea din figura 1, pe când emoțiile complexe sunt cele trecute pe fundal alb: optimism, dragoste, supunere, înfiorare, dezaprobare, remușcare, dispreț și agresivitate.

- Analizați figura și identificați care din aceste emoții le manifestați cel mai frecvent? Cu ce emoții v-ați dori să înlocuiți anxietatea / neliniștea?

**Reflecția:** - În ce mod utilizarea eficientă a emoțiilor ne poate ajuta în soluționarea problemelor pe care le putem avea? Argumentează.

**Extensia:** - A analiza acțiunile personale realizate în ultimul an și a identifica o situație în care ați utilizat foarte eficient emoțiilor în soluționarea problemei cu care v-ați confruntat.

- **Identificarea semnelor timpurii:** Facilitatorul conduce o discuție despre „**Ce facem dacă...**”: „Dacă peste câteva luni observați din nou că începeți să evitați activități sau aveți insomnii de anxietate, ce veți face?” Participanții contribuie: „Îmi scot trusa și văd ce pot aplica” – exact. Se scriu pe tablă posibile **semnale de alarmă** (ex: iritabilitate crescută, atacuri de panică, gânduri negative persistente) și lângă fiecare un **antidot** (ex: reiau exercițiile de respirație zilnic, discut cu un prieten, aplic tehnica X). Se încurajează atitudinea că *o regresie mică nu înseamnă eșec*, face parte din proces, dar acum sunt mai bine echipați să o gestioneze. Dacă situația ar scăpa de sub control, se reiterează că **apelarea la un specialist** (psiholog/psihiatru) este o opțiune normală și recomandată – nu

înseamnă că „au eșuat”, ci că știu să ceară ajutor adecvat la nevoie (reinforțând mesajul din ședința anterioară despre suport).

- *Joc de rol „Viitorul eu”*: Se formează două rânduri față în față (dacă numărul e impar, facilitatorul se include). Un rând joacă **participantul în viitor (peste 6 luni)**, celălalt rând este “același participant în prezent”. Fiecare pereche (prezent-viitor) poartă un dialog imaginar. Cel din viitor îi spune celui prezent **cum se simte și ce a realizat după 6 luni**, datorită lucrurilor învățate – de exemplu: „Sunt tu, peste jumătate de an. Vreau să-ți mulțumesc că ai continuat să folosești tehnicile de relaxare; acum dorm mult mai bine și nu am mai avut un atac de panică de mult. De asemenea, ți-ai făcut curaj să mergi la acel internship și te descurci grozav. Viața mea e mult mai bună, am încredere să... etc.” Cel din prezent poate pune întrebări celui din viitor sau îi poate răspunde cu temeri, la care „viitorul” îi oferă asigurări. Apoi rolurile se inversează, astfel toți exprimă o viziune pozitivă despre viitorul lor. Acest exercițiu de **imaginație și auto-profeție pozitivă** consolidează *motivația de a menține schimbările* și încrederea că viitorul poate fi mai luminos (accent pe **calitatea vieții crescute**).
- *Sinteză finală*: Facilitatorul prezintă un rezumat al transformărilor observate în grup de la început până acum: de la persoane reticente, temătoare, la un grup coeziv de indivizi care *și-au dezvoltat abilități adaptative evidente*. Se felicită grupul pentru progres. Se reamintește că acesta este penultimul atelier de conținut; în următoarea și ultima ședință, se vor concentra pe evaluare, închidere și celebrare.
- *Rugămintea de feedback*: Ca pregătire, facilitatorul îi invită pe toți ca pentru data viitoare să se gândească la **ce a însemnat programul pentru ei**, ce le-a plăcut cel mai mult sau ce ar îmbunătăți, pentru o discuție de feedback.
- *Relaxare scurtă de încheiere*: Pentru a conchide într-o notă calmă și optimistă, se realizează un scurt exercițiu de relaxare cu **respirație și aroma preferată** – în timp ce toți închid ochii și respiră adânc, vizualizând succesul lor de până acum. Se îndeamnă fiecare să **mulțumească sieși mental** pentru efortul depus. Ședința se termină cu un ton de satisfacție și încredere.

#### ȘEDINȚA 14:

### EVALUAREA REZULTATELOR, FEEDBACK ȘI ÎNCHEIEREA PROCESULUI. ÎNCHEIEREA PROGRAMULUI – RETESTARE ȘI DESPĂRȚIRE

- **Evaluarea post-intervenție** a nivelului de anxietate, adaptabilitate psihosocială și calitate a vieții – prin reaplicarea testelor psihologice (dacă prevăzute în cercetare) și compararea cu evaluarea inițială. Se administrează din nou **instrumentele psihometrice** folosite inițial. Participanții completează individual testele. Facilitatorul asigură o atmosferă liniștită și îi încurajează să răspundă onest, fără stres (nu e examen, ci o auto-reflecție).
- **Colectarea feedback-ului calitativ** de la participanți privind experiența programului: ce a funcționat, ce s-a schimbat pentru ei, ce perspective noi au dobândit.
- **Conștientizarea progreselor individuale și de grup**: participanții să realizeze explicit ce schimbări au apărut în gândirea, emoțiile și comportamentele lor, consolidându-le încrederea.

- **Începutul separării de grup în mod pozitiv:** pregătirea pentru încheiere – discutarea sentimentelor legate de final, cum vor continua pe cont propriu, păstrarea legăturii etc., pentru a asigura o tranziție emoțională lină.
- **Închiderea formală și emoțională a grupului:** oferirea oportunității fiecărui participant să își ia rămas-bun, să exprime ce a însemnat călătoria și să se despartă într-un mod pozitiv, obținând astfel **un sentiment de completitudine**.
- **Întărirea încrederii pentru viitor:** ultimele mesaje de încurajare și reamintirea faptului că progresul obținut le aparține și pot continua să-l extindă în viața lor de zi cu zi.
- **Celebrarea schimbării:** marcarea finalului ca pe un nou început în viața participanților, cu mai multă adaptabilitate și calitate a vieții, exact scopul propus.

#### Activități și tehnici:

- *Ritual de început diferit:* Pentru ultima oară, grupul se reunește. Pentru a face momentul special, facilitatorul poate aranja scaunele în cerc fără mese. Se alege un **ulei esențial preferat de grup** sau un amestec final cu toate trei: lavandă, bergamotă, ylang-ylang – simbolizând *uniunea experiențelor*.
- *Exercițiul de autoevaluare subiectivă:* Pe o foaie, fiecare scrie trei coloane: „*La începutul programului eram/aveam dificultăți în...*”, „*Acum sunt...*”, „*Încă vreau să lucrez la...*”. Astfel își notează percepția asupra evoluției proprii: de exemplu, „*La început îmi era frică să vorbesc în grup, acum pot vorbi destul de deschis, dar mai am emoții la prezentări formale.*” Această scriere ajută la **conștientizarea schimbării** și la setarea de așteptări realiste (nu toate dificultățile dispar complet, dar s-au ameliorat și există plan de continuare). Cei doritori pot împărtăși câteva aspecte din ce au scris. Grupul și facilitatorul oferă aprecieri: „*Uite, și noi am observat că acum participi mai mult la discuții decât la început.*”
- *Feedback general despre program:* Facilitatorul pornește o discuție deschisă: „*Cum a fost pentru voi acest program? Ce v-a plăcut cel mai mult? Ce v-a surprins? Ce ați fi vrut altfel?*” Se stabilește un climat de acceptare a oricărui feedback (pozitiv sau negativ). Participanții sunt invitați, pe rând, să își exprime gândurile. Majoritatea probabil vor evidenția aspecte pozitive: *ex.* „*Mi-au plăcut mult exercițiile practice, m-au ajutat să aplic teoria*”, „*Grupul m-a făcut să mă simt înțeles, n-am mai simțit că doar eu trec prin asta*”, „*Aromaterapia la început mi se părea ciudată dar apoi chiar m-am obișnuit și cred că m-a ajutat să mă relaxez mai repede – acum miros lavandă și acasă când sunt anxioasă, e ca un buton de calm pentru mine*”. Dacă există și critici (*ex.* „*Poate 14 ședințe au fost puțin prea multe*” sau „*Unele jocuri la început m-au stânjenit*”), facilitatorul le primește cu recunoștință și discută constructiv. Acest feedback e valoros atât pentru cercetare cât și pentru *închiderea cercului comunicării* – participanții se simt ascultați.
- *Pregătirea despărțirii:* Se abordează direct faptul că următoarea ședință va fi ultima întâlnire. Unii participanți pot simți anxietate sau tristețe legat de încheiere (mai ales că grupul a devenit important). Facilitatorul normalizează aceste sentimente: „*E firesc să ne pară rău că se termină, înseamnă că a contat mult pentru noi. Dar finalurile fac parte din viață la fel ca schimbările despre care am tot vorbit – și așa cum ați învățat, vă puteți adapta*”. Se discută opțiuni de a **menține legătura** dacă doresc. Important e că participanții să nu simtă că li se ia brusc sprijinul – au acum un plan, resurse și eventual prieteni noi.

- *Temă finală*: Facilitatorul îi invită ca pentru ultima ședință să se gândească la **un mesaj de despărțire** sau “*ce le-ar spune ei următorilor participanți ai unui astfel de program*”. Aceasta va fi folosită ca parte din ritualul de închidere (ex: fiecare spune un gând final).
- *Împărtășirea gândurilor finale*: Facilitatorul dă startul unei ultime **runde în cerc**, în care fiecare este invitat să împărtășească *un mesaj de încheiere*. Poate fi: ce însemnătate a avut programul pentru ei, ce își doresc pe viitor, un sfat sau o încurajare pentru sine și colegi, sau chiar un citat/o metaforă care le vine în minte despre această experiență. Aceasta poate fi foarte emoționantă – unii vor mulțumi grupului, alții vor menționa momente memorabile, poate se vor exprima speranțe („Acum știu că pot face față și la X lucru care mă speria”). Facilitatorul și el împărtășește gândurile sale și aprecierea față de munca tuturor. Este posibil să apară lacrimi de emoție – se acceptă și se normalizează. Grupul poate oferi *îmbrățișări* la nevoie.
- *Încurajări pentru viitor*: Facilitatorul recapitulează într-un mod **inspirațional** principalele mesaje de luat acasă: “*Anxietatea nu te mai controlează, ai dovedit că poți să o ții în frâu. Ai în tine resurse de adaptare – le-ai arătat aici, le vei arăta și mai departe. Viața va aduce provocări, dar ești pregătit să le faci față. Ține minte să respiri, să gândești limpede, să ceri ajutor când ai nevoie și să nu uiți de micile bucurii care îți fac viața frumoasă.*” Poate împărtăși un ultim citat motivațional sau o analogie (ex: „Viața e ca un ocean – uneori agitat, dar voi v-ați devenit propriii navigatori iscusiți”).
- *Celebration – evidențierea realizărilor*: Se desfășoară un moment festiv în care fiecare primește un mic cadou, pentru ca participanții să aibă un „totem” al experienței avute, pe care să-l folosească ulterior.
- *Poze de grup*: Dacă toți sunt de acord, se face o poză de grup veselă – amintire a drumului parcurs împreună. (Desigur, cu respectarea confidențialității dacă unii nu doresc să apară, nu este obligatoriu.)
- *Despărțire*: Participanții își iau rămas-bun unii de la alții, iar facilitatorul oferă fiecăruia o ultimă strângere de mână caldă sau îmbrățișare (după preferință), urându-le succes. Fiecare pleacă având la pachet atât **materiale concrete** oferite de Facilitator, cât și **amintiri și învățăminte** care să îi ghideze pe mai departe.

**În concluzie**, cele 14 ședințe au constituit un parcurs complex, *de la informare și conștientizare până la exersare și autonomie*, prin care participanții și-au diminuat anxietatea, și-au îmbunătățit adaptabilitatea psihosocială și calitatea vieții.

Programul, bazat pe un model cognitiv-comportamental integrativ, îmbinat cu aromaterapie și metode experiențiale, s-a dovedit a fi un cadru eficient de învățare și transformare personală. Aromele de lavandă, bergamotă și ylang-ylang au însoțit și susținut acest proces, oferind un suport senzorial pentru relaxare, echilibrare emoțională și crearea unei atmosfere pozitive propice schimbării. Participanții părăsesc acum programul mai pregătiți, mai încrezători și mai conectați – cu ei înșiși și cu ceilalți – gata să își continue drumul având la dispoziție instrumentele necesare pentru a naviga cu succes prin provocările vieții.

## Anexa 14. Conținut explicativ al conceptelor cercetării

### Anexa 14.1. Dimensiuni ale calității de viață

Comisia Europeană evaluează nouă dimensiuni ale calității de viață, fiecare dimensiune având propriile sub-dimensiuni. 1) *Condiții materiale de viață* este prima dimensiune principală ce are ca sub-dimensiuni analizate: venituri, consum de bază, consum altul decât cel de bază, deprivare materială și condiții de locuit. Prima sub-dimensiune analizată este: *sursa de venit* care se calculează ca medie a venitului disponibil echivalent. Acesta se calculează luând venitul total al unei gospodării, după impozitare și alte deduceri, care este disponibil pentru cheltuieli sau economii, împărțit la numărul de membri ai gospodăriei; membrii gospodăriei sunt egalizați sau echivalați prin ponderarea fiecăruia în funcție de vârsta lor, folosind așa-numita scală de echivalență OCDE modificată. În timp ce media venitului disponibil echivalent este un indicator util pentru analiza puterii de cumpărare a unui cetățean mediu (și, prin urmare, un indicator al standardelor lor materiale generale de viață), distribuția venitului și a bogăției este cea care determină în ce măsură indivizii au acces egal la bunuri și servicii produse în cadrul unei economii naționale. Pe lângă alocarea resurselor (cu alte cuvinte, distribuția veniturilor între diferite grupuri), indivizii pot avea și percepții subiective ale inegalității ca o evaluare a „echității sociale”. Acest concept relativ (indivizii își compară propria situație cu cea a semenilor lor) este, de asemenea, important într-un cadru de calitate a vieții. Astfel, este luat în considerare și *distribuția inegală a veniturilor*.

În timp ce sărăcia este un concept intuitiv familiar, măsurarea statistică ridică dificultăți metodologice, mai ales atunci când este examinată ca o dimensiune în relație cu calitatea vieții. Sărăcia poate fi definită, pur și simplu, ca dificultatea practică de a satisface nevoile de bază și de a atinge un nivel de trai decent. Cu toate acestea sărăcia are, atât o natură multidimensională, cât și un concept relativ, deoarece indivizii se străduiesc să atingă un nivel minim de trai prin interacțiunea dintre distribuția veniturilor, modelele de consum și bogăție. Problema măsurării sărăciei este una complexă, și nu numai din cauza dificultăților de a o defini fără ambiguitate. În mod ideal, toate cele trei dimensiuni (venit, consum și bogăție) ar trebui măsurate folosind aceeași sursă de date, pentru a identifica mai bine populațiile vulnerabile. Mai mult, în sens statistic, sărăcia poate fi măsurată fie în termeni absoluți (față de un set predefinit de nevoi de bază), fie în termeni relativi (față de un nivel mediu care variază de la o economie la alta). În mod ideal, ar trebui utilizate, atât măsuri obiective, cât și subiective: spre exemplu, ponderea populației expuse riscului de sărăcie este un indicator relativ și obiectiv, rata deprivării materiale și sociale severe este o măsură absolută și obiectivă, în timp ce capacitatea de a face față unor situații financiare neașteptate (cheltuieli) este o măsură subiectivă. Rata riscului de sărăcie a fost identificat ca fiind sistematic mult mai mare pentru gospodăriile monoparentale decât pentru populația generală. În timp ce riscul de sărăcie se bazează pe o definiție relativă a sărăciei monetare, privarea materială oferă o viziune complementară, bazată pe criterii obiective și absolute. *Deprivarea materială* se referă la o stare de tensiune economică, definită ca incapacitatea forțată de a-și permite un set de standarde materiale indicative, considerate de majoritatea oamenilor a fi de dorit sau chiar necesare pentru a duce o viață decentă, adecvată. Acestea includ incapacitatea de a-și permite: cheltuieli financiare neașteptate; o vacanță anuală de o săptămână departe de casă; plăți ipotecare sau chirie, facturi de utilități, rate de cumpărare în chirie sau alte plăți de împrumut; o masă care include carne, pește sau un echivalent proteic la fiecare două zile; o mașină pentru uz personal; încălzire pentru a menține locuința suficient de caldă, înlocuirea mobilierului uzat (la nivel de gospodărie); conexiune la internet; înlocuirea hainelor uzate cu unele noi; două perechi de pantofi care se potrivesc corespunzător (inclusiv o pereche de pantofi pentru orice vreme); posibilitatea de a cheltui o sumă mică de bani în fiecare săptămână; activități regulate de agrement; întâlnirea cu prietenii/familia pentru o băutură/masă cel puțin o dată pe lună. Rata deprivării materiale și sociale severe este definită ca ponderea populației care nu își poate permite cel puțin patru dintre articolele menționate mai sus. *Dificultatea de a-ți ajunge banii până la următorul salariu* este un indicator subiectiv al sărăciei. Sărăcia și excluziunea socială pot fi măsurate și într-un mod subiectiv. Un indicator care poate fi folosit pentru a analiza aceste probleme este dificultatea pe

care o întâmpină oamenii în a le ajunge banii; aceasta oferă o măsură auto-raportată legată de sărăcie. *Satisfacția față de situația financiară* reprezintă un indicator mai subiectiv. În toate statele membre, nivelul de satisfacție a fost semnificativ mai ridicat în rândul persoanelor cu studii superioare în comparație cu persoanele cu un nivel de educație de bază (cel mult cel mai scăzut nivel secundar). *Condițiile de locuit* au, evident, un impact important asupra calității vieții. Locuințele de calitate scăzută pot fi asociate cu o bunăstare redusă și niveluri crescute de stres psihologic. Există mai multe aspecte de natură obiectivă care pot sta la baza unei evaluări a condițiilor locuințelor, spre exemplu, problemele structurale din locuințe, supraaglomerarea sau lipsa facilităților de bază.

Calitatea vieții, chiar și pentru acele sub-dimensiuni care se extind dincolo de costurile materiale, este adesea constrânsă și modelată în mod fundamental de condițiile economice. Resursele materiale sunt însă doar un mijloc de transformare a bunăstării unui individ în funcție de propriile preferințe, valori, liber arbitru și capacități. Într-adevăr, în timp ce resursele materiale nu garantează fericirea, ele sunt în mod clar benefice pentru majoritatea persoanelor care se străduiesc să-și îmbunătățească calitatea vieții. În acest sens, condițiile materiale de viață, deși nu reflectă în mod intrinsec calitatea vieții unui individ, oferă totuși un cadru pentru măsurarea potențialului indivizilor și a gospodăriilor de a atinge și de a-și asigura propria bunăstare autodefinită.

A doua dimensiune principală analizată este 2) *activitatea productivă sau principală* care se referă la munca remunerată (spre exemplu, plătită direct în calitate de angajat sau indirect compensată ca persoană care desfășoară activități independente), denumită în continuare muncă plătită, muncă neremunerată (munca de îngrijire a membrilor familiei sau voluntariat) și alte tipuri de statut de activitate principală (de exemplu, studii sau pensionare). Evaluarea efectului vieții profesionale asupra calității generale a vieții este o chestiune complexă, deoarece multe aspecte complementare ale activității unei persoane trebuie să fie luate în considerare. În linii mari, este măsurată cantitatea, precum și calitatea locurilor de muncă.

În timp ce *indicatorii de ocupare a forței de muncă* analizați se referă doar la angajarea remunerată, munca afectează calitatea vieții nu numai datorită veniturilor pe care le generează, ci și datorită rolului pe care îl joacă în a oferi oamenilor sentimentul de identitate și oportunități de contact social cu ceilalți. Munca plătită ocupă de obicei o parte semnificativă din timpul unei persoane și poate avea un impact semnificativ asupra calității vieții. Munca generează un venit, oferă un sentiment de identitate și, de asemenea, oferă oportunități de contact social, de a fi creativ, de a învăța lucruri noi și de a se angaja în activități care oferă un sentiment de împlinire și plăcere. În schimb, calitatea vieții unei persoane se poate deteriora atunci când, prin muncă, se confruntă cu discriminare, hărțuire, nesiguranță sau teamă de vătămare fizică sau trebuie să lucreze ore îndelungate pentru ceea ce ei consideră a fi un salariu inadecvat. Lipsa locului de muncă sau șomaj pot amenința sănătatea psihologică a unei persoane. Evaluarea efectului muncii plătite asupra calității vieții necesită luarea în considerare a mai multor factori, acoperind diverse aspecte complementare ale activității principale a unei persoane. Aspectele care trebuie măsurate sunt cantitatea și calitatea angajării. Un indicator utilizat pentru evaluarea cantității sau lipsei de locuri de muncă este șomajul, inclusiv șomajul de lungă durată.

După cum se menționează în raportul Joseph E. Stiglitz, Amartya Sen și Jean-Paul Fitoussi, „oamenii care devin șomeri raportează evaluări mai scăzute ale vieții, chiar și după ce au controlat veniturile lor mai mici și cu puțină adaptare în timp; șomerii raportează, de asemenea, o prevalență mai mare a diferitelor efecte negative (tristete, stres și durere) și niveluri mai scăzute ale celor pozitive (bucurie). Aceste măsuri subiective sugerează că, costurile șomajului depășesc pierderile de venit suferite de cei care își pierd locul de muncă, reflectând existența unor efecte non-pecuniare în rândul șomerilor și a temerilor și anxietăților generate de șomaj în restul societății” [217; 239].

*Munca temporară involuntară* și angajarea involuntară cu fracțiune de normă se află la granița dintre cantitatea și calitatea locurilor de muncă. Un indicator al angajării cu fracțiune de normă involuntară este utilizat ca indicator al subocupării (lucrând mai puțin de cineva care este

capabil și dispus). Calitatea ocupării forței de muncă este măsurată prin diferite sub-dimensiuni, inclusiv *venituri și beneficii* (incidența veniturilor scăzute), *supracalificare*, *echilibrul dintre viața profesională și viața privată* (pe baza numărul mediu de ore lucrate și munca pe timp de noapte) și *sănătatea și securitatea în muncă* (incidența accidentelor de muncă). Majoritatea indicatorilor expuși mai sus sunt obiectivi; cu alte cuvinte, ei măsoară caracteristicile observate ale pieței muncii. Cu toate acestea, este, de asemenea, importantă utilizarea unor indicatori subiectivi, cum ar fi satisfacția unei persoane cu munca sa. Această sub-dimensiune este influențată de o varietate de factori, inclusiv natura atribuțiilor de serviciu, nivelul de responsabilitate, motivația personală, percepția echității la locul de muncă și remunerarea. Astfel, satisfacția scăzută la locul de muncă poate rezulta din dezechilibre sau insatisfacții cu privire la aceste aspecte și alți factori adverși care coexistă adesea. Trebuie remarcat faptul că, și cantitatea și calitatea locurilor de muncă sunt complementare și, prin urmare, nu trebuie înlocuite atunci când este vorba de măsurarea îmbunătățirii calității vieții. Îmbunătățirile cantitative tind să afecteze cel mai mult șomerii, în timp ce îmbunătățirile calitative afectează oamenii care sunt angajați [24].

A treia dimensiune analizată de către Comisia Europeană este 3) *sănătatea*. O stare inadecvată de sănătate nu numai că subminează calitatea vieții unui individ (și a familiei sale), ci le poate scurta durata de viață. La nivel colectiv, sănătatea precară împiedică dezvoltarea economică și socială prin reducerea capitalului uman disponibil în societate. Astfel, viața lungă și sănătoasă poate fi, nu doar un scop personal, ci și un indiciu al bunăstării și succesului societății. Sănătatea este un concept cu mai multe fațete și nu există un singur indicator care să poată evalua în mod adecvat impactul său în raport cu calitatea vieții. În general, cetățenii Uniunii Europene beneficiază de acces aproape universal la asistență medicală, speranța lor de viață, deja printre cele mai mari din lume, continuă să crească, în timp ce ratele mortalității infantile au scăzut la niveluri atât de scăzute încât indicatorul nu mai este adesea relevant. Cheltuielile cu sănătatea reprezintă o parte semnificativă a cheltuielilor guvernamentale și private în Uniunea Europeană. Eficacitatea acestora poate fi măsurată printr-o combinație de indicatori obiectivi ai rezultatelor sănătății, cum ar fi *speranța de viață*, *anii de viață sănătoși* sau *sănătatea auto-percepută*. Cu toate acestea, cadrul de măsurare a calității vieții include și informații despre *ponderea populației cu nevoi nesatisfăcute de îngrijire medicală și, sau dentară* și un set contrastant de indicatori determinanți ai sănătății: pe de o parte *comportamente sănătoase*, precum activitatea fizică sau consumul de fructe și legume și, pe de altă parte, *comportamente nesănătoase*, precum fumatul sau consumul excesiv de alcool. Pentru a măsura calitatea generală a sănătății unei populații, este comună folosirea indicatorului „ani de viață trăiți sănătos”, definit ca numărul de ani pe care o persoană se așteaptă să continue să trăiască într-o stare de sănătate sau ca și capacitate declarată de a trăi fără limitări în funcționarea zilnică. Anii de viață sănătoși se concentrează pe calitatea vieții petrecută într-o stare sănătoasă, mai degrabă decât, pe o măsură mai simplă care acoperă întreaga durată a vieții (ca și speranța de viață). Prin urmare, anii de viață sănătoși pot fi considerați o măsură importantă pentru analiza sănătății relative a populațiilor. Anii de viață sănătoși sunt însă limitați de faptul că, limitările în activitate sunt autodeclarate și, ca atare, pot fi influențați de diferențele de stiluri de răspuns între sexe sau între rezidenții diferitelor țări. Spre exemplu, s-a demonstrat că femeile sunt mai predispuse să raporteze sănătatea proastă decât bărbații.

Accesul la furnizarea de servicii medicale: Examinările și tratamentul medical sunt printre cele mai importante aspecte ale asistenței medicale. Prin urmare, este important ca populațiile Uniunii Europene să nu întâmpine bariere atunci când au nevoie de acces la asistență medicală. În Uniunea Europeană, în 2019, doar 1,7 % din populație a raportat nevoi nesatisfăcute de îngrijire medicală (examinare medicală sau furnizare de asistență medicală); majoritatea acestor nevoi nesatisfăcute ar putea fi legate de prețul îngrijirii sau de distanța până la punctul de îngrijire medicală, îngrijirea medicală fiind prea îndepărtată sau listele de așteptare fiind prea lungi. Accesul la asistența medicală dentară este, de asemenea, un element important care contribuie la calitatea vieții unui individ. Deși, de obicei, nu pun viața în pericol, afecțiunile dentare pot

provoca dureri considerabile și, dacă nu sunt tratate, pot avea efecte dăunătoare pe termen lung asupra sănătății și bunăstării. În general, persoanele cu venituri mai mari se angajează într-o măsură mai mare în comportamente sănătoase, cum ar fi consumul de fructe și legume, și într-o măsură mai mică în comportamente nesănătoase, cum ar fi fumatul. Studiile sugerează că, deși starea de sănătate a unei populații poate fi legată, cel puțin într-o anumită măsură, de nivelul PIB-ului, există totuși și alți factori, dincolo de bogăția unei țări, care joacă un rol în determinarea rezultatelor în materie de sănătate. Acestea includ, de exemplu, eficacitatea sistemelor naționale de asistență medicală, calitatea serviciilor de asistență medicală, inegalitățile în accesul la asistență medicală, factorii de mediu, precum și diferențele individuale și culturale (spre exemplu, obiceiurile alimentare). În plus, pe lângă faptul că, bogăția este legată de rezultatele în materie de sănătate, o altă constatare evidentă din studii este că veniturile mai mari (pentru indivizi) sunt, de asemenea, asociate cu rezultate mai bune în materie de sănătate; această relație pare a fi destul de solidă atunci când se analizează diferite niveluri de venit, deoarece clasele de mijloc sunt mai sănătoase decât persoanele care trăiesc în risc de sărăcie sau excluziune socială, dar clasele de mijloc au, la rândul lor, rezultate de sănătate mai puțin bune decât persoanele cu venituri mari [24].

A patra dimensiune analizată este 4) *Educația*, care este evaluată prin prisma a trei sub-dimensiuni: *competențe și abilități*, ce conține parcursul educațional, abilități autoraportate și abilități evaluate, *învățare pe parcursul vieții și oportunități pentru educare*. Educația se referă la orice act sau experiență care are un efect formativ asupra minții, caracterului sau abilităților fizice ale unui individ. Educația este procesul prin care societatea, prin școli, colegii, universități și alte instituții, transmite în mod deliberat moștenirea ei culturală și cunoștințele, valorile și abilitățile acumulate fiecărei generații. Lipsa abilităților și competențelor limitează accesul la piața muncii și prosperitatea economică, crește riscul de excluziune socială și de sărăcie și poate împiedica o participare deplină și activă în comunitate. Educația îmbunătățește înțelegerea lumii în care trăim și, prin urmare, percepția asupra capacității de a o influența. Din punct de vedere statistic, educația este un subiect complex și provocator, uneori greu de măsurat. Cea mai comună abordare utilizată pentru măsurarea competențelor este abordarea indirectă, în care calificările sunt folosite pentru a măsura oferta de competențe. Aceste date certifică doar competențele dezvoltate în programe de educație specifice și nu acoperă competențele dezvoltate prin alte mijloace, cum ar fi formarea la locul de muncă sau participarea la activități sociale. Una dintre dificultățile în evaluarea statistică a rezultatelor educaționale este complexitatea măsurării abilităților soft, dobândite de indivizi prin interacțiunea socială, precum și cunoștințele dobândite în afara sistemului educațional formal (spre exemplu, prin lectură, ca activitate de petrecere a timpului liber sau prin intermediul activităților culturale). În plus, calitatea calificărilor formale (cum ar fi diplomele de învățământ superior) nu este întotdeauna de același nivel, mai ales atunci când se fac comparații în timp sau între și în interiorul țărilor. În plus, datele privind nivelul de educație se referă la realizările la un anumit moment în timp, care devin mai puțin reprezentative pentru nivelurile actuale de competențe pe măsură ce trece timpul. Prin urmare, este important să se completeze nivelul de educație formală cu participarea la activități educaționale non-formale și participarea la activități ce asigură învățarea pe tot parcursul vieții. Ca atare, nivelul general de educație poate fi măsurat prin date privind nivelul de educație formală, precum și prin statistici legate de activitățile educaționale non-formale sau informale (un aspect din ce în ce mai important al procesului educațional) [24].

A cincea dimensiune este 5. *Timpul liber și interacțiunile sociale*, ce sunt măsurate prin sub-dimensiuni precum: *cantitatea timpului liber, calitatea timpului liber, accesul la activități de relaxare, activități desfășurate împreună cu alte persoane, relații suportive și coeziune socială*. O analiză a timpului mediu petrecut în cadrul activităților de petrecere a timpului liber poate fi utilizată pentru a oferi o evaluare cantitativă aproximativă a timpului liber ca factor care afectează calitatea vieții unui individ. O perspectivă calitativă poate fi folosită pentru a analiza unele dintre constrângerile cu care se confruntă oamenii atunci când aleg cum să-și petreacă timpul liber precum mersul la cinema, mersul la spectacole live, vizite la site-uri culturale sau participarea la

evenimente sportive live. Ca și în cazul multor aspecte ale vieții, constrângerile financiare sunt unul din factorii principali care împiedică unii oameni să meargă la cinema, la teatru, la un concert sau la un eveniment sportiv. Când vorbim despre timp liber contează nu doar cantitatea, ci și calitatea sau, altfel spus, satisfacția pe care o au oamenii în ceea ce privește (cantitatea) timpul liber. Acesta este un indicator subiectiv semnificativ care poate completa indicatorii obiectivi cu informații relevante. Voluntariatul este o altă modalitate de a petrece timpul liber și poate spori bunăstarea în general. Voluntariatul formal este definit ca activități care sunt structurate printr-o organizație, un grup formal sau un club, inclusiv munca neremunerată pentru organizații caritabile sau religioase. Voluntariatul informal se referă la: ajutorarea altor persoane (inclusiv membrii familiei care nu locuiesc în aceeași gospodărie), spre exemplu, gătind, îngrijind persoanele cu sănătate precară sau ajutându-i la cumpărături. Persoanele cu niveluri scăzute de venit petrec, în general, mai puțin timp (decât populația în ansamblu său) în activități de agrement (relativ costisitoare), cum ar fi mersul la cinema sau spectacole live, vizitarea site-urilor culturale sau participarea la evenimente sportive. În plus, s-a dovedit că, persoanele cu venituri mici participă mai puțin la activități de voluntariat. Aceste constatări sugerează că nivelul scăzut ale veniturilor (și riscul de sărăcie) poate fi un factor care cu impact negativ asupra bunăstării subiective și a calității vieții în moduri diferite de cele generate direct de lipsa resurselor materiale. Percepția noastră subiectivă asupra bunăstării, a fericirii și a satisfacției vieții este influențată fundamental de capacitatea noastră de a ne angaja și de a petrece timp în activități care ne bucură. Importanța acordată de societățile moderne echilibrului dintre viața profesională și viața privată subliniază rolul pe care timpul liber și interacțiunile sociale îl pot juca în calitatea vieții noastre, atât sub aspect cantitativ (timp disponibil pentru a participa la activități care ne bucură), cât și sub aspect calitativ (spre exemplu, accesul facil la activități de agrement) [24].

A șasea dimensiune analizată este 6. *Siguranța fizică și economică*. Există multe riscuri care ar putea afecta în mod neașteptat și negativ securitatea materială a unei persoane sau a unei gospodării. Aceste riscuri sunt prezentate în două categorii: securitate economică și siguranță fizică. Prima categorie măsoară situații în care oamenii se pot afla, cum ar fi *incapacitatea de a face față unor cheltuieli financiare neașteptate* sau întârzierea cu o ipotecă, chirie, facturi de utilități etc.. Analiza privind *siguranța fizică* se bazează pe statisticile *criminalității*, precum și pe informații despre *percepțiile populației cu privire la criminalitate*, violență sau vandalism în zona în care locuiește respectiva populație.

A șaptea dimensiune este 7. *Guvernarea și drepturile fundamentale*. Societatea civilă, respectul pentru drepturile omului și statul de drept, precum și o guvernare responsabilă sunt câteva dintre semnele distinctive ale democrațiilor moderne care au impact asupra calității vieții și care se referă la nivelul de încredere în instituții și în calitatea guvernării. Calitatea vieții unui individ poate fi, de asemenea, afectată de propria participare la societatea civilă. Există o gamă largă de indicatori care pot fi utilizați pentru a măsura implicarea publică participativă, precum prezența la vot la alegeri, apartenența la partide politice sau sindicate ori participarea la grupuri și organizații ale societății civile. Multe dintre aceste forme de implicare sunt caracterizate de dorința de a contribui la solidaritatea locală, națională sau internațională, spre exemplu, prin campanii, donații sau voluntariat [24].

A opta dimensiune este reprezentată de 8. *Mediul natural și de viață*. Condițiile de mediu nu afectează doar sănătatea și bunăstarea populației în mod direct, ci și indirect, deoarece pot avea efecte negative asupra ecosistemelor, biodiversității sau chiar consecințe extreme urmare a dezastrelor naturale sau accidentele industriale. Indicatorii de mediu sunt într-un număr destul de mare, însă sunt adesea prea specifici pentru a evalua direct impactul asupra calității vieții unui individ. Poluarea, murdăria și zgomotul sunt examinate și din perspectiva legăturii potențiale dintre riscul de sărăcie și expunerea la astfel de condiții de mediu, mai ales că, persoanele expuse riscului de sărăcie trăiesc adesea în zone caracterizate de probleme de mediu și că aceste aspecte pot avea, la rândul lor, un impact negativ asupra calității vieții (spre exemplu, prin afectarea sănătății sau prin scăderea valorii proprietății în care locuiesc) [24].

*Experiența generală a vieții. Satisfacția față de viață*. Primele opt dimensiuni ale calității

vieții se concentrează pe diverse aspecte individuale, astfel cum am arătat: condițiile materiale de viață, mediul de viață sau ocuparea forței de muncă, care sunt adesea analizate, atât dintr-o perspectivă obiectivă, cât și dintr-o perspectivă subiectivă, deoarece nicio evaluare a calității vieții nu poate fi completă fără a lua în considerare bunăstarea subiectivă generală a persoanelor, care este poate singura modalitate de a integra diversitatea experiențelor, alegerilor, priorităților și valorilor unui individ.

#### **Anexa 14.2. Tipuri de anxietate**

Anxietatea este un construct multidimensional ce include teamă, nesiguranță, ezitare, intrarea într-o tensiune de căutare a ieșirii dintr-o anumită situație, impregnată de așteptare a sentimentului de siguranță și a stării de bine. Conform psihologilor G. Arădăvoaice, R. Cattell, B. J. Eckersleyd, R. May, Ș. Popescu, Ch. Spielberger apariția și dezvoltarea anxietății provoacă o serie de modificări care au loc în organismul celui care o resimte, în modul său de gândire și în comportament [224-226 et.al].

I. Holdevici consideră că anxietatea blochează viața și activitatea oamenilor, indiferent de vârstă, împiedicându-i să învețe, să lucreze, să călătorească, într-un cuvânt să trăiască normal. Datorită anxietății persoana poate renunța la o serie de obiective dezirabile, cum ar fi stabilirea unor relații interpersonale apropiate, alegerea unei profesii dorite sau de a trăi o viață agreabilă, plină de satisfacții. Cu alte cuvinte, anxietatea poate face dintr-o persoană sănătoasă și inteligentă o persoană infirmă [25; 26]. După I. Holdevici reacția la situația anxioasă are un caracter automat și este însoțită de: reacții fiziologice: tahicardie, senzații de sufocare, dureri de stomac, amețeli, transpirații, paloare sau, dimpotrivă, roșeață în obraji; și trăiri emoționale: panică, anxietate, dar uneori chiar depresie sau furie [26].

Modalitățile de manifestare a anxietății care sunt și criteriile de recunoaștere a acesteia sunt:

- Fiziologice: tremurături, agitație, tensiune musculară, transpirație, amețelă, palpitații, slăbiciune, mâini reci și umede, gura uscată, respirație scurtă și rapidă, bufee de căldură sau fiori reci, stare de rău, greață, senzație de gol în stomac.
- Afective: tensiune psihică, teamă, nervozitate, neliniște, iritabilitate, stare permanentă de îngrijorare;
- Cognitive: scăderea puterii de concentrare, epuizare și tensiune mentală, confuzie intelectuală, disconfort psihic;
- Comportamentale: evitare, oboseală generalizată, hiperventilație, exprimare verbală agitată, frecarea și agitarea mâinilor, lovirea ușoară a obiectelor din jur cu degetele, activitate dezorganizată, performanțe scăzute, tendința de a depăși starea de disconfort prin mecanisme defensive, insomnii.

Astfel, în raport cu primul criteriu, identificăm clasificările propuse de S. Freud și K. Horney. O primă clasificare a anxietății este propusă de S. Freud. În lucrarea sa intitulată „Inhibiție, simptom, angoasă”, S. Freud, face distincție între anxietatea obiectivă, anxietatea nevrotică și anxietatea morală, distincție bazată pe sursa pericolului, sursă ce poate fi exterioară individului sau rezultată din impulsurile reprimite ale individului însuși.

Anxietatea obiectivă (reală) este determinată de un pericol extern real pe care individul îl percepe ca pe o amenințare ce condiționează o reacție emoțională proporțională cu intensitatea pericolului. În cazul manifestării exagerate a acestei anxietăți, se diminuează capacitatea individului de a face față în mod eficient sursei pericolului. Trecând în plan intern în procesul formării personalității, ea este bază pentru două tipuri de anxietate care se deosebesc după caracterul conștientizării.

Anxietatea nevrotică este cauzată de un pericol mai degrabă intern decât extern. Sursa pericolului, după S. Freud, sunt impulsurile sexuale și agresive care au fost refulate în copilărie. Anxietatea nevrotică poate exista în trei forme de bază..

În raport cu al doilea criteriu, identificăm tipologia anxietății propusă de R. Cattell și Ch. Spielberger [224]. Încă în anii 50 ai secolului XX, în literatura psihologică apare, probabil, cea mai cunoscută clasificare a anxietății, care este propusă de R. Cattell. Autorul formulează

concepția conform căreia există două tipuri de anxietate: anxietate – stare și anxietate – trăsătură. R. Cattell subliniază că anxietatea – stare este determinată de semnalele unei posibile amenințări care este însoțită de schimbări fiziologice. El consideră că pentru fiecare individ aparte există un spectru de situații anxioase, în dependență de experiența trăită și de resursele personalității. Anxietatea – trăsătură sau caracterologică, cum o mai numește R. Cattell, depinde nu de factori externi, ci are determinanți interni (complexe ale personalității) și reprezintă un conflict intern dinamic.

Cercetătorii îi acordă un statut primordial anxietății sociale în raport cu celelalte tipuri.

*Anxietatea socială* este una dintre cele mai comune forme de anxietate care afectează populația generală [161]. În anul 1903, Janet a vorbit despre „fobia situațiilor sociale” și a insistat ca diferitele fobii cunoscute la acea vreme să fie clar diferențiate unele de altele [113]. Caracterizată printr-o frică intensă și persistentă de una sau mai multe situații sociale sau de performanță, anxietatea socială provoacă suferință considerabilă celor afectați [91]. Aceasta este reprezentată pe un continuum în care absența diagnosticării ei lasă loc treptat tulburării de anxietate socială, forma sa patologică [113]. Astfel, termenul de tulburare de anxietate socială se referă la diagnosticul eliberat conform criteriilor stabilite de DSM-V, iar termenul de „anxietate socială” descrie experiența unor indivizi care nu au primit un diagnostic, pentru că anxietatea este subclinică sau pentru că nu au căutat niciodată ajutor.

Anxietatea socială este descrisă în *Manualul de Diagnostic și Statistică al Tulburărilor Mintale (DSM)* ca o frică persistentă și intensă față de una sau mai multe situații sociale sau de performanță, în care individul interacționează cu persoane necunoscute și este posibil să fie supus unei observații atente din partea acestora. Individul se teme să ia măsuri și să se găsească într-o situație pe care o consideră jenantă sau umilitoare. Mai precis, frica primară prezentă în anxietatea socială este aceea de evaluare negativă de către o altă persoană [apud 89].

Literatura relevantă pentru etiologia fobiei sociale pune accent pe diferiți factori evolutivi, genetici, biologici, familiali, sau cognitiv-comportamentali în înțelegerea dezvoltării acestei tulburări. Pe de altă parte, există și alți factori care pot explica originea și menținerea anxietății sociale, cum ar fi deficitul în abilitățile sociale, anxietatea condiționată și inhibiția răspunsului, implementarea distorsiunilor cognitive și *un sistem de credință dezadaptativ* [96; 127] și posibilitatea ca tulburarea să apară ca urmare a unui răspuns traumatic.

Sumarizând, menționăm că analiza amplă a conceptului de anxietate evidențiază caracterul său complex și profund integrat în funcționarea psihică a individului. Literatura de specialitate relevă faptul că anxietatea nu poate fi redusă la o simplă reacție emoțională, ci reprezintă un construct psihologic cu multiple semnificații, manifestat atât ca stare tranzitorie, dependentă de situație, cât și ca trăsătură relativ stabilă a personalității. Elementele comune identificate în majoritatea definițiilor sunt anticiparea unui pericol difuz, sentimentul de insecuritate, activarea fiziologică accentuată și trăirea neputinței, toate acestea având un impact semnificativ asupra adaptării și funcționării cotidiene.

### **Anexa 14.3. Rezultatele SCV – Domeniile calității vieții**

**1. Analiza distribuției scorurilor la SCV – Domeniul „Serviciu/Carieră”.** Tabelul reflectă distribuția frecvențelor pentru percepțiile participanților în raport cu domeniul „Serviciu” (Carieră profesională), parte integrantă din evaluarea Satisfacției în domeniile Calității Vieții (SCV). Procentajele sunt exprimate atât în raport cu întregul eșantion, cât și ca pondere validă pentru fiecare categorie de răspuns, fiind ilustrată și acumularea procentuală.

Distribuția pe niveluri:

- Nivel scăzut al satisfacției în domeniul profesional a fost raportat de 33 de participanți (7,9%), ceea ce indică un segment restrâns de respondenți care experimentează nemulțumire sau insatisfacție majoră față de parcursul lor profesional. Acest rezultat poate sugera dificultăți în integrarea ocupațională, lipsa de sens în muncă sau percepția de stagnare în carieră.

- Nivel mediu este raportat de 143 de respondenți (34,0%), reprezentând o categorie intermediară, cu satisfacție fluctuantă, dar relativ stabilă. Aceștia pot reflecta o poziție de tranziție sau ambivalență profesională, în care realizările sunt parțial satisfăcătoare, dar nu îndeajuns pentru a genera o stare de împlinire durabilă.
- Nivel înalt al satisfacției în carieră este evidențiat de 244 de participanți (58,1%), ceea ce constituie cea mai mare proporție din eșantion. Această categorie reflectă o percepție pozitivă și funcțională a parcursului profesional, cu o stare generală de adaptare, sens, utilitate și împlinire personală în domeniul muncii sau studiului.

Rezultatele sugerează că domeniul „**Serviciu/Carieră**” este unul dintre cele mai valorizate și satisfăcătoare domenii ale vieții pentru majoritatea respondenților. Această tendință este importantă deoarece munca/studiul este un factor esențial pentru identitatea personală și stima de sine în perioada adultului tânăr (vârsta majoritară a eșantionului). Un nivel înalt de satisfacție în carieră poate acționa ca factor protector împotriva dezvoltării simptomelor de anxietate și depresie, contribuind la menținerea echilibrului emoțional și la o adaptare psihosocială mai robustă. În același timp, nivelurile scăzute de satisfacție, chiar dacă în minoritate, indică zone de risc psihologic, unde pot apărea sentimente de inadecvare profesională, demotivare sau blocaje în dezvoltarea personală și vocațională.

Referindu-ne la distribuția cumulativă identificăm că la un nivel scăzut și mediu, se încadrează 176 de participanți (41,9%), ceea ce arată că aproape jumătate din eșantion nu atinge un nivel optim de satisfacție profesională. Cei 58,1% aflați la nivel înalt constituie un nucleu de respondenți cu adaptare ocupațională satisfăcătoare, ceea ce poate fi o resursă pentru alte domenii ale calității vieții.

O concluzie interpretativă ar fi în acest context că domeniul Serviciu/Carieră apare ca un domeniu de viață pozitiv valorizat de către participanți, cu o majoritate clară (peste 58%) care raportează un nivel înalt de satisfacție. Acest fapt oferă o dimensiune favorabilă a calității vieții în cadrul eșantionului și poate constitui o ancoră de stabilitate psihologică chiar și în prezența altor factori perturbatori (ex: anxietate, stres academic, lipsa relațiilor sociale stabile).

## **2. Analiza distribuției scorurilor la SCV – Domeniul „Aspirații personale și realizări”.**

Tabelul reflectă distribuția frecvențelor pentru nivelurile percepute de satisfacție în domeniul aspirațiilor personale și realizărilor, o componentă esențială a calității subiective a vieții. Procentajele sunt exprimate în termeni absoluți și relativi (Percent și Valid Percent), iar distribuția cumulativă evidențiază tendința generală a răspunsurilor din eșantionul investigat.

Distribuția pe niveluri:

- Nivel scăzut al satisfacției în raport cu aspirațiile și realizările personale a fost înregistrat de 40 de participanți (9,5%), ceea ce semnaleză un segment vulnerabil, care percepe un decalaj semnificativ între obiectivele personale și reușitele efective. Acest nivel poate reflecta sentimente de insatisfacție cronică, demotivare sau chiar renunțare la obiective personale.
- Nivel mediu a fost raportat de 138 de respondenți (32,9%), indicând un grup semnificativ aflat într-o zonă intermediară de echilibru. Acești participanți resimt, probabil, realizări parțiale, dar se confruntă și cu aspirații neîmplinite. Percepția lor poate oscila între acceptare adaptativă și frustrare latentă.
- Nivel înalt al satisfacției în acest domeniu a fost exprimat de 242 de participanți (57,6%), reprezentând cea mai mare pondere din eșantion. Acest nivel sugerează o percepție pozitivă asupra progresului personal, a reușitelor individuale și a congruenței între idealul de sine și realizările concrete, aspecte asociate frecvent cu un grad crescut de autoeficacitate, reziliență și stare de bine psihologică.

Din perspectiva semnificației psihologice, teoretice, domeniul „Aspirații personale și realizări” este strâns legat de dimensiunea autorealizării, plasată în vârful piramidei nevoilor (Maslow, 2013) și recunoscută în literatura psihologică contemporană ca predictor direct al satisfacției globale cu viața [36]. Un nivel înalt în acest domeniu reflectă un simț al progresului personal, al împlinirii și al coerenței între ceea ce persoana dorește și ceea ce a obținut. Un nivel

scăzut, deși prezent doar la 9,5% dintre respondenți, nu trebuie neglijat, deoarece poate fi asociat cu risc de frustrare existențială, criză de sens sau cu sentimentul că „viața nu a mers în direcția dorită”.

Cumulând procentele, se observă că: - 42,4% dintre participanți se încadrează în zona nivelurilor scăzut și mediu, indicând o necesitate de susținere psihologică sau vocațională pentru atingerea obiectivelor personale. În același timp, mai mult de jumătate (57,6%) raportează satisfacție înaltă, ceea ce reprezintă un indicator pozitiv de adaptabilitate psihosocială.

Astfel identificăm că rezultatele indică o tendință generală pozitivă în ceea ce privește percepția aspirațiilor personale și a realizărilor atinse, sugerând că o mare parte dintre respondenți se simt valorizați și confirmați în propriul parcurs de viață. Această satisfacție are potențialul de a acționa ca factor protector în fața stresului, anxietății și eșecurilor temporare, fiind corelată pozitiv cu reziliența, controlul intern și calitatea vieții percepute (conform literaturii empirice).

**3. Analiza distribuției scorurilor la SCV – Domeniul „Sănătate”.** Tabelul redă frecvențele și procentajele asociate nivelurilor de satisfacție în domeniul stării de sănătate percepute de respondenți. Acest domeniu este esențial în evaluarea calității vieții subiective, având o influență directă asupra echilibrului emoțional, adaptabilității psihosociale și stării generale de bine.

Distribuția pe niveluri:

- Nivel scăzut al satisfacției cu privire la sănătate a fost raportat de 91 de participanți (21,7%), indicând o proporție semnificativă a eșantionului care percepe starea proprie de sănătate ca fiind insatisfăcătoare. Această percepție poate fi asociată cu prezența simptomelor fizice sau psihosomatice persistente (ex. dureri cronice, oboseală, insomnii); influența anxietății asupra percepției corporale și funcționării fiziologice; o stare de vulnerabilitate fizică sau psihică accentuată.
- Nivel mediu este prezent la 171 de respondenți (40,7%), reprezentând cea mai mare categorie. Acești participanți se situează într-o zonă de echilibru fragil, unde sănătatea este resimțită ca fiind acceptabilă, dar nu optimă, posibil marcată de preocupări legate de oboseală, stres sau prevenirea bolii.
- Nivel înalt al satisfacției în domeniul sănătății este raportat de 158 de persoane (37,6%), indicând o proporție solidă de participanți care percep sănătatea lor fizică și psihică ca fiind bună sau foarte bună. Acești indivizi sunt cel mai probabil: mai activi fizic; mai rezilienți emoțional; și mai capabili să gestioneze stresul sau simptomele minore, fără percepția că starea de sănătate le afectează viața semnificativ.

Referindu-ne la semnificație psihologică și interpretare teoretică subliniem că satisfacția în domeniul sănătății este o dimensiune critică a calității vieții, deoarece influențează: percepția globală asupra vieții; capacitatea de funcționare în roluri sociale (student, angajat, partener, etc.); starea emoțională generală (prin interacțiunea sănătate - afectivitate - anxietate). O percepție negativă asupra sănătății poate duce la hipervigilență corporală, des întâlnită în tulburările anxioase, poate duce la limitări autoimpuse în activitățile zilnice și autoreglare deficitară în fața stresorilor fizici sau emoționali.

Distribuția cumulativă indică faptul că 62,4% dintre respondenți se situează în zona scăzută sau medie a satisfacției privind sănătatea, ceea ce indică un nivel moderat de îngrijorare sau nemulțumire cu privire la starea generală de bine fizic și psihic. Doar 37,6% manifestă un nivel ridicat de satisfacție, ceea ce, deși semnificativ, este mai redus decât în alte domenii precum „carieră” sau „aspirații personale”. În acest context datele sugerează că percepția asupra propriei sănătăți este preponderent neutră spre negativă, în rândul participanților. Această distribuție poate fi explicată prin expunerea la stres academic sau profesional; posibile simptome de somatizare asociate cu anxietatea; lipsa unor comportamente de îngrijire personală sau echilibru între muncă și odihnă.

Având în vedere că sănătatea este un domeniu transversal, cu impact asupra tuturor celorlalte arii ale vieții, acest rezultat indică nevoia de intervenții educaționale și psihoprofesionale, axate pe promovarea stării de bine fizice și emoționale în rândul populației

tinere.

#### **4. Analiza distribuției scorurilor la SCV – Domeniul „Comunicarea cu prietenii (apropriații)”**

Tabelul oferă o imagine asupra nivelului de satisfacție perceput de participanți în ceea ce privește calitatea relațiilor interpersonale apropiate, mai precis comunicarea cu prietenii, un indicator fundamental al susținerii sociale și al adaptabilității psihosociale. Procentajele valide indică tendințele dominante din eșantion, iar distribuția cumulativă permite evaluarea gradului de coeziune socială percepută.

Distribuția pe niveluri:

- Nivel scăzut al satisfacției în comunicarea cu prietenii este prezent la 46 de participanți (11,0%). Acest procent indică un subgrup vulnerabil din punct de vedere relațional, care poate resimți: izolare socială; dificultăți de exprimare emoțională; sau lipsa unui sprijin afectiv consistent.  
Acest nivel scăzut poate avea legături directe cu anxietatea socială sau cu o rețea de suport limitată.
- Nivel mediu a fost raportat de 140 de respondenți (33,3%), ceea ce reflectă o relaționare parțial satisfăcătoare, dar probabil marcată de: comunicare intermitentă, conflicte nerezolvate sau o dependență selectivă de anumite persoane.  
Această zonă indică un echilibru relativ, însă fragil, între deschidere relațională și reținere afectivă
- Nivel înalt al satisfacției este raportat de 234 de participanți (55,7%), ceea ce constituie majoritatea eșantionului. Acești indivizi beneficiază de: relații de prietenie funcționale și reciproc susținătoare; deschidere emoțională și capacitate de autoreglare prin contact social; o rețea interpersonală stabilă, care funcționează ca factor de protecție împotriva distresului psihologic.

Comunicarea cu prietenii este o componentă centrală a sănătății mintale și a calității vieții relaționale, contribuind la reglarea emoțională prin dialog și empatie; validarea identității personale în contexte sociale; susținerea în situații de criză sau dezechilibru afectiv. Conform modelului bio-psiho-social, lipsa comunicării eficiente cu prietenii poate amplifica simptomele de anxietate, singurătate, și poate scădea semnificativ scorurile la indicatorii de adaptabilitate psihosocială.

Referindu-ne la distribuția cumulativă subliniem că 44,3% dintre participanți se încadrează în nivelurile scăzut și mediu, ceea ce sugerează o proporție importantă a eșantionului cu relații interpersonale deficitare sau vulnerabile. Peste jumătate (55,7%) se bucură de o satisfacție ridicată în acest domeniu, ceea ce indică reziliență socială și sprijin afectiv eficient, potențial corelat pozitiv cu niveluri mai scăzute de anxietate și calitate a vieții crescută.

Astfel, datele indică o distribuție favorabilă a satisfacției în comunicarea cu prietenii, cu un nucleu majoritar de participanți care declară relații satisfăcătoare și funcționale. Cu toate acestea, existența unui segment de 44,3% care nu atinge un nivel optim al satisfacției relaționale nu trebuie ignorată, întrucât relațiile sociale sunt un pilon esențial în combaterea anxietății și în susținerea sănătății mintale.

#### **5. Analiza distribuției scorurilor la SCV – Domeniul „Suport social”**

Tabelul ilustrează distribuția frecvențelor pentru percepțiile respondenților în raport cu nivelul de suport social, componentă esențială a calității vieții și a adaptabilității psihosociale. Procentajele valide arată tendința generală a satisfacției raportate, iar analiza cumulativă scoate în evidență proporția indivizilor care resimt prezența sau absența unei rețele de sprijin interpersonal eficient.

Distribuția pe niveluri:

- Nivel scăzut de suport social a fost raportat de 47 de participanți (11,2%), reprezentând o minoritate vulnerabilă. Acești indivizi pot resimți: izolare socială sau sprijin limitat din partea familiei/prietenilor; dificultăți în construirea de relații de încredere; un sentiment de nesiguranță psihologică în lipsa resurselor relaționale.

- Nivel mediu a fost identificat la 159 de participanți (37,9%), ceea ce sugerează o categorie intermediară care beneficiază de suport parțial, dar nu suficient pentru a amortiza efectele stresului și anxietății. Acești respondenți pot percepe sprijinul ca fiind inconsistent, ceea ce menține o stare de incertitudine emoțională.
- Nivel înalt al suportului social este raportat de 214 participanți (51,0%), constituind cea mai mare categorie din eșantion. Acești indivizi au acces la rețele funcționale de sprijin (familie, prieteni, colegi) și percep relațiile lor sociale ca fiind reciproc validate și susținătoare, aspect esențial pentru reziliența psihologică și bunăstarea subiectivă.

Conform literaturii de specialitate, suportul social este unul dintre cei mai importanți predictori ai sănătății mintale și ai adaptării psihosociale. El contribuie la reducerea intensității percepute a stresului; creșterea sentimentului de apartenență și securitate emoțională; consolidarea autoeficacității și a strategiilor adaptative de coping. Deficitul de suport social (nivel scăzut) poate favoriza accentuarea simptomelor anxioase și depresive; diminuarea calității vieții; riscul de izolare socială și retragere interpersonală. Subliniem (distribuție cumulativă) că aproape jumătate dintre respondenți (49,0%) se situează la nivel scăzut sau mediu, ceea ce sugerează o proporție semnificativă de participanți care nu beneficiază de rețele de sprijin optime. În schimb, 51,0% raportează un nivel ridicat, ceea ce denotă o tendință general pozitivă privind existența suportului social, dar cu mari diferențe interindividuale.

Rezultatele arată că suportul social este perceput ca satisfăcător pentru o majoritate relativă (peste jumătate dintre participanți), constituind un factor protector important în reducerea vulnerabilității la anxietate și stres. Totuși, existența unui procent semnificativ (49,0%) care raportează niveluri scăzute sau medii de sprijin subliniază nevoia unor intervenții psihosociale orientate spre dezvoltarea și consolidarea rețelelor de suport, în special în mediile academice și profesionale.

**6. Analiza distribuției scorurilor la SCV – Domeniul „Optimism”.** Tabelul redă frecvențele și procentajele corespunzătoare nivelului de **optimism** raportat de participanți. Optimismul este considerat un indicator central al sănătății psihologice, reflectând modul în care indivizii își proiectează viitorul și capacitatea de a anticipa soluții favorabile în fața dificultăților.

Distribuția pe niveluri:

- Nivel scăzut de optimism este raportat de 61 de participanți (14,5%). Această categorie reflectă un subgrup vulnerabil, predispus la: interpretări negative ale evenimentelor cotidiene; percepția viitorului ca fiind incert sau amenințător; riscuri mai mari de a dezvolta simptome de anxietate și depresie, prin mecanisme cognitive de tip catastrofic.
- Nivel mediu de optimism apare la 219 de respondenți (52,1%), constituind cea mai mare proporție. Acești participanți manifestă o atitudine relativ echilibrată, oscilând între speranță și îndoială. Deși nu sunt lipsiți de resurse cognitive pozitive, modul lor de raportare la viitor este mai degrabă precaut decât entuziast.
- Nivel înalt de optimism este prezent la 140 de participanți (33,3%), ceea ce reprezintă o treime din eșantion. Acești indivizi demonstrează: o atitudine pozitivă față de viață și viitor; o capacitate crescută de a identifica oportunități chiar și în situații stresante; o probabilitate ridicată de a utiliza strategii de coping proactive și adaptative, ceea ce favorizează reziliența psihologică.

Optimismul este recunoscut în literatura de specialitate ca un predictor al sănătății mentale și fizice (Scheier & Carver, 1985), fiind asociat cu niveluri reduse de distres psihologic; calitate crescută a vieții; performanță academică și profesională mai bună; adaptabilitate psihosocială sporită. Pe de altă parte, un nivel scăzut de optimism poate contribui la vulnerabilitate emoțională; reducerea motivației și a sentimentului de autoeficacitate; tendințe de evitare în fața provocărilor. În general aproximativ 66,7% dintre participanți se situează în zona scăzută sau medie a optimismului, ceea ce reflectă o atitudine predominant rezervată sau negativă față de viitor. Doar o treime (33,3%) manifestă un nivel înalt, ceea ce înseamnă că optimismul ridicat este mai degrabă excepția decât regula în eșantion. Distribuția scorurilor la „Optimism” evidențiază un profil psihologic în care rezerva și scepticismul domină asupra speranței entuziaste. Aceasta poate

fi explicată prin presiuni academice și profesionale, incertitudini socio-economice; posibila influență a anxietății asupra percepției viitorului.

**7. Analiza distribuției scorurilor la SCV – Domeniul „Echilibru psihic”.** Tabelul prezintă distribuția scorurilor în ceea ce privește nivelul perceput al echilibrului psihic, componentă fundamentală a sănătății mintale și a calității vieții. Această variabilă reflectă stabilitatea emoțională, capacitatea de autoreglare afectivă și modul în care indivizii gestionează stresul și presiunile cotidiene.

Distribuția pe niveluri:

- Nivel scăzut de echilibru psihic este raportat de 76 de participanți (18,1%), ceea ce indică un subgrup vulnerabil care se confruntă cu dificultăți de reglare emoțională; simptome anxioase și stres accentuat; instabilitate afectivă, cu posibile manifestări de iritabilitate sau epuizare psihică. Acești respondenți reprezintă categoria cea mai expusă la dificultăți clinice și necesită atenție sporită în ceea ce privește suportul psihologic.
- Nivel mediu este prezent la 251 de participanți (59,8%), constituind cea mai mare proporție din eșantion. Această categorie reflectă o stare de echilibru parțial: indivizii nu manifestă disfuncționalități severe, dar resimt presiuni și fluctuații emoționale care pot afecta funcționarea cotidiană. Este o zonă de echilibru fragil, unde factorii de stres suplimentari pot destabiliza adaptarea.
- Nivel înalt de echilibru psihic este raportat de 93 de participanți (22,1%). Aceștia manifestă o stabilitate emoțională crescută, capacitate de a face față stresului și resurse interne solide de reziliență psihologică. Grupul constituie nucleul celor cu o adaptare sănătoasă și funcțională la cerințele mediului academic și social.

Echilibrul psihic este un indicator central al sănătății mintale și se corelează puternic cu nivelul de anxietate (un echilibru scăzut implică vulnerabilitate crescută); optimismul și suportul social, care acționează ca factori protectivi; calitatea globală a vieții (QOLI).

De altfel, un scor scăzut în acest domeniu este asociat adesea cu suprasolicitare emoțională, tulburări de somn și sentimentul de pierdere a controlului. Un scor mediu sugerează adaptare moderată, dar cu risc de regres în situații de stres intens. Un scor înalt este caracteristic persoanelor cu reziliență emoțională și mecanisme eficiente de coping.

Referindu-ne la distribuția cumulativă menționăm că aproximativ 77,9% dintre participanți se încadrează în zona nivelurilor scăzut și mediu, ceea ce sugerează că doar o minoritate (22,1%) percepe un echilibru psihic ridicat. Acest rezultat evidențiază o tendință generală spre fragilitate emoțională, explicabilă prin presiunile specifice populației studiate (stres academic, tranziții de viață, anxietate). Datele evidențiază faptul că echilibrul psihic reprezintă o zonă de vulnerabilitate pentru majoritatea respondenților. Cu aproape 6 din 10 participanți la nivel mediu și aproape 2 din 10 la nivel scăzut, tabloul general sugerează o stabilitate emoțională precară, predispusă la dezechilibre. Acest aspect are implicații clinice directe care vizează necesitatea de programe de dezvoltare a abilităților de reglare emoțională; intervenții de reducere a anxietății și stresului; promovarea strategiilor de mindfulness, coping adaptativ și sprijin social.

**8. Analiza distribuției scorurilor la SCV – Domeniul „Autocontrol”.** Tabelul evidențiază nivelurile de autocontrol percepute de participanți, adică abilitatea de a-și regla emoțiile, comportamentele și impulsurile în situații solicitante. Această dimensiune este strâns legată de reziliență, adaptabilitate psihosocială și gestionarea anxietății.

Distribuția pe niveluri:

- Nivel scăzut de autocontrol este raportat de 90 de participanți (21,4%). Aceștia reprezintă o categorie vulnerabilă, cu dificultăți în gestionarea impulsurilor și a emoțiilor negative; rezistența la frustrare și la presiuni externe; controlul reacțiilor comportamentale în contexte de stres. În termeni clinici, acest grup este predispus la dezorganizare emoțională, la intensificarea simptomelor anxioase și la o adaptabilitate psihosocială scăzută.
- Nivel mediu este prezent la 285 de participanți (67,9%), constituind marea majoritate a eșantionului. Aceștia dispun de un autocontrol funcțional, dar variabil, ceea ce înseamnă că în situații obișnuite își pot regla emoțiile și comportamentele; însă în condiții de stres

intens, controlul se poate reduce, lăsând loc impulsivității sau retragerii. Această zonă intermediară este una de echilibru instabil, unde nivelul de suport social, optimismul și echilibrul psihic pot influența puternic stabilitatea comportamentală.

- Nivel înalt de autocontrol este raportat doar de 45 de participanți (10,7%). Acești indivizi demonstrează o capacitate avansată de autoreglare emoțională și comportamentală, având resurse interne pentru: toleranța la stres și frustrări; menținerea comportamentului adaptativ chiar în condiții presante; utilizarea strategiilor de coping funcționale (ex. planificare, reevaluare cognitivă, gândire pozitivă).

Autocontrolul este o competență psihologică fundamentală, puternic corelată cu nivelul de anxietate (un autocontrol scăzut favorizează escaladarea reacțiilor anxioase); reziliența emoțională și adaptarea socială; performanța academică și menținerea relațiilor interpersonale funcționale.

Cercetările arată că lipsa autocontrolului este asociată cu stres crescut, tendințe de evitare a responsabilităților și chiar riscul de comportamente dezadaptative (ex. impulsivitate, procrastinare, retragere socială).

Conform distribuției cumulative aproximativ 89,3% dintre participanți se află în zona scăzută sau medie, ceea ce indică o capacitate limitată sau fluctuantă de autocontrol. Doar 1 din 10 participanți (10,7%) manifestă un nivel înalt, ceea ce sugerează că autocontrolul optim este mai degrabă excepția decât regula în eșantion. Rezultatele indică faptul că autocontrolul reprezintă o dimensiune vulnerabilă în cadrul eșantionului studiat. Deși majoritatea respondenților reușesc să mențină un nivel moderat de reglare emoțională și comportamentală, ponderea scăzută a celor cu autocontrol ridicat și proporția semnificativă a celor cu autocontrol redus subliniază importanța intervențiilor psihologice orientate spre dezvoltarea autoreglării emoționale; necesitatea cultivării unor practici de mindfulness, tehnici de reducere a stresului și strategii de coping adaptative; rolul autocontrolului ca predictor-cheie al adaptabilității psihosociale și al reducerii simptomelor anxioase.

**9. Analiza distribuției scorurilor la SCV – Domeniul „Stări emoționale”.** Tabelul evidențiază distribuția frecvențelor pentru percepțiile participanților privind calitatea și stabilitatea stărilor emoționale. Această dimensiune reflectă nivelul de bunăstare afectivă, prezența emoțiilor pozitive sau negative și capacitatea de a menține echilibrul emoțional în viața cotidiană.

Distribuția pe niveluri:

- Nivel scăzut este raportat de 123 de participanți (29,3%), ceea ce constituie un segment important al eșantionului. Acești indivizi descriu probabil o experiență afectivă caracterizată prin prevalența emoțiilor negative (anxietate, tristețe, iritabilitate); instabilitate emoțională și dificultăți în menținerea dispoziției pozitive; risc crescut de tulburări emoționale și de adaptare.
- Nivel mediu este prezent la 196 de respondenți (46,7%), reprezentând cea mai mare proporție. Acești participanți se află într-o zonă de echilibru relativ, cu oscilații între emoții pozitive și negative, influențate de stres, resurse personale și suport social. Această categorie reflectă o stare emoțională neutră, dar fragilă, ce poate fi dezechilibrată de evenimente stresante.
- Nivel înalt al satisfacției emoționale este raportat de 101 de persoane (24,0%), ceea ce arată existența unui subgrup semnificativ de participanți care manifestă: stabilitate afectivă crescută; predominanța emoțiilor pozitive; reziliență emoțională, ceea ce îi face mai puțin vulnerabili la efectele anxietății și stresului.

Din perspectivă teoretică stările emoționale sunt fundamentale pentru calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială. Literatură de specialitate (Fredrickson, 2001) arată că emoțiile pozitive facilitează procesele cognitive, deschiderea către relații și consolidarea resurselor interne; emoțiile negative repetate sau intense sunt asociate cu anxietatea, depresia și retragerea socială. Astfel un scor scăzut poate fi un indicator direct al distresului psihologic și al dificultăților de reglare afectivă; scorul mediu reflectă normalitatea fluctuantă a vieții emoționale, dar și o

vulnerabilitate latentă; iar scorul înalt reprezintă reziliență și stabilitate emoțională, fiind corelat pozitiv cu optimismul, autocontrolul și suportul social.

Dacă facem referință la distribuția cumulativă identificăm că aproximativ 76,0% dintre participanți se încadrează în zona nivelurilor scăzut și mediu, ceea ce confirmă o tendință generală spre vulnerabilitate emoțională. Doar un sfert (24,0%) declară niveluri înalte de satisfacție emoțională, ceea ce sugerează că stabilitatea afectivă ridicată este mai degrabă minoritară în eșantion. Astfel, rezultatele indică faptul că majoritatea participanților se confruntă cu un echilibru emoțional precar sau fluctuant, ceea ce poate fi explicat prin niveluri ridicate de stres academic și social; anxietatea raportată în eșantion; lipsa unor mecanisme de reglare emoțională consolidate.

Astfel, domeniul „Stări emoționale” apare ca o zonă critică, unde este nevoie de intervenții orientate spre dezvoltarea competențelor de autoreglare emoțională; reducerea anxietății prin tehnici de relaxare, mindfulness sau aromaterapie (relevante pentru tema ta); consolidarea resurselor pozitive (optimism, suport social, comunicare).

**10. Analiza distribuției scorurilor la SCV – Scor general.** Tabelul reflectă nivelurile generale de satisfacție a calității vieții (SCV), oferind o imagine integrată asupra modului în care respondenții își percep starea de bine psihosocială. Această variabilă agregată reunește evaluările din multiple domenii (carieră, sănătate, relații, suport social, echilibru psihic, stări emoționale, autocontrol, optimism etc.), având un rol central în analiza adaptabilității psihosociale.

Distribuția pe niveluri:

- Nivel scăzut al scorului general a fost raportat de 32 de participanți (7,6%). Acești indivizi formează un subgrup redus, dar vulnerabil, caracterizat probabil de percepție negativă asupra mai multor domenii ale vieții; dificultăți de adaptare emoțională și socială; risc crescut de tulburări anxioase sau depresive.
- Nivel mediu este prezent la 214 respondenți (51,0%), constituind cea mai mare categorie. Acest rezultat indică o satisfacție moderată, dar instabilă, reflectând o stare de echilibru fragil. Participanții din acest grup pot oscila între perioade de funcționare adaptativă și momente de vulnerabilitate, în funcție de resursele personale și de contextul social.
- Nivel înalt este raportat de 174 de persoane (41,4%), ceea ce semnaleză o proporție semnificativă a eșantionului cu percepție pozitivă globală asupra vieții. Acești participanți prezintă resurse de reziliență, optimism și echilibru psihic, care le permit să mențină o bună adaptare în fața stresului și a provocărilor cotidiene.

Scorul general SCV este un indicator de integrare a satisfacției în viață și se corelează cu nivelul de calitate a vieții (QOLI); adaptabilitatea psihosocială; percepția generală asupra sănătății mintale și emoționale. De altfel, un nivel scăzut sugerează prezența unor deficiențe majore în mai multe domenii ale vieții, ceea ce poate afecta profund calitatea vieții și funcționarea socială. Un nivel mediu reflectă o stare „de mijloc”, relativ stabilă, dar predispusă la dezechilibru în condiții de stres, iar un nivel înalt este indicator al unei funcționări psihosociale pozitive, cu resurse interne și externe eficiente.

În cazul dat distribuția cumulativă indică asupra faptului că aproximativ 58,6% dintre respondenți se încadrează în zona nivelurilor scăzut și mediu, ceea ce sugerează că majoritatea percep satisfacția în viață ca fiind modestă sau limitată. Totuși, 41,4% raportează un nivel înalt, ceea ce indică prezența unui segment consistent cu adaptabilitate pozitivă și calitate a vieții ridicată.

Rezultatele arată un profil heterogen al satisfacției generale. Majoritatea participanților (peste jumătate) se află într-o zonă de satisfacție medie, ceea ce reflectă o stare de echilibru relativ, dar vulnerabil. Un procent semnificativ (41,4%) indică resurse adaptative și o percepție pozitivă a vieții, ceea ce constituie un factor protector împotriva anxietății. Grupul restrâns (7,6%) cu satisfacție scăzută necesită atenție sporită, fiind cel mai predispus la dificultăți psihosociale și clinice. În ansamblu, distribuția confirmă faptul că, deși există un nucleu solid de persoane cu satisfacție înaltă, echilibrul psihosocial al populației investigate rămâne fragil, ceea ce justifică necesitatea unor programe de suport psihologic, dezvoltare personală și intervenții de prevenire

a anxietății.

#### **Anexa 14.4. Distribuțiile scorurilor pentru adaptarea la mediul studentesc și solicitările academic**

1. *Starea de confort/disconfort, determinată de schimbările de mediu social - macrosociale*
  - a. Satisfacerea necesităților sociocomunicative
  - b. Satisfacerea necesităților ecosociale
  - c. Satisfacerea necesităților socioeconomice
2. *Starea de confort/disconfort, determinată de schimbările mezosociale*
  - a. Satisfacerea necesităților de comunicare cu rudele și prietenii
  - b. Satisfacerea necesităților de comunicare cu colegii de facultate
  - c. Satisfacerea necesităților de comunicare cu cadrele didactice
3. *Starea de confort/disconfort, determinată de schimbările la nivel de aspirații, realizări personale - microsociale*
  - a. Satisfacerea necesităților de identificare profesională
  - b. Satisfacerea necesităților de formare profesională
  - c. Satisfacerea necesităților de management al timpului personal

#### **Rezultatele pentru scalele secundare sunt descrise în continuare:**

**1. Analiza distribuției scorurilor la AMS – Satisfacerea necesităților sociocomunicative.** Tabelul 2.4 reflectă nivelurile de adaptare sociocomunicativă, adică modul în care participanții reușesc să își satisfacă nevoile de interacțiune socială și comunicare. Această dimensiune are un rol esențial în adaptabilitatea psihosocială, influențând direct suportul social, integrarea în grup și echilibrul emoțional.

Distribuția pe niveluri:

- Adaptare slabă este raportată de 22 de participanți (5,2%). Acești subiecți manifestă dificultăți în stabilirea și menținerea contactelor sociale; tendințe de izolare sau anxietate socială; limitări în satisfacerea nevoilor de apartenență și susținere interpersonală. Această categorie este cea mai vulnerabilă din punct de vedere psihosocial.
- Adaptare medie este prezentă la 206 respondenți (49,0%), reprezentând aproape jumătate din eșantion. Acești participanți reușesc să își satisfacă parțial necesitățile sociocomunicative dispun de rețele relaționale de bază; însă calitatea și consistența interacțiunilor sociale pot fi limitate; echilibrul emoțional depinde în mare măsură de context și de disponibilitatea resurselor sociale.
- Adaptare înaltă este raportată de 192 de persoane (45,7%), ceea ce indică un nivel ridicat de funcționare sociocomunicativă. Acești subiecți prezintă capacitatea de a construi și menține relații sociale sănătoase; deschidere spre interacțiune și sprijin reciproc; resurse interpersonale solide care susțin reziliența emoțională și reduc riscul de izolare.

Conform literaturii de specialitate, satisfacerea nevoilor sociocomunicative este un predictor puternic al calității vieții; un factor protector împotriva anxietății, depresiei și singurătății, precum și element central al adaptabilității psihosociale (prin facilitarea integrării sociale și a autoreglării emoționale). Astfel adaptarea slabă este asociată cu risc de alienare și distres psihologic; adaptarea medie reflectă funcționare relativ stabilă, dar nu optimă; adaptarea înaltă indică resurse interpersonale puternice și contribuie la reziliența generală a individului.

Rezultatele arată un profil polarizat: aproape jumătate dintre participanți au o adaptare înaltă, beneficiind de rețele sociale și comunicative solide, în timp ce cealaltă jumătate se situează la nivel slab sau mediu, ceea ce sugerează vulnerabilități în satisfacerea nevoilor de apartenență și comunicare. Distribuția cumulativă evidențiază importanța consolidării competențelor sociale și comunicative în populația studiată; rolul central al relațiilor interpersonale în reducerea anxietății și în creșterea calității vieții; nevoia de programe educaționale și psihologice care să stimuleze interacțiunea, empatia și cooperarea.

**2. Analiza distribuției scorurilor la AMS – Satisfacerea necesităților ecosociale.**

Același tabel 2.4 ilustrează gradul de adaptare ecosocială, adică modul în care participanții reușesc să își satisfacă nevoile legate de interacțiunea cu mediul social și comunitar. Această dimensiune reflectă nivelul de integrare socială, apartenență la comunitate și participare la viața socială, factori esențiali pentru adaptabilitatea psihosocială și pentru menținerea calității vieții.

Distribuția pe niveluri:

- Adaptare slabă a fost raportată de 21 de participanți (5,0%). Acești indivizi manifestă dificultăți în integrarea în rețele sociale și comunitare; asumarea rolurilor sociale și participarea la activități colective; dezvoltarea sentimentului de apartenență. Psihologic, această categorie este predispusă la izolare, alienare și vulnerabilitate emoțională.
- Adaptare medie este prezentă la 219 de respondenți (52,1%), constituind cea mai mare parte a eșantionului. Acest grup se caracterizează printr-o funcționare ecosocială moderată, cu rețele sociale parțial satisfăcătoare; integrare fluctuantă și uneori superficială; o capacitate limitată de a accesa resurse comunitare în situații de stres.
- Adaptare înaltă este raportată de 180 de persoane (42,9%), reprezentând un segment consistent. Acești participanți demonstrează o bună integrare socială și comunitară; implicare activă în relații și activități colective; percepția unei conexiuni stabile cu mediul social, care funcționează ca factor protector împotriva anxietății și stresului.

Referindu-ne la perspectiva teoretică identificăm că unii autori subliniază că necesitățile ecosociale fac parte din sfera nevoilor de apartenență și integrare (Maslow, 2013) și sunt considerate în psihologia modernă un pilon central pentru reziliență și sănătate mintală [36]. Adaptarea slabă este corelată cu singurătatea, sentimentul de marginalizare și risc crescut de tulburări anxioase. Adaptarea medie sugerează o funcționare socială acceptabilă, dar cu zone de fragilitate și instabilitate. Adaptarea înaltă reflectă resurse sociale și comunitare consistente, asociate cu o calitate ridicată a vieții și cu o adaptabilitate psihosocială robustă.

Conform distribuției cumulative aproximativ 57,1% dintre participanți se află în zona adaptării slabe sau medii, ceea ce indică faptul că mai mult de jumătate nu își satisfac complet necesitățile ecosociale. Totuși, 42,9% manifestă adaptare înaltă, ceea ce constituie un segment important, cu potențial de stabilitate psihosocială și integrare comunitară. Astfel, distribuția scorurilor sugerează că majoritatea participanților au dificultăți parțiale sau semnificative în satisfacerea nevoilor ecosociale, ceea ce poate contribui la vulnerabilitatea psihologică și la accentuarea anxietății. Totuși, existența unui nucleu consistent de persoane cu adaptare înaltă (42,9%) confirmă că rețelele sociale și comunitare pot funcționa ca resurse de protecție, sprijinind echilibrul emoțional și calitatea vieții. Arezultate subliniază nevoia de intervenții psihosociale și comunitare care să consolideze integrarea socială; programe de dezvoltare a sentimentului de apartenență și implicare colectivă; facilitarea accesului la rețele de suport și activități sociale care reduc riscul de izolare și alienare.

### **3. Analiza distribuției scorurilor la AMS – Satisfacerea necesităților socioeconomice**

Reflectând asupra modului în care participanții reușesc să își satisfacă nevoile legate de resurse materiale, securitate financiară și condiții de viață, în tabelul 2.4 am prezentat nivelurile de adaptare socio-economică. Această dimensiune are un impact direct asupra echilibrului emoțional, stabilității psihologice și percepției generale a calității vieții.

Distribuția pe niveluri:

- Adaptare slabă a fost raportată de 39 de participanți (9,3%). Aceștia resimt insuficiența resurselor socioeconomice, ceea ce poate genera stres financiar constant; sentiment de insecuritate și instabilitate și risc crescut de anxietate economică și demotivare.
- Adaptare medie este prezentă la 238 de respondenți (56,7%), reprezentând cea mai mare categorie. Acești studenți dispun de resurse parțial satisfăcătoare, dar percepția lor asupra nivelului de trai este fluctuantă; echilibrul emoțional este adesea condiționat de contextul economic; nevoile de bază pot fi acoperite, însă aspirațiile superioare rămân adesea nesatisfăcute.
- Adaptare înaltă este raportată de 143 de participanți (34,0%), un segment important. Aceștia prezintă o percepție pozitivă asupra situației economice personale și familiale;

acces la resurse financiare și materiale suficiente pentru un trai confortabil; sentiment de securitate și stabilitate, factori ce reduc vulnerabilitatea la stres și anxietate.

De fapt, găsim, în sursele de specialitate că necesitățile socioeconomice se află în zona nevoilor de bază (Maslow, 2013), constituind fundamentul pentru satisfacerea celorlalte dimensiuni (sănătate, relații, autorealizare) [35]. Adaptarea slabă este corelată cu insecuritatea materială și stresul cronic, factori care pot exacerba anxietatea și reduce motivația. Adaptarea medie reflectă o stare de echilibru relativ, dar fragil, unde satisfacerea nevoilor este parțială, lăsând loc frustrărilor și instabilității. Adaptarea înaltă constituie un factor protector major, oferind un sentiment de siguranță și sprijinind dezvoltarea personală și reziliența psihosocială.

Rezultatele arată că dimensiunea socio-economică este o sursă importantă de vulnerabilitate pentru mai mult de jumătate dintre participanți. Lipsa securității materiale și financiare poate accentua anxietatea, poate limita accesul la resurse educaționale și de sănătate și poate reduce sentimentul de control asupra propriei vieți. În schimb, grupul cu adaptare înaltă (34,0%) demonstrează că o bază socio-economică solidă susține echilibrul psihic, optimismul și satisfacția globală în viață.

**4. Analiza distribuției scorurilor la AMS – Satisfacerea necesităților de comunicare cu rudele și prietenii.** Această dimensiune este una dintre cele mai importante pentru echilibrul emoțional și adaptabilitatea psihosocială, întrucât calitatea comunicării cu rudele și prietenii influențează direct nivelul de suport social, autoreglarea emoțională și satisfacția vieții.

Distribuția pe niveluri:

- Adaptare slabă este raportată de 66 de participanți (15,7%). Acești indivizi întâmpină dificultăți semnificative în menținerea unei comunicări eficiente și armonioase cu familia și prietenii. Psihologic, acest nivel este asociat cu izolare emoțională sau conflicte relaționale frecvente; lipsa unui sprijin consistent în momente de stres; vulnerabilitate sporită la anxietate și distres emoțional.
- Adaptare medie este prezentă la 172 de respondenți (41,0%), constituind aproape jumătate din eșantion. Acești participanți beneficiază de un nivel parțial satisfăcător al comunicării, însă relațiile pot fi percepute ca inconsistente sau ambivalente, sprijinul afectiv este fluctuant, iar funcționarea socială rămâne relativ stabilă, dar nu optimă.
- Adaptare înaltă este raportată de 182 de persoane (43,3%), reprezentând cea mai mare categorie. Acești subiecți demonstrează relații apropiate funcționale și susținătoare; capacitate de exprimare și receptivitate emoțională; acces la o rețea solidă de suport, ceea ce constituie un factor protector major împotriva anxietății.

De fapt, comunicarea cu rudele și prietenii constituie nucleul relațiilor de atașament și apartenență. Literatura de specialitate arată că un nivel scăzut este asociat cu izolare socială, sentiment de singurătate și risc crescut de tulburări emoționale; un nivel mediu reflectă o funcționare relativ stabilă, dar vulnerabilă la conflicte și stres; un nivel înalt este asociat cu reziliența psihologică, reducerea anxietății și creșterea calității vieții prin susținere socială și afectivă consistentă.

**5. Analiza distribuției scorurilor la AMS – Satisfacerea necesităților de comunicare cu colegii de facultate.** Rezultatele prezentate în tabel ilustrează modul în care respondenții reușesc să își satisfacă nevoile de interacțiune și comunicare în contextul academic, un factor cheie pentru adaptabilitatea psihosocială și pentru reducerea stresului universitar.

Distribuția pe niveluri:

- Adaptare slabă: raportată de 56 de participanți (13,3%). Acești indivizi întâmpină dificultăți în relaționarea cu colegii, ceea ce poate fi explicat prin lipsa abilităților sociale sau anxietate interpersonală; sentiment de izolare în mediul universitar; acces redus la sprijin social și academic. Această categorie este vulnerabilă la stres educațional și probleme de integrare psihosocială.
- Adaptare medie: prezentă la 236 de respondenți (56,2%), constituind majoritatea eșantionului. Acești participanți au relații colegiale funcționale, dar nu foarte consolidate,

caracterizate prin colaborare ocazională și sprijin limitat; relații mai degrabă formale decât afective și o integrare satisfăcătoare, dar fragilă, în mediul studentesc.

- Adaptare înaltă: raportată de 128 de persoane (30,5%), un grup semnificativ. Acești participanți prezintă relații pozitive și colaborative cu colegii, sentiment de apartenență la comunitatea universitară, precum și - suport reciproc și resurse sociale protectoare împotriva anxietății.

Calitatea comunicării cu colegii de facultate are un impact direct asupra motivației academice și performanței, nivelului de anxietate universitară și stres, are un impact direct și asupra satisfacției generale în viață și a sentimentului de apartenență. Conform cercetărilor, sprijinul colegial și integrarea socială în mediul educațional reprezintă factori esențiali pentru adaptarea psihosocială a tinerilor adulți.

Rezultatele distribuției cumulative arată că, în ciuda existenței unui grup consistent (30,5%) cu adaptare înaltă în comunicarea colegială, majoritatea (69,5%) se confruntă cu dificultăți sau limitări în integrarea socială în mediul universitar. Această situație sugerează o vulnerabilitate psihosocială crescută în rândul studenților; riscul de izolare academică și emoțională, care poate amplifica anxietatea; necesitatea de programe de consiliere și activități de coeziune (ex. workshop-uri de comunicare, proiecte de echipă, grupuri de suport).

**6. Analiza distribuției scorurilor la AMS – Satisfacerea necesităților de comunicare cu cadrele didactice.** Tabelul surprinde gradul în care studenții reușesc să își satisfacă nevoile de interacțiune și comunicare cu profesorii, o componentă centrală pentru integrarea educațională, motivația academică și echilibrul emoțional.

Distribuția pe niveluri:

- Adaptare slabă: raportată de 55 de participanți (13,1%). Acești studenți întâmpină dificultăți semnificative în relaționarea cu cadrele didactice, ceea ce se poate traduce prin sentiment de distanță și inaccesibilitate în raport cu profesorii; lipsă de încredere în a solicita sprijin sau feedback; risc crescut de izolare academică și anxietate universitară.
- Adaptare medie: prezentă la 208 respondenți (49,5%), adică aproape jumătate din eșantion. Acești studenți reușesc să mențină o comunicare funcțională, dar superficială cu cadrele didactice, ceea ce înseamnă că au acces la informații de bază; dar sprijinul emoțional și mentoratul sunt limitate; relația profesor–student este adesea formală, centrată strict pe sarcini academice.
- Adaptare înaltă: raportată de 157 de participanți (37,4%), un procent consistent. Acești studenți se simt sprijiniți și încurajați de cadrele didactice și manifestă: deschidere în solicitarea de clarificări și feedback; sentiment de apartenență și valorizare în mediul academic; resurse motivaționale și emoționale care le facilitează adaptarea.

Comunicarea cu cadrele didactice este esențială, din perspectivă psihologică, pentru dezvoltarea competențelor academice și profesionale; reducerea anxietății educaționale; creșterea motivației intrinseci și a sentimentului de autoeficacitate. Literatura educațională arată că studenții care percep cadrele didactice ca fiind disponibile și suportive manifestă niveluri mai scăzute de stres și burnout, manifestă o mai bună adaptare socială și academică și performanțe școlare superioare.

Conform datelor distribuției cumulative rezultatele indică o polarizare a experienței academice. Pentru aproape două treimi dintre studenți, comunicarea cu cadrele didactice este limitată, ceea ce poate alimenta sentimentul de distanță, anxietate și nesiguranță academică. Pentru mai mult de o treime, relațiile cu profesorii funcționează ca un factor protector, facilitând integrarea, motivația și adaptabilitatea psihosocială. Această distribuție subliniază nevoia de îmbunătățirea relațiilor profesor–student prin politici educaționale și traininguri pentru cadrele didactice; promovarea unui climat de deschidere și colaborare în mediul universitar; subliniază nevoia de dezvoltarea unor programe de mentorat și sprijin academic care să reducă barierele de comunicare.

**7. Analiza distribuției scorurilor la AMS – Satisfacerea necesităților de identificare profesională.** Această dimensiune reflectă măsura în care participanții reușesc să își definească

și să își asume identitatea profesională, să își proiecteze cariera și să se integreze psihologic în rolul viitor de profesionist. Ea este strâns legată de motivația academică, autorealizare și adaptabilitate psihosocială.

Distribuția pe niveluri:

- Adaptare slabă: raportată de 36 de participanți (8,6%). Acești indivizi întâmpină dificultăți în clarificarea obiectivelor profesionale; asumarea identității academice și a viitorului rol profesional; construirea unei perspective coerente asupra carierei. Psihologic, acest grup este vulnerabil la incertitudine, anxietate de viitor și demotivare academică.
- Adaptare medie: prezentă la 110 de respondenți (26,2%). Acești participanți se află într-un proces de cristalizare parțială a identității profesionale au anumite obiective și repere de carieră, dar acestea pot fi fragile sau inconstante; manifestă ezitări și o nevoie de ghidaj educațional și consiliere profesională; resimt ambivalență între dorințele personale și cerințele mediului social.
- Adaptare înaltă: raportată de 274 de participanți (65,2%), constituind cea mai mare categorie. Acești subiecți prezintă o viziune clară asupra identității și traiectoriei profesionale, prezintă capacitatea de a integra studiile actuale în planuri de viitor; prezintă resurse motivaționale și cognitive solide pentru dezvoltare personală și profesională.

Erikson, afirmă că necesitatea de identificare profesională este centrală în perioada studenției, fiind legată de formarea identității personale și sociale (Erikson, 1968); reducerea anxietății de rol și de viitor; dezvoltarea sentimentului de autoeficacitate și de apartenență profesională [131]. Un nivel scăzut semnalează confuzie vocațională, insecuritate și risc de abandon academic. Nivelul mediu sugerează că procesul de construcție identitară este în desfășurare, dar necesită sprijin pentru consolidare. Nivelul înalt reflectă o identitate profesională maturizată, ceea ce constituie un predictor pozitiv pentru reziliența psihologică, satisfacția în viață și adaptarea socio-profesională ulterioară.

**8. Analiza distribuției scorurilor la AMS – Satisfacerea necesităților de formare profesională.** Această dimensiune reflectă măsura în care participanții percep că își satisfac nevoile de dezvoltare profesională, dobândire de competențe și pregătire pentru viitor. Ea are un impact direct asupra identității academice, motivației de învățare și adaptării psihosociale.

Distribuția pe niveluri

- Adaptare slabă: raportată de 38 de participanți (9,0%). Acești studenți resimt un nivel scăzut de satisfacere a nevoilor de formare profesională, ceea ce poate însemna lipsa accesului la resurse educaționale suficiente; percepția inadecvării pregătirii academice față de obiectivele profesionale; risc crescut de demotivare, anxietate legată de viitor și insatisfacție academică.
- Adaptare medie: prezentă la 213 respondenți (50,7%), adică peste jumătate din eșantion. Acești studenți beneficiază de o formare relativ satisfăcătoare, dar cu limitări. Ei consideră că își ating doar parțial obiectivele profesionale; resimt o decalare între aspirațiile profesionale și resursele de pregătire disponibile; sunt într-o zonă de echilibru fragil, unde stresul academic sau lipsa sprijinului poate amplifica vulnerabilitatea.
- Adaptare înaltă: raportată de 169 de participanți (40,2%). Aceștia prezintă o percepție pozitivă și stabilă asupra procesului de formare profesională. Ei manifestă încredere în valoarea studiilor urmate; sentimentul că pregătirea academică le oferă resursele necesare pentru carieră; reziliență și motivație profesională ridicată, care le susțin adaptabilitatea psihosocială.

Teoretic, formarea profesională constituie o nevoie psihologică și vocațională fundamentală în perioada studenției. Ea se corelează puternic cu motivația intrinsecă de învățare; nivelul de autoeficacitate și control asupra carierei; reducerea anxietății legate de viitor. Adaptarea slabă semnalează riscul de alienare academică și nesiguranță profesională. Adaptarea medie sugerează o stare de funcționare parțială, dar vulnerabilă. Adaptarea înaltă este asociată cu încredere, satisfacție și orientare clară spre viitor.

**9. Analiza distribuției scorurilor la AMS – Satisfacerea necesităților de management**

**al timpului personal.** Această dimensiune evaluează modul în care respondenții își gestionează resursele temporale, echilibrând cerințele academice, profesionale și personale. Ea este strâns legată de autocontrol, echilibru psihic și reziliență emoțională.

Distribuția pe niveluri:

- Adaptare slabă: raportată de 97 de participanți (23,1%), ceea ce constituie aproape un sfert din eșantion. Acești indivizi resimt mari dificultăți în organizarea timpului, manifestând: procrastinare, stres academic și lipsă de echilibru între viața personală și studii; percepția lipsei de control asupra programului zilnic; vulnerabilitate crescută la anxietate și oboseală psihică.
- Adaptare medie: prezentă la 217 respondenți (51,7%), adică majoritatea. Ei gestionează timpul într-un mod relativ funcțional, dar nu optim: își pot organiza sarcinile zilnice, dar cu fluctuații; se confruntă cu perioade de dezechilibru și presiune; echilibrul lor depinde de context și de nivelul de solicitare externă.
- Adaptare înaltă: raportată de 106 participanți (25,2%), un grup mai restrâns, dar important. Subiecții prezintă abilități eficiente de planificare și prioritizare; prezintă capacitatea de a menține un echilibru sănătos între activitățile academice, sociale și personale, dar și resurse interne de autoreglare și reziliență care reduc riscul de epuizare psihică.

Cunoscut este că managementul timpului este considerat un predictor major al performanței academice și profesionale, sănătății psihice și echilibrului emoțional, totodată este considerat un predictor major al reducerii anxietății și stresului cronic. Cercetările arată că deficitul de organizare temporală este asociat cu stres crescut, procrastinare și diminuarea calității vieții; nivelul mediu sugerează funcționare parțial eficientă, dar vulnerabilă la supraîncărcare, iar nivelul înalt este un factor protector important, corelat cu autocontrolul și reziliența.

#### **Anexa 14.5. Principii metodologice și aplicative în cercetarea și intervenția privind calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială a persoanelor cu anxietate**

**1. Principiul corelației funcționale dintre evaluare și intervenție psihologică.** Acest principiu presupune integrarea evaluării psihologice din multiple unghiuri în structura intervenției, astfel încât obiectivele psihologice, terapeutice să fie formulate pe baza unei analize comprehensive a simptomatologiei anxioase și a indicatorilor calității vieții. Conceptualizarea cazului, specifică abordării cognitiv-comportamentale, subliniază necesitatea corelării datelor de evaluare cu strategiile de intervenție (Beck, 2011; Persons, 2008) [90]. De altfel, calitatea vieții este analizată ca construct ce include dimensiuni fizice, psihologice și sociale (WHOQOL Group, 1995; Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004) [223; 244]. Reevaluarea periodică permite ajustarea intervenției în funcție de progres și optimizează validitatea rezultatelor.

**2. Principiul participării active și al autoreglării conștiente.** Intervențiile eficiente în anxietate se bazează pe implicarea activă a participantului în procesul de schimbare, prin exerciții experiențiale, auto-monitorizare și antrenarea strategiilor de coping. Modelul autoeficacității (Bandura, 1997) evidențiază rolul credințelor privind competența personală în gestionarea situațiilor stresante [85]. Totodată, tehnicile de expunere, restructurare cognitivă și antrenament în abilități sociale favorizează internalizarea mecanismelor de autoreglare emoțională (Barlow, 2002) [85]. Participarea activă contribuie la reducerea evitării comportamentale (Craske et al., 2014), considerată un factor central în menținerea anxietății.

**3. Principiul integrativ al abordărilor terapeutice validate științific.** Meta-analizele confirmă eficiența terapiei cognitiv-comportamentale în tratamentul tulburărilor de anxietate (Hofmann et al., 2012) [152], însă cercetările recente susțin valoarea integrării strategiilor din terapiile de tip mindfulness și acceptare (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012) sau din intervențiile centrate pe emoții [148].

O abordare integrativă permite intervenția simultană asupra distorsiunilor cognitive, hiperactivării fiziologice și dificultăților relaționale, contribuind la îmbunătățirea funcționării

globale și a satisfacției vieții (Arch & Craske, 2008). Sinteza metodelor validate științific crește adaptabilitatea programului la nevoile individuale.

**4. Principiul individualizării și echității intervenției.** Variabilitatea manifestărilor anxietății și a impactului acesteia asupra calității vieții impune adaptarea intervenției la particularitățile fiecărui participant. Modelele moderne de psihoterapie subliniază importanța formulării individualizate a cazului și a intervenției diferențiate (Norcross & Wampold, 2011) [187]. Echitatea intervenției presupune luarea în considerare a factorilor demografici, culturali și contextuali, în acord cu perspectiva biopsihosocială asupra sănătății (Engel, 1977) [130]. Această adaptare crește eficiența și sustenabilitatea rezultatelor.

**5. Principiul abordării sistemice a funcționării psihosociale.** Adaptabilitatea psihosocială trebuie înțeleasă ca rezultat al interacțiunii dintre individ și mediul său. Modelele ecologice ale dezvoltării (Bronfenbrenner, 1979) evidențiază influența contextelor familiale, profesionale și comunitare asupra funcționării psihologice [100]. Studiile arată că suportul social reprezintă un factor protector major în reducerea simptomelor anxioase și în creșterea calității vieții (Cohen & Wills, 1985) [105]. Prin urmare, intervenția trebuie să vizeze nu doar restructurarea internă, ci și optimizarea relațiilor și a resurselor externe.

**6. Principiul orientării către determinanții cauzali ai disfuncționalității.** Modelele cognitive ale anxietății subliniază rolul schemelor dezadaptative și al interpretărilor catastrofice în menținerea tulburării (Clark & Beck, 2010), [102]. Intervenția eficientă presupune restructurarea acestor mecanisme profunde, nu doar diminuarea simptomelor manifeste. Abordarea procesuală a emoțiilor (Gross, 1998) [143] evidențiază importanța modificării strategiilor disfuncționale de reglare emoțională. Intervenția orientată cauzal favorizează schimbări stabile și generalizabile, cu impact direct asupra funcționării psihosociale și satisfacției vieții.

**7. Principiul implicării mediului social semnificativ.** Literatura de specialitate confirmă rolul relațiilor apropiate în evoluția și menținerea tulburărilor de anxietate (Barlow, 2002) [86]. Implicarea familiei sau a partenerului în procesul terapeutic poate consolida efectele intervenției și reduce comportamentele de acomodare care întrețin anxietatea (Lebowitz, Woolston & Bar-Haim, 2014). În același timp, climatul relațional securizant facilitează dezvoltarea competențelor de adaptare și creșterea calității vieții, prin susținerea aplicării strategiilor dobândite în contexte reale.

1. Aviz Comisia de Etică a Cercetării;



Comisia de Etică a Cercetării

Nr. 112 din data de 14.01.2025

**AVIZ DE ETICĂ A CERCETĂRII**

Comisia de Etică a Cercetării din cadrul Universității Hyperion din București  
cu sediul în Calea Călărașilor nr. 169, sector 3, cod fiscal 2836240

**ACORDĂ AVIZ FAVORABIL**

Proiectului de Cercetare: „*Calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială a  
persoanelor cu anxietate*”

Cercetător principal: DRAGOMIR Diana-Elena.

Comisia apreciază că proiectul respectă normele etice în vigoare și poate fi derulat în  
forma propusă.

Conf. univ. dr. Gelu Cristian SABĂU

Președinte al Comisiei de Etică a Cercetării



## 2. Acord de participare și consimțământ informat al participanților

### ACORD DE PARTICIPARE ȘI CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT

28

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_,  
student(ă) la Facultatea de Psihologie, an de studiu \_\_ \_\_, declar că am fost informat(ă)  
despre scopul, conținutul și condițiile programului de intervenție psihologică „**Diminuarea  
nivelului de anxietate, optimizarea adaptabilității psihosociale și a calității vieții  
studentilor**”.

Programul are o durată de 14 ședințe, desfășurate în două sesiuni săptămânale, timp de 7  
săptămâni, fiecare sesiune având 90 de minute.

Activitățile includ exerciții individuale și de grup, discuții ghidate, jocuri și aromele uleiurilor  
esențiale de Lavandă, Bergamotă și Ylang-Ylang.

#### Declarație de consimțământ

- Participarea mea la program este voluntară.
- Datele și răspunsurile mele vor fi confidențiale și folosite doar în scop științific, în formă anonimată.
- Am fost informat(ă) despre utilizarea aromelor în program.
- Declar că:  nu am alergii respiratorii cunoscute / astm / migrene sensibile la aromele folosite în program.  
 am sensibilități/situații specifice (sarcină, alăptat): \_\_\_\_\_

#### Acord privind imaginea (foto / video)

Sunt de acord ca imaginea mea (foto / video) să poată fi utilizată doar în scopuri educaționale  
și științifice, cu respectarea confidențialității.

Am înțeles scopul și structura programului și îmi exprim acordul liber și informat de a participa.

Numele în clar și semnătura participantului: \_\_\_\_\_

Data: 16.10.2025

### 3. Declarație de consimțământ pentru participare la studiu de cercetare doctorală

#### DECLARAȚIE DE CONSIMȚĂMÂNT pentru participarea la studiu de cercetare doctorală

Universitatea de Stat din Moldova  
Școala Doctorală Științe Sociale, Specialitatea – Psihologie Generală  
Titlul cercetării: **Calitatea vieții și adaptabilitatea psihosocială a persoanelor cu anxietate**  
Cercetător: Dragomir Diana-Elena  
Coordonator științific: Paladi Oxana, dr. hab. în psihologie, prof. univ.

Prin prezenta, participanții indicați mai jos declară în mod explicit că:

- au fost informați cu privire la scopul, natura și metodologia cercetării științifice menționate mai sus, desfășurate în cadrul Școlii Doctorale de Științe Sociale din cadrul Universității de Stat din Moldova;
- participă în mod voluntar la acest studiu;
- înțeleg că datele colectate vor fi utilizate exclusiv în scopuri științifice, conform Regulamentului UE 2016/679 (GDPR);
- sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal (precum: vârstă, mediul de proveniență, sex, stare civilă, precum și toate răspunsurile oferite în cadrul chestionarelor utilizate în cercetarea doctorală), în condiții de anonim sau pseudonimizare, exclusiv în scopuri științifice.
- au fost informați că rezultatele cercetării vor fi publicate doar în formă agregată, fără a permite identificarea participanților.

Prin semnarea acestui formular, participanții indicați mai jos își exprimă consimțământul liber, informat și necondiționat pentru participarea la cercetare și pentru prelucrarea datelor în condițiile menționate mai sus.

Nr. crt.	Nume și prenume	Licență	An studii
1.		Da	3.
2.		Da	III
3.		Da	3
4.		Da	III
5.		Da	III
6.		Da	III
7.		Da	III
8.		Da	III
9.		Da	III
10.		Da	III
11.		Da	III
12.		Da	III
13.		Da	III
14.		Da	III
15.		Da	III
16.		Da	III
17.		Da	III
18.		Da	III
19.		Da	III
20.		Da	III

## DECLARAȚIE PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnata, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Numele, prenumele **Diana-Elena DRAGOMIR**

Semnătura



Data 09.03.2026

## CURRICULUM VITAE



### Curriculum vitae

#### INFORMAȚII PERSONALE

**Diana Dragomir**

București, România

[ms.diana.dragomir@gmail.com/](mailto:ms.diana.dragomir@gmail.com/)

#### EXPERIENȚA DE MUNCĂ

- Ianuarie 2023 – prezent* - Universitatea Hyperion România - Facultatea de Psihologie și Științele Educației  
Cadru didactic univ. - Cursuri „*Psihoaromaterapie*” - master și *Aromapsihologie* - licență
- Decembrie 2023 – prezent* - The Aromatic Studies Academy (*Reprezentanța din Romania a Școlii Americane de Aromaterapie*) - Instructor internațional aromaterapie, profesor-fondator
- Martie 2022 - prezent* - Asociația Profesională de Aromaterapie din România - Vicepreședinte
- Februarie 2021 - prezent* - Colegiul Psihologilor din România - *Cabinet Individual de Psihologie și Aromaterapie „Dragomir Diana”*
- Mai 2022 - prezent* - IFPA - The International Federation of Professional Aromatherapists, U.K.  
*Full Member - Certified Clinical Aromatherapist*
- Ianuarie 2024 – prezent* - NAHA – National Association for Holistic Aromatherapy, SUA  
*Full member Level 3: NAHA Certified Clinical Aromatherapist*
- Ianuarie 2000 – prezent* - Uniunea Avocaților din România, Baroul București - Avocat – asociat majoritar  
„Diana Dragomir și Asociații” -Societate Civilă de Avocatură

#### EDUCAȚIE ȘI FORMARE

- 2023 – prezent** Școala Doctorală, Științe Sociale, Specializarea 511.01 - Psihologie generală  
Universitatea de stat din Moldova, Chișinău, Republica Moldova
- 2003 – 2023** *Certificat de absolvire* - The School for Aromatic Studies – USA  
Full program Aromatherapy Training – 750 ore - *Certified Clinical Aromatherapist*
- Certificat de specializare* -The School for Aromatic Studies – S.U.A  
Aromatic Medicine – full program - 250 ore
- Certificat de specializare* - The Tisserand Institute – S.U.A  
AromaPsychology
- Certificat de specializare* - The School for Aromatic Studies – S.U.A  
Aromas and the Mind Certificate Course
- Certificat de specializare* -The School for Aromatic Studies – S.U.A  
Foundations of Essential Oil Therapy Certificate Course
- Certificat de înregistrare în Registrul Internațional al Practicienilor*  
The Dr. Edward Bach Foundation, UK - Terapii Florale Bach
- Diplomă de absolvire* - NLP-Resonanz - Coach - Institutul Kutschera – Viena, Austria  
*Certificat de absolvire* - NLP-Resonanz - Practitioner - Institutul Kutschera – Viena, Austria

*Certificat de absolvire* - Universitatea Hyperion din București, România  
Departamentul pentru pregătirea personalului didactic

*Certificat de absolvire – Formator* - Fundația pentru Învățământ, București, România  
Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse, Ministerul Educației și Cercetării

*Certificat de absolvire - Evaluator de competențe profesionale*- Fundația pentru Învățământ  
Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse, Ministerul Educației și Cercetării

*Diplomă de Master în Psihologie Clinică și Consiliere Psihologică*  
Master în Psihologie clinică și consiliere psihologică-Universitatea Hyperion din București

*Diplomă de licență în Psihologie* - Universitatea Hyperion din București, România

1993 -2007

*Diplomă de absolvire* - Master în Dreptul Afacerilor  
Universitatea Română - Americană București

*Specializare în dreptul familiei* - Curtea Supremă a Belgiei, Bruxelles

*Formare de formatori în domeniul Drepturilor Copilului*  
Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse - ANPDC

*Specializare în practica și procedura Curții Europene*  
Consiliul Europei – Curtea Europeană a Drepturilor Omului - CEDO - Strasbourg, Franța

*Specializare în practica și procedura Curții Europene*  
Oxford University, UK – St. Peter's College

*Diplomă de licență în Științe Juridice* - Universitatea Bucuresti - Institutul de Drept si  
Relatii Internationale Diplomatice „Nicolae Titulescu”

#### FORMARE CONTINUĂ RELEVANTĂ

- **„Mental Health and Aromatherapy”** organizat de California Board of Registered Nurses Continuing Education Provider, S.U.A
- Programul de formare **„AromaPsychology”** organizat de The Tissarand Institute, California, S.U.A, acreditat IFPA.
- Programul de formare **„Aromatic Scholars Certificate Program”** organizat de The School for Aromatic Studies, North Carolina, S.U.A, acreditat IFPA și NAHA.
- **„Aromatics and Menopausal Skincare Program of professional training”** organizat de The School for Aromatic Studies, North Carolina, S.U.A, acreditat IFPA.
- **„Grief and Aromatics”** organizat de The School for Aromatic Studies, North Carolina, S.U.A, acreditat IFPA.
- **„Natural Anxiety Relief”** organizat de Aromahead Institute, S.U.A, acreditat IFPA.
- **„Essential Oils for Sleep”** organizat de The School for Aromatic Studies, North Carolina, , S.U.A, acreditat IFPA.
- **„Essential Oils for Emotional Wellbeing”** organizat de The School for Aromatic Studies, North Carolina, S.U.A, acreditat IFPA.
- **„Essential Oils for Homeschooling”** organizat de The School for Aromatic Studies, North Carolina, S.U.A, acreditat IFPA.]