

UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION CREANGĂ” CHIȘINĂU
ȘCOALA DOCTORALĂ DE PSIHOLOGIE

Cu titlu de manuscris
C.Z.U: 159.942:614.25(043.3)

VLAICU CRISTINA

SINGURĂTATEA LA PERSOANELE ÎN VÂRSTA DE
REGRESIE

Specialitatea: 511.02. - psihologia dezvoltării și psihologia educațională

Teză de doctor în psihologie

Coordonator științific:

SAVCA Lucia, conf.univ., dr.

Autor:

VLAICU Cristina

CHIȘINĂU, 2025

@ Vlaicu Cristina, 2025

CUPRINS

ADNOTARE	5
ANNOTATION	6
LISTA ABREVIERILOR	7
INTRODUCERE	8
1. FUNDAMENTE TEORETICE ALE SINGURĂȚĂȚII LA VÂRSTA DE REGRESIE ...	16
1.1. Cadru conceptual și teoretic al singurătății	16
1.2. Caracteristicile procesului de îmbătrânire în societatea contemporană	27
1.3. Singurătatea la vârsta de regresie	31
1.4. Strategii de coping pentru gestionarea singurătății la persoanele vârstnice	42
1.5. Concluzii la capitolul 1	47
2. CERCETARE EMPIRICĂ ASUPRA EXPERIENȚEI SINGURĂȚĂȚII LA VÂRSTA DE REGRESIE	49
2.1. Fundamentarea cadrului metodologic al cercetării constatative	49
2.2. Analiza rezultatelor cercetării experimentale privind singurătatea la vârsta a treia	58
2.3. Profilul psihologic al vârstnicului cu nivel ridicat de singurătate	92
2.4. Concluzii la capitolul 2	95
3. AMELIORAREA SINGURĂȚĂȚII LA VÂRSTA DE REGRESIE ÎN CONTEXT EXPERIMENTAL	96
3.1. Elaborarea, implementarea și evaluarea programului de intervenție psihologică în vederea diminuării singurătății la persoanele în vârstă de regresie	100
3.2. Prezentarea și interpretarea rezultatelor experimentului formativ privind diminuarea singurătății în rândul vârstnicilor	110
3.3. Concluzii la capitolul 3.....	137
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI	139
BIBLIOGRAFIE	144
ANEXE	172
Anexa 1. Caracteristicile eșantionului și analiza datelor demografice	172
Anexa 2. Testele Kolmogorov-Smirnov	177
Anexa 3. Analiza statistică descriptivă	178
Anexa 4. Analiza variabilelor în funcție de mediul de viață al vârstnicilor	179

Anexa 5. Relația dintre singurătatea și caracteristicile socio-demografice ale vârstnicilor	182
Anexa 6. Matricea corelației la variabilele studiate	185
Anexa 7. Ariile calității vieții	186
Anexa 8. Relația dintre ariile calității vieții și singurătatea la vârstnici	188
Anexa 9. Relația dintre efectele programului de intervenție psihologică asupra nivelului de singurătate și caracteristicile socio-demografice	189
Anexa 10. Analiza statistică descriptivă pentru grupul familial (GE) și grupul instituționalizat (GC)	193
Anexa 11. Testul Mann-Whitney: comparația dintre grupul familial (GE) și grupul instituționalizat (GC)	195
Anexa 12. Programul de intervenție psihologică pentru diminuarea singurătății vârstnicilor	197
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII	226
CURRICULUM VITAE	227

ADNOTARE

Vlaicu Cristina. Singurătatea la persoanele în vârstă de regresie. Teză de doctor în psihologie, Chișinău, 2025

Structura tezei: adnotări, lista abrevierilor, introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie (291 de titluri), 12 anexe, 143 pagini de text de bază, 35 figuri și 19 tabele. Rezultatele obținute sunt publicate în 15 lucrări științifice.

Cuvinte cheie: singurătate, regresie, vârstnic, îmbătrânire, impact psihologic, calitatea vieții, sănătate.

Scopul cercetării: Analiza teoretică și aplicativă a singurătății și a factorilor de risc ce contribuie la apariția și intensificarea acesteia, precum și proiectarea, implementarea și evaluarea eficienței programului de intervenție psihologică destinat diminuării și gestionării singurătății la persoanele în vârstă de regresie.

Obiectivele cercetării: Analiza literaturii de specialitate privind singurătatea în rândul persoanelor vârstnice, în vederea identificării lacunelor de cercetare și a fundamentării teoretice a studiului aplicativ; investigarea influenței factorilor socio-demografici asupra percepției singurătății la persoanele în vârstă de regresie; analiza impactului emoțiilor negative asupra intensificării singurătății la vârsta de regresie; evaluarea influenței calității vieții asupra singurătății, incluzând dimensiuni precum sănătatea, bunăstarea și suportul social; explorarea relației dintre trăsăturile de personalitate și singurătatea vârstnicilor; elaborarea, implementarea și validarea programului de intervenție psihosocială pentru diminuarea singurătății și îmbunătățirea calității vieții la vârsta de regresie.

Rezultatele obținute oferă o conceptualizare integrată a singurătății la vârstnici, evidențiind relațiile dintre aceasta, factorii socio-demografici, emoțiile negative, calitatea vieții și trăsăturile de personalitate asociate izolării sociale. În plus, cercetarea identifică resursele personale și sociale protective și validează programul de intervenție psihosocială, demonstrat eficient în diminuarea singurătății și îmbunătățirea calității vieții prin consolidarea resurselor emoționale și facilitarea reconectării sociale.

Noutatea și originalitatea științifică a cercetării rezidă în definirea precisă și abordarea integrată a singurătății la persoanele în vârstă de regresie. Studiul analizează relațiile dintre singurătate, factorii socio-demografici, emoțiile negative, calitatea vieții și trăsăturile de personalitate, evidențiind diferențele între persoanele instituționalizate și cele neinstituționalizate. Totodată, conturează un profil psihologic specific al vârstnicilor cu niveluri ridicate de singurătate și validează programul de intervenție psihosocială multidimensional, demonstrând eficiența acestuia în reducerea singurătății și îmbunătățirea stării de bine, contribuind astfel la extinderea cunoștințelor teoretice și la dezvoltarea de soluții practice adaptate acestei categorii vulnerabile.

Semnificația teoretică a cercetării constă în definirea și clarificarea conceptului de singurătate la persoanele vârstnice, oferind o înțelegere aprofundată a factorilor determinanți și mecanismelor psihologice asociate. Prin dezvoltarea modelului teoretic integrat și a planului de intervenție psihologică adaptat, studiul sprijină elaborarea strategiilor eficiente pentru reducerea singurătății. Integrarea perspectivelor interdisciplinare și validarea empirică a programului oferă direcții inovatoare pentru cercetare și aplicare în domeniul sănătății mentale și psihologiei sociale. Aceste contribuții deschid noi perspective pentru intervenții personalizate și îmbunătățirea calității vieții persoanelor vârstnice.

Valoarea aplicativă a lucrării constă în dezvoltarea, implementarea și validarea programului de intervenție psihologică destinat reducerii singurătății și îmbunătățirii calității vieții persoanelor vârstnice. Programul, personalizat pentru a răspunde nevoilor specifice ale acestei categorii vulnerabile, s-a dovedit eficient și reprezintă o resursă metodologică valoroasă pentru psihologi și specialiști în domeniul îngrijirii. Rezultatele cercetării demonstrează aplicabilitatea programului atât în formarea profesională a practicienilor, cât și în instituțiile de îngrijire, oferind un cadru replicabil la nivel național. De asemenea, cercetarea contribuie la elaborarea unor politici publice axate pe incluziunea socială și optimizarea intervențiilor psihosociale, sprijinind astfel îmbunătățirea calității vieții persoanelor vârstnice și promovând bunăstarea acestora în societate.

Implementarea rezultatelor științifice: Rezultatele cercetării au fost validate prin publicații științifice, prezentări la conferințe și sesiuni academice. Programul de intervenție, implementat cu succes în instituții de îngrijire, a demonstrat eficiență, contribuind la literatura de specialitate și având potențial de influențare a politicilor publice pentru îmbunătățirea calității vieții vârstnicilor.

ANNOTATION

Vlaicu Cristina. *Loneliness in older adults in regression. PhD Thesis in psychology, Chişinău, 2025*

Thesis structure: Annotations, abbreviations, introduction, three chapters, general conclusions and recommendations, bibliography (291 titles), 12 appendices, 143 pages of core text, 35 figures, and 19 tables. The obtained results have been published in 15 scientific papers.

Keywords: Loneliness, regression, elderly, ageing, psychological impact, quality of life, health.

Research aim: The theoretical and applied analysis of loneliness and the risk factors contributing to its emergence and intensification, as well as the design, implementation, and evaluation of the effectiveness of a psychological intervention program aimed at reducing and managing loneliness in elderly individuals experiencing regression.

Research objectives: To analyse the specialised literature on loneliness among older people to identify research gaps and establish the theoretical foundation for the applied study; to investigate the influence of socio-demographic factors on the perception of loneliness in elderly individuals experiencing regression; to analyse the impact of negative emotions on the intensification of loneliness in regression-age individuals; to assess the influence of quality of life on loneliness, including dimensions such as health, well-being, and social support, to explore the relationship between personality traits and loneliness among older people, to develop, implement, and validate a psychosocial intervention program to reduce loneliness and improve the quality of life in regression-age individuals.

Results: The obtained results provide an integrated conceptualisation of loneliness in the elderly, highlighting the relationships between loneliness, socio-demographic factors, negative emotions, quality of life, and personality traits associated with social isolation. Furthermore, the research identifies protective personal and social resources. It validates a psychosocial intervention program proven effective in reducing loneliness and improving quality of life by strengthening emotional resources and facilitating social reconnection.

Scientific novelty and originality: The research's novelty and uniqueness lie in the precise definition and integrated approach to loneliness in elderly individuals experiencing regression. The study examines the relationships between loneliness, socio-demographic factors, negative emotions, quality of life, and personality traits, emphasising differences between institutionalised and non-institutionalized individuals. Additionally, it outlines a specific psychological profile of elderly individuals with high levels of loneliness. It validates a multidimensional psychosocial intervention program, demonstrating its effectiveness in reducing loneliness and improving well-being. This contributes to expanding theoretical knowledge and developing practical solutions tailored to this vulnerable category.

Theoretical significance: The theoretical importance of the research consists in defining and clarifying the concept of loneliness in elderly individuals, offering an in-depth understanding of its determining factors and associated psychological mechanisms. By developing an integrated theoretical model and an adapted psychological intervention plan, the study supports elaborating effective strategies for reducing loneliness. The integration of interdisciplinary perspectives and the empirical validation of the program provide innovative directions for research and application in the fields of mental health and social psychology. These contributions open new perspectives for personalised interventions and improving elderly individuals' quality of life.

Practical value: The practical value of the study lies in the development, implementation, and validation of a psychological intervention program aimed at reducing loneliness and improving the quality of life of elderly individuals. The program, customised to meet the specific needs of this vulnerable category, has proven effective and represents a valuable methodological resource for psychologists and care professionals. The research results demonstrate the program's applicability in practitioners' professional training and care institutions, offering a replicable framework at the national level. Additionally, the research contributes to the development of public policies focused on social inclusion and the optimisation of psychosocial interventions, thus supporting the enhancement of elderly individuals' quality of life and promoting their well-being in society.

Implementation of scientific results: Scientific publications, conference presentations, and academic sessions have validated the research results. The intervention program, successfully implemented in care institutions, has demonstrated its effectiveness, contributing to specialised literature and having the potential to influence public policies to improve the quality of life of elderly individuals.

LISTA ABREVIERILOR

- ANOVA - Metodă statistică analiza variației
- APA - Asociația Americană de Psihologie
- DASS - Scalele pentru depresie, anxietate și stres
- DASS 21-R - Scalele pentru depresie, anxietate și stres adaptată de Albu
- EPQ - Chestionarul de personalitate Eysenck
- EPQ-R - Chestionarul de personalitate Eysenck varianta scurtă
- GC - Grupul de control
- GE - Grupul experimental formativ
- H₁ - Ipoteza operațională nr. 1
- H₂ - Ipoteza operațională nr. 2
- H₃ - Ipoteza operațională nr. 3
- H₄ - Ipoteza operațională nr. 4
- HPA - Axa Hipotalamo-Hipofizo-suprarenală
- OMS - Organizația Mondială a Sănătății
- QOLI - Inventarul calității vieții
- REBT - Terapia rațional-emoțională și comportamentală
- TCC - Terapia cognitiv-comportamentală
- TFS - Terapia familială sistemică
- UCLA - Scala de singurătate UCLA

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța temei abordate. În contextul contemporan, marcat de ritmul rapid al schimbărilor sociale și de accentuarea individualismului, singurătatea devine o problemă din ce în ce mai prezentă în rândul vârstnicilor, cu impact semnificativ asupra sănătății lor fizice, mentale și emoționale. Procesul accelerat de îmbătrânire a populației intensifică această problemă, care este abordată atât din perspectivă socială, cât și din punct de vedere al sănătății publice [97]. Transformările din structura familială și declinul sprijinului comunitar tradițional contribuie la creșterea însingurării în rândul vârstnicilor, lăsându-i vulnerabili și expuși unor riscuri grave pentru sănătate. Conform studiilor recente, singurătatea afectează o proporție semnificativă a populației, fiind resimțită frecvent de aproximativ 14,7% dintre români, în special de persoanele de vârstă înaintată [186]. Datele Institutului Național de Statistică din România evidențiază faptul că 45% dintre femeile cu vârsta de peste 75 de ani locuiesc singure, ceea ce le expune unui risc crescut de reducere a conectivității sociale, aspect corelat cu multiple afecțiuni de natură fizică și psihologică [117]. La nivel global, acest fenomen este susținut de datele europene, care relevă că aproximativ 30% dintre persoanele vârstnice experimentează singurătatea, iar tendințele actuale indică o creștere continuă a acestui procent [194; 279].

Singurătatea în rândul persoanelor vârstnice nu se limitează la un disconfort emoțional de natură temporară, ci constituie un factor de risc semnificativ pentru sănătatea fizică și emoțională [215]. Cercetările indică faptul că solitudinea crește riscul de deces prematur cu până la 30%, acest risc fiind comparabil cu efectele negative ale fumatului sau obezității. De asemenea, este corelată cu o incidență mai mare a tulburărilor cardiovasculare, hipertensiunii și a altor boli cronice [109]. Din perspectiva sănătății mentale, contribuie la accentuarea simptomelor de depresie și anxietate, favorizează declinul cognitiv și crește riscul de demență cu până la 50% [111]. Din punct de vedere psihologic, această condiție este definită ca o durere socială, generată de lipsa unor interacțiuni semnificative. În acest cadru, persoanele vârstnice sunt adesea prinse într-un cerc vicios al izolării, care le diminuează capacitatea de a menține relații sociale și intensifică percepția de neajutorare [181]. Într-un context caracterizat de instabilitate socio-economică și migrare masivă a populației tinere, mulți vârstnici se confruntă cu absența unui suport social adecvat [118].

În România, fragmentarea structurilor familiale și emigrarea generației tinere contribuie semnificativ la accentuarea distanțării sociale în rândul persoanelor vârstnice. O proporție semnificativă a acestora își petrec anii de final ai vieții în izolare, confruntându-se atât cu dificultăți emoționale, cât și cu provocări în gestionarea activităților zilnice. Singurătatea în rândul

persoanelor vârstnice reprezintă o provocare semnificativă pentru sănătatea publică, fiind determinată de factori multipli și având consecințe negative atât asupra stării fizice, cât și a celei psihice. Deși relațiile interpersonale sunt apreciate la nivel societal, stabilirea unor legături profunde devine din ce în ce mai dificilă, accentuând astfel solitudinea la vârste înaintate [115].

Având în vedere complexitatea și gravitatea situației, se impun intervenții multidisciplinare menite să sprijine bunăstarea acestei categorii vulnerabile. Inițiative precum programele de incluziune socială, asistența psihologică și promovarea participării la activități comunitare sunt esențiale pentru diminuarea impactului negativ al singurătății și pentru facilitarea unei îmbătrâniri sănătoase și demne [20; 73; 150]. Politicile publice dețin un rol esențial în susținerea acestor eforturi, prin alocarea resurselor necesare și implementarea unor măsuri legislative adecvate care să contribuie la îmbunătățirea calității vieții persoanelor în vârstă [170]. În concluzie, singurătatea la vârstnici este o problemă actuală, complexă și urgentă, cu implicații semnificative pentru sănătatea publică. Prin integrarea rezultatelor cercetării academice, consolidarea sprijinului social și implementarea unor politici publice eficiente, societatea poate susține o îmbătrânire sănătoasă în rândul vârstnicilor [97; 241, 248].

Descrierea situației în domeniul de cercetare și identificarea problemei de cercetare.

Primele cercetări asupra singurătății, reflectate în lucrările de referință ale lui G. Zilboorg (1938) și F. Fromm-Reichmann (1959), au furnizat o bază teoretică solidă pentru înțelegerea complexității acestei problematice, evidențind atât dimensiunile psihologice, cât și cele sociale [89; 289]. Studiile ulterioare realizate de R.S. Weiss (1973) și de D. Perlman și L.A. Peplau (1973) au extins acest cadru conceptual, abordând singurătatea ca o realitate multidimensională, influențată de o varietate de factori demografici, contextuali și interpersonali [181; 274]. Lucrarea de referință "Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy", publicată de L.A. Peplau și D. Perlman în 1981, a oferit o sinteză extinsă a teoriilor și cercetărilor existente, stabilind un cadru esențial pentru investigațiile ulterioare [182]. Această contribuție semnificativă a direcționat atenția către identificarea mecanismelor fundamentale și factorilor determinanți ai singurătății.

De-a lungul timpului, studiul singurătății a cunoscut o evoluție semnificativă, trecând de la cercetările inițiale din anii 1930 și 1980, la abordări multidisciplinare actuale, care înglobează neuroștiințele, psihologia și sănătatea publică. D. Russell, L.A. Peplau și M.L. Ferguson (1978) au contribuit semnificativ prin dezvoltarea UCLA Loneliness Scale, un instrument esențial pentru evaluarea empirică a singurătății, utilizat ulterior în numeroase studii [219]. Aproximativ în aceeași perioadă, P. Sadler și T. Johnson (1980) și J. Young (1982) au evidențiat influența contextului social al singurătății, demonstrând că deficitul relațiilor de calitate intensifică

disconfortul emoțional [221; 284]. În paralel, V. Sermat (1978) și J.P. Flanders (1982) au subliniat importanța sprijinului social și a rețelelor de suport în atenuarea singurătății [83; 235]. În anii 1980, J. De Jong-Gierveld (2010) a dezvoltat o altă scală de evaluare, adaptabilă diverselor contexte culturale, facilitând astfel extinderea studiilor asupra acestei problematici la nivel internațional [69].

În 2002, J.T. Cacioppo și colaboratorii au evidențiat legătura dintre singurătate și declinul fiziologic, demonstrând că lipsa contactelor sociale poate declanșa răspunsuri de stres cronic, cu efecte negative asupra sănătății fizice [50; 206]. Ulterior, J.T. Cacioppo și W. Patrick (2008) au explorat influența acestei realități asupra sistemului endocrin și a funcționării creierului, evidențiind un ciclu de retragere socială și suferință emoțională [53]. Cercetările lor au fost completate de studiul realizat de A. Steptoe, A. Shankar, P. Demakakos și J. Wardle (2013), care a subliniat corelația profundă dintre depresie, anxietate și sentimentul de separare la persoanele în vârstă, semnalând necesitatea unor măsuri specifice pentru această grupă de populație [242]. C.R. Victor și A. Bowling (2012) au studiat experiența singurătății la vârstnici, explorând impactul variabilelor precum sănătatea fizică, suportul social și statutul socio-economic asupra acestei condiții [255].

Pe aceeași linie, J. Holt-Lunstad și colegii săi (2015) au evidențiat că lipsa legăturilor sociale poate crește riscul de mortalitate prematură cu până la 30%, efect comparabil cu factorii de risc asociați fumatului și obezității [110]. Mai recent, J. De Jong Gierveld și T. Van Tilburg (2010), P. Cowen și C. Browning (2015), alături de și A.D. Ong, B.N. Uchino și E. Wethington (2016) au susținut necesitatea abordărilor interdisciplinare și a adaptărilor culturale pentru a obține rezultate notabile în contracararea însingurării [63; 69; 175]. În aceeași direcție, A. Rokach (2018) a investigat variațiile în experiența singurătății între diverse categorii demografice și a subliniat necesitatea unor strategii de intervenție personalizate, adaptate specificului fiecărui grup [210].

În contextul românesc, cercetători precum R. Rășcanu (1987), S.M. Rădulescu (1994), M. Zlate (2004), M. Popescu (2012) și alții, au analizat consecințele sociale ale migrației tinerilor asupra populației vârstnice [192; 198; 202; 291]. Aceștia au evidențiat că diminuarea structurilor de suport familial contribuie semnificativ la intensificarea singurătății, precum și la declinul sănătății mentale și fizice a acestei categorii de populație. În Republica Moldova, cercetările realizate de O. Gagauz și M. Buciuceanu-Vrabie (2014), L. Bujor și colaboratorii săi (2016), C. Perjan, V. Plămădeală și S. Sănduleac (2017), E. Losii (2018), L. Savca (2022) împreună cu alți cercetători, au abordat, de asemenea, problematica singurătății la adolescenți, tinerii în conflict cu legea și vârstnici, evidențiind rolul esențial al sprijinului social și al integrării comunitare în

atenuarea singurătății în rândul persoanelor vârstnice [45; 90; 141; 180; 187; 224]. Aceste cercetări demonstrează progresul înțelegerii experienței singurătății și accentuează necesitatea unor strategii de intervenție interdisciplinare și adaptate cultural, destinate să atenueze efectele negative asupra persoanelor vârstnice vulnerabile. Ele evidențiază importanța colaborării între specialiști în sănătate mintală, sociologi și factori de decizie politică pentru a sprijini integrarea socială și a îmbunătăți calitatea vieții vârstnicilor, utilizând o abordare multidisciplinară esențială pentru formularea unor politici publice eficiente și susținerea comunităților vulnerabile [194; 197].

Având în vedere prevalența ridicată a singurătății în rândul persoanelor vârstnice și absența programelor de intervenție adecvate, se conturează următoarea **problemă de cercetare**: În ce măsură factorii socio-demografici, variabilele psihologice (incluzând emoții negative precum stresul, depresia, anxietatea și trăsăturile de personalitate) și calitatea vieții influențează manifestarea singurătății la persoanele în vârstă de regresie? Cum pot intervențiile psihosociale personalizate contribui la ameliorarea acestei experiențe? Pornind de la această situație, devine justificată o abordare multidimensională care să ofere o definiție complexă a singurătății, contribuind astfel la elaborarea unor programe de intervenție eficiente. Într-o societate marcată de schimbări rapide în dinamica relațiilor sociale, continuarea cercetărilor și aplicarea rezultatelor devin esențiale pentru bunăstarea psihosocială și îmbunătățirea calității vieții vârstnicilor, aducând, totodată, beneficii semnificative în sfera sănătății publice.

Scopul principal al acestei cercetări constă în analiza teoretică și aplicativă a singurătății și a factorilor de risc ce contribuie la apariția și intensificarea acesteia, precum și proiectarea, implementarea și evaluarea eficienței programului de intervenție psihologică destinat diminuării și gestionării singurătății la persoanele în vârstă de regresie.

Obiectivele, formulate în conformitate cu scopul propus, sunt următoarele:

- Analiza literaturii de specialitate privind singurătatea în rândul persoanelor vârstnice, în vederea identificării lacunelor de cercetare și a fundamentării teoretice a studiului aplicativ.
- Investigarea influenței factorilor socio-demografici (vârstă, gen, mediu de rezidență, statut marital, nivel de educație și venit) asupra percepției singurătății la persoanele în vârstă de regresie.
- Analiza impactului emoțiilor negative asupra intensificării singurătății la vârstă de regresie.
- Evaluarea influenței calității vieții asupra singurătății, incluzând dimensiuni precum sănătatea, bunăstarea și suportul social.
- Explorarea relației dintre trăsăturile de personalitate și singurătatea vârstnicilor.
- Elaborarea, implementarea și validarea programului de intervenție psihosocială pentru diminuarea singurătății și îmbunătățirea calității vieții la vârstă de regresie.

Pornind de la scopul și obiectivele prezentate formulăm următoarele **ipoteze generale** pentru studiul experimental:

Presupunem că intensitatea și modalitățile de manifestare ale singurătății în rândul persoanelor în vârstă de regresie, sunt influențate de o interacțiune complexă între factorii socio-demografici, psiho-emoționali și personali.

Presupunem că implementarea programului de intervenție psihologică, fundamentat pe o abordare integrată, va diminua semnificativ nivelul singurătății în rândul persoanelor în vârstă de regresie.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice constau în dezvoltarea unei conceptualizări integrate a singurătății la persoanele vârstnice, oferind o perspectivă complexă asupra influenței factorilor psihologici, socio-demografici, calității vieții și trăsăturilor de personalitate. Sunt identificați atât factorii de risc care amplifică singurătatea, cât și resursele personale și sociale protective care pot atenua efectele acesteia. Studiul subliniază interacțiunile dintre depresie, anxietate, stres și alți determinanți, demonstrând impactul acestora asupra amplificării singurătății. Pe baza acestor constatări, a fost elaborat și implementat programul de intervenție psihosocială, destinat reducerii singurătății și îmbunătățirii calității vieții, prin consolidarea resurselor emoționale și facilitarea suportului social. Rezultatele oferă o bază solidă pentru dezvoltarea unor strategii aplicative care să reducă singurătatea și să promoveze sănătatea mentală și emoțională, deschizând noi direcții de cercetare și aplicare în domeniul bunăstării vârstnicilor.

Noutatea și originalitatea științifică a cercetării rezidă în definirea precisă și abordarea integrată a singurătății la persoanele în vârstă de regresie. Studiul analizează relațiile dintre singurătate, factorii socio-demografici, emoțiile negative, calitatea vieții și trăsăturile de personalitate, evidențiind diferențele între persoanele instituționalizate și cele neinstituționalizate. Totodată, conturează un profil psihologic specific al vârstnicilor cu niveluri ridicate de singurătate și validează programul de intervenție psihosocială multidimensional, demonstrând eficiența acestuia în reducerea singurătății și îmbunătățirea stării de bine, contribuind astfel la extinderea cunoștințelor teoretice și la dezvoltarea de soluții practice adaptate acestei categorii vulnerabile.

Importanța teoretică a cercetării constă în definirea și clarificarea conceptului de singurătate la persoanele vârstnice, oferind o înțelegere aprofundată factorilor determinanți și mecanismelor psihologice asociate. Prin dezvoltarea modelului teoretic integrat și a planului de intervenție psihologică adaptat, studiul sprijină elaborarea unor strategii eficiente pentru reducerea singurătății. Integrarea perspectivelor interdisciplinare și validarea empirică a programului oferă direcții inovatoare pentru cercetare și aplicare în domeniul sănătății mentale și psihologiei sociale.

Aceste contribuții deschid noi perspective pentru intervenții personalizate și îmbunătățirea calității vieții persoanelor vârstnice.

Valoarea aplicativă a lucrării constă în dezvoltarea, implementarea și validarea programului de intervenție psihologică destinat reducerii singurătății și îmbunătățirii calității vieții persoanelor vârstnice. Programul, personalizat pentru a răspunde nevoilor specifice ale acestei categorii vulnerabile, s-a dovedit eficient și reprezintă o resursă metodologică valoroasă pentru psihologi și specialiști în domeniul îngrijirii. Rezultatele cercetării demonstrează aplicabilitatea programului atât în formarea profesională a practicienilor, cât și în instituțiile de îngrijire, oferind un cadru replicabil la nivel național. De asemenea, cercetarea contribuie la elaborarea unor politici publice axate pe incluziune socială și optimizarea intervențiilor psihosociale, sprijinind astfel îmbunătățirea calității vieții persoanelor vârstnice și promovând bunăstarea acestora în societate.

Aprobarea și implementarea rezultatelor cercetării s-a realizat printr-un proces riguros de validare academică și practică. Rezultatele au fost prezentate, analizate și aprobate în cadrul ședințelor de supervizare și evaluare organizate de comisia de îndrumare și Școala Doctorală a Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă” din Chișinău, precum și în cadrul consultărilor cu conducătorul științific. Aceste dezbateri au consolidat fundamentul teoretic și practic al cercetării, facilitând publicarea a patru articole în reviste de specialitate, categoria B, recunoscute de ANACEC, atât din țară, cât și din străinătate, și prezentarea rezultatelor cercetării la șase conferințe naționale cu participare internațională și internaționale, inclusiv în cadrul sesiunilor anuale ale doctoranzilor. În perspectivă viitoare, se preconizează integrarea rezultatelor cercetării în formarea profesională a psihologilor, cu accent pe psihologia clinică și consilierea persoanelor vârstnice. Programul de intervenție psihologică elaborat de noi poate servi drept bază pentru un ghid de bune practici și cursuri acreditate de Colegiul Psihologilor din România. De asemenea, colaborarea cu instituții de îngrijire, organizații non-guvernamentale și voluntari va permite sprijinirea persoanelor vulnerabile la singurătate prin activități de grup, sesiuni de consiliere și ateliere de dezvoltare personală. Dezvoltarea unei rețele naționale de colaborare și elaborarea unui ghid metodologic vor asigura extinderea și eficiența programului, contribuind la reducerea singurătății și îmbunătățirea calității vieții persoanelor în vârstă de regresie.

Metodologia cercetării a fost elaborată în strictă concordanță cu scopul, obiectivele și ipotezele formulate, integrând metode teoretice, empirice și statistice pentru o analiză cuprinzătoare a singurătății la vârstnici. Designul metodologic a inclus administrarea unor instrumente psihometrice validate, precum Scala de Singurătate UCLA, DASS 21-R, QOLI și Chestionarul de Personalitate Eysenck, alături de experimente de constatare și control, desfășurate într-un cadru standardizat pentru asigurarea validității și fidelității măsurătorilor.

Analiza statistică a inclus teste de normalitate (Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov) și omogenitate a varianțelor (Levene) pentru selecția metodelor adecvate. Compararea mediilor s-a realizat prin testul t și ANOVA, urmată de analiza post-hoc Tukey, iar pentru distribuții non-normale, prin testele Mann-Whitney și Wilcoxon. Relațiile dintre variabile au fost investigate prin coeficientul Spearman, iar analiza predictivă a utilizat regresia liniară simplă și ierarhică. Analiza descriptivă a inclus indicatori de tendință centrală și dispersie, iar matricea corelațiilor a permis identificarea colinearităților. Această abordare metodologică integrată a oferit un cadru analitic riguros pentru examinarea variabilelor psihologice și socio-demografice, consolidând validitatea și robustețea concluziilor privind singurătății la vârstnici.

Sumarul compartimentelor tezei: Structura tezei este compusă din preliminarii (adnotarea în două limbi, lista abrevierilor și introducerea), trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie ce cuprinde 291 de titluri și un număr de 12 anexe, totalizând 15 pagini de text principal. Lucrarea conține, de asemenea, 35 de figuri și 19 tabele, care susțin și completează analiza realizată.

În **Introducere**, se subliniază relevanța și actualitatea temei privind singurătatea în contextul transformărilor sociale, fiind clar prezentate aspectele fundamentale, scopul și obiectivele cercetării.

Se prezintă ipotezele și rezultatele care contribuie la soluționarea problemei științifice, noutatea și importanța teoretică a lucrării, precum și valoarea sa aplicativă, alături de modalitățile de implementare a rezultatelor și un rezumat al capitolelor tezei.

Capitolul 1, intitulat **Fundamente teoretice ale singurătății la vârsta de regresie** oferă o analiză detaliată și aprofundată a conceptului de singurătate, investigând definițiile acestuia, evoluția istorică a cercetărilor și principalele perspective teoretice. Sunt discutate tipurile de singurătate și factorii determinanți, precum variabilele socio-demografice, emoțiile negative, calitatea vieții și trăsăturile de personalitate. Capitolul explorează relația dintre îmbătrânire și singurătate, subliniind efectele asupra sănătății fizice, mentale și emoționale a persoanelor vârstnice și prezintă strategiile de coping utilizate de aceștia, oferind o definiție complexă a acestei experiențe și creând o bază teoretică pentru cercetări viitoare, precum și pentru dezvoltarea unor intervenții psihosociale personalizate.

Capitolul 2, **Cercetare empirică asupra experienței singurătății la vârsta de regresie** cuprinde descrierea detaliată a design-ului cercetării, incluzând scopul, obiectivele, ipotezele, metodologia utilizată, eșantionul experimental și instrumentele psihodiagnostice aplicate. În acest capitol sunt prezentate analiza datelor cu privire la manifestările singurătății și la factorii psihologici asociați, incluzând emoțiile negative, calitatea vieții, și trăsăturile de personalitate, pe

baza unui eșantion diversificat de vârstnici, atât instituționalizați, cât și neinstituționalizați. Rezultatele cercetării evidențiază corelațiile semnificative dintre prezența emoțiilor negative, o calitate scăzută a vieții, și trăsături de personalitate precum nevrotismul cu un nivel crescut de singurătate. Totodată, capitolul conturează un portret psihologic detaliat al vârstnicului afectat de singurătate, evidențiind trăsăturile și vulnerabilitățile specifice acestuia. Acest portret oferă o bază solidă pentru dezvoltarea unor intervenții psihologice personalizate, adaptate particularităților și nevoilor psihosociale ale vârstnicilor, contribuind astfel la elaborarea unor strategii eficiente pentru îmbunătățirea bunăstării lor.

Capitolul 3, **Ameliorarea singurătății la vârsta de regresie în context experimental**, se concentrează pe dezvoltarea și implementarea programului de intervenție psihologică destinat reducerii singurătății în rândul persoanelor vârstnice. Programul este structurat în mai multe module, utilizând metode și tehnici precum terapia cognitiv-comportamentală, intervenții de grup și tehnici de mindfulness. Rezultatele indică o reducere semnificativă a nivelului de singurătate, însoțită de îmbunătățiri importante ale stării emoționale, calității vieții și trăsăturilor de personalitate la participanții din grupul experimental, în comparație cu cei din grupul de control. Aceste constatări sugerează că programul este eficient și replicabil în contexte similare. Capitolul subliniază importanța integrării unor astfel de intervenții în politicile publice și în practica psihologică pentru a sprijini bunăstarea vârstnicilor.

Concluziile generale și recomandările sintetizează rezultatele cercetării teoretico-experimentale și include propuneri pentru aplicarea acestora în practică, vizând reducerea singurătății în rândul vârstnicilor. Acestea subliniază necesitatea dezvoltării și implementării unor programe de intervenție psihologică personalizate, orientate atât spre diminuarea singurătății, cât și spre îmbunătățirea stării emoționale și a calității vieții. Totodată, se evidențiază importanța aprofundării cercetărilor pentru o mai bună înțelegere a influenței factorilor sociali și tehnologici asupra persoanelor vârstnice, contribuind astfel la creșterea bunăstării lor psihosociale.

1. FUNDAMENTE TEORETICE ALE SINGURĂȚĂȚII LA VÂRSTA DE REGRESIE

1.1. Cadru conceptual și teoretic al singurătății

Evoluția istorică a cercetării asupra singurătății. Singurătatea, recunoscută de-a lungul istoriei pentru implicațiile sale profunde asupra existenței umane, este abordată dintr-o gamă variată de perspective, oscilând între viziuni negativiste, care o asociază cu suferința, și abordări pozitiviste, ce o consideră un canal pentru autocunoaștere și introspecție [136]. Cercetările filosofice, psihologice și sociologice dezvăluie astfel natura complexă și duală a singurătății, recunoscând rolul său important în dezvoltarea umană și impactul său asupra stării de bine mentale și emoționale [198]. Deși este percepută ca o constantă a condiției umane, perspectivele istorice și culturale sugerează că aceasta este, de fapt, un produs al modernității, cu multiple valențe și interpretări în funcție de epocă și cultură.

O analiză retrospectivă asupra acestui concept reflectă evoluția și diversificarea interpretărilor sale, de la originile sale filosofice și religioase antice până la analizele psihologice și sociologice contemporane. Conceptualizarea singurătății își are originile încă din antichitate, fiind inițial percepută în mod predominant negativ [77]. În Antichitate, în Cartea Genezei, singurătatea este descrisă ca o stare intrinsec nedorită, reflectând o lipsă fundamentală. În aceeași perioadă, filosofi precum Platon și Aristotel subliniază importanța prieteniei și a interacțiunii sociale pentru realizarea naturii umane, privindu-le ca esențiale pentru o viață deplină și lipsită de singurătate [9; 264]. În Evul Mediu, conceptul de singurătate dobândește noi valențe, iar termenul „solitatem” devine asociat cu stări de tristețe și retragere. Această percepție se reflectă și în lirica galego-portugheză, unde singurătatea este evocată ca o experiență de izolare și melancolie [57]. Ulterior, în contextul creștinismului, Sfântul Augustin reinterpretează singurătatea, redefinind-o ca pe o oportunitate de comuniune cu divinitatea și un mijloc de introspecție spirituală [107; 153].

În perioada Renașterii și a Iluminismului, singurătatea este revalorizată ca o sursă de introspecție și creativitate. Gânditori precum D. Alighieri și M. de Montaigne o explorează ca pe o condiție esențială pentru autodescoperire și dezvoltare personală [5]. Ulterior, F. Nietzsche și G.W. F. Hegel au aprofundat înțelesurile acesteia în relație cu alienarea și existența umană [108; 173]. În secolele XVII și XVIII, gânditori precum J. Milton și J.G. Zimmermann au discutat potențialul creativ al singurătății, avertizând totodată asupra riscurilor izolării excesive [282; 290]. Singurătatea devine în această perioadă o componentă a reflecției filosofice moderne, legată de capitalism și de înstrăinarea specifică acesteia, așa cum arată F.B. Alberti [5]. În secolul al XIX-

lea, odată cu ascensiunea modernității, singurătatea dobândește noi dimensiuni și semnificații [264]. Filosofi precum K. Marx, K. Jaspers și M. Heidegger au analizat alienarea individului față de propria identitate, evidențiind înstrăinarea de sine ca o trăsătură definitorie a existenței moderne [119; 139]. În același timp, É. Durkheim și G. Simmel au examinat fenomenul distanțării sociale și efectele acestuia asupra colectivității, contribuind la dezvoltarea unei perspective sociologice asupra singurătății [82; 238]. De asemenea, gânditori precum S. Kierkegaard, J.P. Sartre și M. Heidegger, alături de psihologi precum S. Freud, W. Wundt și K. Lorenz, au subliniat implicațiile psihologice și existențiale ale singurătății în contextul transformărilor sociale [53; 70; 106; 124; 223].

Conceptualizarea singurătății devine mai detaliată în secolul XX, fiind tratată dintr-o varietate de perspective. Psihologi precum C. Jung explorează corelația dintre introversie și singurătate, considerând-o esențială pentru dezvoltarea personalității [121]. În plus, G. Watson și G. Zilboorg au abordat această experiență din perspectivă psihanalitică, contribuind la o înțelegere aprofundată a proceselor interne ale individului [148; 289]. H.S. Sullivan subliniază importanța acesteia pentru dezvoltarea personalității, iar F. Fromm-Reichmann adaugă dimensiunea sa dureroasă, văzând-o ca pe o stare de evitat din cauza intensității negative [89; 244]. J. Bowlby susține importanța relațiilor timpurii în conturarea experiențelor ulterioare de singurătate, prin teoria atașamentului, în timp ce R.S. Weiss face distincția între singurătatea emoțională și cea socială, reliefând astfel faptul că aceasta poate implica o absență calitativă a conexiunilor sociale, nu doar fizică [38; 274].

Cercetători precum T.B. Johnson, W.A. Sandler și A. Rubinstein explorează legătura dintre lipsa abilităților sociale și singurătate, în timp ce W.H. Jones și R.A. Goswick analizează importanța încrederii în relațiile interpersonale [120; 221; 284]. C. Moustakas și D. Riesman popularizează singurătatea ca o problemă psihologică și socială, iar F.J. Flanders a contribuit la înțelegerea acesteia prin introducerea proceselor de adaptare și a strategiilor de viață [83; 165; 205]. În anii 1990 și 1991, B.T. McWhirter și P.K. Lunt aduc perspective noi, primul subliniind unicitatea singurătății ca fenomen izolat, iar al doilea dezvoltând un model causal bazat pe teoria atribuirii [144; 157]. A. Rokach și H. Brock, împreună cu J.T. Cacioppo, S. Cacioppo și D.I. Boomsma, contribuie semnificativ la extinderea cercetărilor privind emoțiile, concentrându-se în mod special asupra relației dintre singurătate și evenimentele marcante din viață [41; 47; 211]. În secolul XXI, transformările sociale, economice și culturale au dus la o individualizare crescută a experienței umane, asociată frecvent cu o intensificare a singurătății.

Studiile contemporane subliniază impactul acesteia asupra sănătății și bunăstării personale, fiind considerată o condiție complexă cu implicații psihologice, sociale, biologice și neurologice [264]. Contribuțiile lui N.A. Christakis, J.H. Fowler, J.T. Cacioppo, J.P. Capitanio și L.C. Hawkey au evidențiat influența rețelelor sociale și efectele neurologice ale singurătății, demonstrând modul în care aceasta afectează activitatea cerebrală, în special regiunile implicate în recompensare și răspunsul la stres [49; 55; 106]. Publicarea lucrării „Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy” de către D. Perlman și L. Peplau în 1981 a reprezentat un punct de referință în dezvoltarea teoriilor și intervențiilor privind singurătatea, oferind o bază standardizată pentru cercetările ulterioare [182]. De asemenea, aceștia au elaborat Scala UCLA de Singurătate, un instrument esențial pentru evaluarea empirică a acestei experiențe și a impactului său asupra sănătății mintale [219].

Ulterior, J. De Jong Gierveld și T. Van Tilburg (2010) au dezvoltat o scală ce integrează variabile culturale, evidențiind necesitatea adaptării intervențiilor la specificul cultural și contribuind astfel la creșterea relevanței și aplicabilității cercetărilor în diverse contexte [69]. Aceste contribuții sunt susținute de cercetările lui K. Yang și C. Victor (2011), care au analizat efectele stigmatizării asupra singurătății la persoanele vârstnice [283]. În completare, C. Victor și A. Bowling (2012) au subliniat importanța sprijinului social ca factor protector împotriva însingurării [255]. Totodată, A. Steptoe, A. Shankar, P. Demakakos și J. Wardle (2013) au examinat relația dintre singurătate și sănătatea mintală la vârstnici, observând o creștere a riscului de depresie și anxietate asociată cu izolarea și recomandând măsuri de sprijin social și participare la activități comunitare pentru a reduce aceste efecte negative [242].

Într-o abordare complementară, J. Holt-Lunstad și colaboratorii (2015) au demonstrat că singurătatea este asociată cu o creștere a riscului de mortalitate prematură comparabilă cu cea cauzată de fumat sau obezitate, subliniind importanța intervențiilor sociale pentru menținerea conexiunilor interpersonale [110]. P.J. Cowen și M. Browning (2015) au extins cercetarea asupra intervențiilor sociale, arătând că programele care încurajează activitățile recreative și voluntariatul pot reduce semnificativ singurătatea și pot îmbunătăți calitatea vieții prin stimularea interacțiunilor sociale [63; 189]. Ulterior, A.D. Ong, B.N. Uchino și E. Wethington (2016) au evidențiat impactul calității relațiilor sociale asupra singurătății, sugerând că o rețea de suport social bine consolidată favorizează integrarea socială mai eficient decât un număr ridicat de conexiuni superficiale [175]. De asemenea, A. Rokach și colaboratorii au examinat rolul schimbărilor majore de viață, cum ar fi pensionarea și pierderea unui partener, în intensificarea singurătății, recomandând programe de integrare socială adaptate pentru a oferi sprijin emoțional și a reduce efectele acesteia [125; 212].

În cercetările recente, M. Barreto și colaboratorii (2021) au investigat lipsa conexiunilor sociale în diverse comunități, propunând campanii educaționale pentru diminuarea stigmatizării [22; 147]. De asemenea, J. Holt-Lunstad și colaboratorii (2015) au continuat studiile privind mortalitatea asociată singurătății, recomandând intervenții comunitare și consolidarea sprijinului social pentru a diminua riscurile asociate [110].

În România, cercetările asupra singurătății s-au concentrat în mod deosebit pe impactul asupra populației vârstnice, în contextul schimbărilor demografice și socio-economice semnificative din ultimele decenii [259]. Studiile evidențiază faptul că efectele singurătății asupra sănătății mentale și fizice sunt amplificate de lipsa infrastructurii și a resurselor necesare pentru suport social, mai ales în mediul rural, unde locuiește o mare parte din această categorie de populație [170; 202; 246]. Totodată, migrarea tinerilor către alte țări europene și diminuarea interacțiunilor comunitare au contribuit la accentuarea izolării și a singurătății în rândul vâstnicilor [118; 189]. Cercetători precum R. Rășcanu, S.M. Rădulescu, A. Popa, M. Zlate, I. Caciuc, A. Nedelcu, M. Popescu, I. Crumpei-Tanasa, L. Sălcuțan și mulți alții, au investigat efectele sociale ale migrației și ale declinului sprijinului familial, subliniind că izolarea socială sporește riscul de singurătate și afectează semnificativ sănătatea generală a persoanelor vârstnice [56; 65; 171; 191; 192; 198; 202; 222; 291].

În Republica Moldova, studiile și cercetările despre singurătate au început să capete o importanță crescută în ultimii ani, datorită contextului socio-economic particular. Migrația masivă a forței de muncă și schimbările demografice au condus la o intensificare a realității singurătății, în special în rândul persoanelor vârstnice [118]. Cercetările în acest domeniu sunt realizate de sociologi, psihologi și demografi, care examinează impactul singurătății asupra sănătății mentale și fizice și explorează posibile soluții de sprijin. Cercetători precum O. Găgăuz, M. Buciuceanu-Vrabie, L. Bujor, D. Popescu, A. Iftimie, C. Perjan, S. Sănduleac, V. Plămădeală, P. Manoil, E. Losîi, L. Savca, și mulți alții, au analizat singurătatea în rândul adolescenților și tinerilor implicați în conflicte cu legea, punând în evidență impactul migrației și al declinului relațiilor comunitare asupra dimensiunilor sociale și psihologice ale acestui fenomen [45; 90; 141; 152; 180; 187; 224].

Perspective teoretice și modele conceptuale în cercetarea singurătății. Cercetarea singurătății a evoluat de la interpretările filosofice ale antichității la abordări contemporane interdisciplinare, care analizează impactul său complex asupra sănătății mintale și fizice [53]. Modelele teoretice actuale nu se limitează la descrierea efectelor negative ale singurătății, ci evidențiază și rolul său în procesul de dezvoltare personală și introspecție, oferind o perspectivă mai nuanțată asupra acestui fenomen [54]. Prin integrarea elementelor din sociologie, psihologie

și filosofie existențială, cadrele conceptuale reflectă diversitatea și complexitatea singurătății. Analiza acestor modele și abordări teoretice contribuie la o înțelegere aprofundată a originii și efectelor singurătății asupra individului și societății [240].

Experiența singurătății, resimțită universal în diferite etape ale vieții, este analizată prin diverse abordări teoretice, fiecare aducând contribuții din domenii precum psihologia și sociologia. Aceste cadre oferă o mai bună înțelegere a complexității și varietății experienței singurătății, facilitând totodată interpretări variate și strategii pentru gestionarea acestui aspect al condiției umane [181]. Teoria psihanalitică inițiată de S. Freud și extinsă de M. Klein și D. Winnicott asociază singurătatea cu conflictele emoționale și frustrările din copilărie, subliniind rolul mecanismelor de apărare, precum proiecția și introiecția, în menținerea izolării emoționale [86; 127; 281].

Teoria atașamentului, fundamentată de J. Bowlby și dezvoltată de M. Ainsworth, explorează impactul stilurilor de atașament formate în copilărie asupra relațiilor și predispoziției către singurătate la vârsta adultă, accentuând importanța securității emoționale [4; 38]. În cadrul teoriilor cognitive și comportamentale, A.T. Beck și A. Ellis, pun accent pe gândirea distorsionată și comportamentele iraționale care perpetuează singurătatea, propunând restructurarea cognitivă și modificarea credințelor pentru a îmbunătăți gestionarea emoțiilor și relațiilor sociale [25; 75]. Abordarea bio-psiho-socială, propusă de G. Engel, subliniază influența combinată a factorilor biologici, psihologici și sociali asupra singurătății, promovând o viziune holistică asupra acesteia [37].

Teoria socioculturală, explorată de C. Geertz și É. Durkheim, scoate în evidență rolul structurilor culturale și al normelor sociale în modelarea singurătății, subliniind necesitatea unor soluții adaptate contextului cultural specific [82; 138]. Teoria existențială, susținută de J.P. Sartre și M. Heidegger, consideră singurătatea o dimensiune fundamentală a condiției umane, având un rol esențial în stimularea reflecției profunde și în promovarea autenticității existențiale [139; 223]. Abordările umaniste, reprezentate de A. Maslow și E. Fromm, subliniază dualitatea singurătății, aceasta fiind atât un catalizator al autoactualizării, cât și un potențial declanșator al anxietății și agresivității [88; 154]. Abordările existențialiste susțin că singurătatea este fundamentală în condiția umană și în căutarea sensului vieții, fiind atât un catalizator pentru creștere personală, cât și o sursă de provocări [85; 240; 266]. Perspectiva evoluționistă a lui J. T. Cacioppo, conceptualizează singurătatea ca un semnal adaptativ necesar pentru supraviețuire, ce încurajează căutarea conexiunilor sociale [47]. În același timp, abordarea fenomenologică, reprezentată de M. Buber și M. Merleau-Ponty, accentuează dimensiunea subiectivă a singurătății, văzând-o ca o

oportunitate de introspecție și dezvoltare personală [159; 231]. Aceste teorii multidimensionale oferă o perspectivă integrativă asupra singurătății, evidențiind diversitatea experiențelor individuale și complexitatea modurilor în care aceasta influențează și este percepută la nivel subiectiv [90].

Diversitatea acestor abordări subliniază importanța cercetării continue pentru a aprofunda înțelegerea impactului singurătății asupra interacțiunilor umane și a calității vieții cotidiene. Abordarea psihodinamică susținută de S. Freud și K. Horney leagă singurătatea de experiențele negative din copilărie și dezvoltarea trăsăturilor patologice [86; 116]. H. Sullivan și F. Fromm-Reichmann subliniază importanța intimității și impactul ei asupra sănătății emoționale în viața adultă [89; 244]. Perspectiva fenomenologică, promovată de C. Rogers și J.C. Whitehorn, sugerează că discrepanțele dintre sinele ideal și cel real, precum și calitatea relațiilor interpersonale, joacă un rol cheie în intensificarea singurătății [127; 209; 277]. Abordarea existențialistă, reprezentată de I. Yalom și M. Buber, privește singurătatea ca un aspect inerent condiției umane, asociat cu introspecția și dezvoltarea personală [42; 250].

În același timp, teoria sociologică, dezvoltată de C. Bowman și D. Riesman examinează modul în care schimbările sociale și tendințele individualiste influențează percepția și experiența singurătății [39; 205]. Abordarea interacționistă, susținută de R.S. Weiss și V. Sermat, explorează impactul factorilor personali și situaționali asupra singurătății, în timp ce perspectiva cognitivă, avansată de L.A. Peplau, D. Perlman și A. Beck, accentuează rolul disonanțelor cognitive și al proceselor mentale în generarea și amplificarea singurătății [26; 182; 220; 235]. Alte abordări, precum cea intimă, promovată de V.J. Derlega și S.T. Margulis, și cea sistemică, reprezentată de F.J. Flanders, evidențiază importanța relațiilor interpersonale echilibrate și a feedback-ului social pentru prevenirea însingurării [70; 83]. Varietatea abordărilor teoretice asupra singurătății subliniază complexitatea experienței și necesitatea unei perspective interdisciplinare, având în vedere conexiunile sale cu aspecte psihologice, sociale și existențiale [240].

Definirea și tipologia formelor de singurătate. Conceptul de singurătate a fost definit și reconceptualizat de-a lungul timpului, reflectând și integrând transformările sociale, culturale și teoretice specifice fiecărei perioade istorice. Această realitate psihologică și socială complexă reflectă transformările societăților moderne, marcate de fragmentarea comunităților tradiționale și influențele neoliberale, având implicații semnificative asupra bunăstării individuale și colective [162]. În acest context, singurătatea afectează atât starea de bine, cât și procesele de socializare, dezvoltarea personală și dinamica individualizării [243]. Analizele contemporane evidențiază natura dinamică și subiectivă a singurătății, subliniind interacțiunea dintre transformările societale

și impactul acestora asupra relațiilor interumane, ceea ce contribuie la o înțelegere mai profundă a singurătății în contextul modernității [191]. E. Fromm (1955) a fost printre primii care a asociat singurătatea cu alienarea socială, definind-o ca o consecință a individualismului accentuat și a pierderii conexiunilor autentice în societățile capitaliste, considerând-o o experiență universală și persistentă în toate etapele dezvoltării personalităților libere [88, p. 127].

În 1958, M. Buber a abordat singurătatea dintr-o perspectivă filosofică, descriind-o ca o stare de deconectare profundă față de sine și ceilalți, dar subliniind că relațiile autentice pot reconecta individul cu ceilalți și cu propria umanitate [159]. K. Moustakas (1961) a oferit o perspectivă umanistă, definind singurătatea ca o experiență universală necesară introspecției și dezvoltării personale, evidențiind potențialul său de a cataliza creșterea individuală în funcție de modul în care este gestionată [165, p. 24]. R.S. Weiss (1973) a adus o contribuție semnificativă prin definirea singurătății ca un răspuns afectiv complex, distingând între singurătatea emoțională, cauzată de lipsa legăturilor intime, și singurătatea socială, rezultată din absența unei rețele sociale funcționale [274, p. 46]. În 1976, P. Slater a descris singurătatea ca o consecință a transformărilor normative și structurale din societatea modernă, evidențiind fragmentarea comunităților tradiționale și creșterea individualismului [272]. În aceeași perioadă, J.H. Sheldon și D. Riesman au conceptualizat singurătatea ca un element definitoriu al dezintegrării sociale contemporane, subliniind implicațiile sale atât la nivel social, cât și individual [205; 236, p.75].

H. Klein (1978) a definit singurătatea ca o stare emoțională negativă rezultată din lipsa sau insuficiența relațiilor interpersonale semnificative, accentuând aspectul emoțional și calitativ al relațiilor sociale în contextul singurătății [127]. În 1980, I. Yalom a descris singurătatea ca o emoție existențială inevitabilă, inerentă condiției umane, reflectând deconectarea față de sine și de ceilalți [250]. D.J. Perlman și L.A. Peplau (1981) au definit singurătatea ca fiind o experiență subiectivă a deznădejdi legate de lipsa unor relații sociale satisfăcătoare, atât din punct de vedere cantitativ, cât și calitativ, evidențiind importanța percepției individuale în evaluarea stării de singurătate [182]. J.E. Young (1982) a abordat singurătatea dintr-o perspectivă psihologică, caracterizând-o ca o stare rezultată din lipsa relațiilor satisfăcătoare și evidențiind impactul negativ asupra sănătății psihologice și emoționale, asociată cu tulburări afective și dificultăți de adaptare socială [284].

În 2004, A. Rokach a definit singurătatea ca o stare de izolare emoțională, marcată prin dificultatea de a stabili conexiuni autentice și semnificative, subliniind influența acesteia asupra calității vieții [211]. E. Erickson a descris singurătatea ca o stare emoțională tranzitorie, determinată de autonomia individuală și specifică anumitor etape de dezvoltare a vieții [268]. J.T.

Cacioppo (2008) a oferit o definiție complexă, considerând singurătatea atât ca o trăsătură stabilă a personalității, cât și ca o experiență subiectivă, influențată de discrepanțele dintre relațiile dorite și cele reale, integrând aspecte psihologice și fiziologice pentru a demonstra impactul asupra sănătății fizice și mentale [53, p. 4]. L.C. Hawkley și J.T. Cacioppo (2010) conceptualizează singurătatea ca fiind percepția unei discrepanțe între relațiile sociale dorite și cele existente, subliniind importanța așteptărilor individuale și a nivelului de satisfacție în evaluarea acestei stări [106]. În 2018, J.T. Cacioppo și S. Cacioppo au descris singurătatea ca o experiență biologică bine stabilită care induce răspunsuri fiziologice similare celor asociate cu stresul, având implicații semnificative asupra sănătății mentale și fizice [46].

În prezent, Asociația Americană de psihologie (2023), conceptualizează singurătatea ca un proces psihosocial determinat de discrepanțele dintre relațiile interpersonale dorite și cele realizate [162]. Organizația subliniază implicațiile acesteia asupra bunăstării și calității vieții individului. În literatura de specialitate, singurătatea este adesea descrisă ca o experiență subiectivă de distanțare percepută, care transcende simpla absență fizică a altora [127]. Ea reflectă o ruptură resimțită atât în relațiile sociale, cât și în raport cu sinele, fiind influențată de așteptările personale și de constrângerile contextului social. Această înțelegere evidențiază dimensiunea profund subiectivă a fenomenului, integrând diverse perspective teoretice și culturale. Pentru a explora diversitatea singurătății, au fost dezvoltate tipologii ce evidențiază cauzele și manifestările acesteia, diferențiind între singurătatea emoțională și socială, singurătatea situațională (temporară) și cronică (persistentă), precum și între singurătatea volitivă, asociată introspecției, și cea involuntară, caracterizată prin suferință [27; 52; 134; 165; 250; 274].

În continuarea acestor analize și tipologii, este esențial să subliniem distincția fundamentală prezentă în literatura de specialitate între singurătate și stilul de viață solitar, aspect ce contribuie la o înțelegere mai nuanțată a singurătății [106]. Singurătatea presupune absența unor conexiuni sociale semnificative și este frecvent asociată cu efecte negative asupra sănătății fizice și mentale, crescând riscul de afecțiuni cronice, depresie și anxietate [46; 53]. În contrast, stilul de viață solitar reflectă o alegere voluntară de a trăi singur, fără a implica neapărat un deficit al relațiilor sociale. Această alegere poate aduce beneficii, cum ar fi dezvoltarea autocunoașterii și promovarea creșterii personale. Studiile efectuate de R.W. Larson și C.E. Moustakas (1961) au evidențiat că singurătatea voluntară poate facilita introspecția și contribuie la creșterea autonomiei individului [134; 166]. Prin urmare, diferențierea clară a diferențelor dintre singurătate și stilul de viață solitar este crucială pentru elaborarea unor strategii de intervenție adaptate care să abordeze

atât prevenirea singurătății cât și sprijinirea unui stil de viață solitar atunci când acesta promovează bunăstarea individului [259].

La persoanele vârstnice, singurătatea capătă dimensiuni distincte, fiind adesea amplificată de factori specifici acestui stadiu al vieții. Fenomenul nu se manifestă doar prin izolare fizică, ci și printr-o deconectare emoțională subiectivă [267]. Experiența singurătății variază de la izolarea obiectivă la crize de identitate sau poate reprezenta o oportunitate pentru introspecție [149; 250]. Este esențială diferențierea între „a trăi singur”, o condiție obiectivă, și „singurătatea”, o percepție subiectivă a relațiilor sociale [252]. Astfel, unii vârstnici pot alege izolarea activă ca formă de autoanaliză, în timp ce alții percep singurătatea ca pe o suferință emoțională rezultată din lipsa conexiunilor sociale semnificative. Izolarea fizică sau socială nu echivalează automat cu singurătatea; unii indivizi găsesc satisfacție și echilibru în retragerea socială, folosind-o pentru contemplare și dezvoltare personală [24].

Singurătatea reprezintă un fenomen complex și multidimensional, abordat în literatura de specialitate din multiple perspective, inclusiv ca sentiment, stare, emoție, trăsătură, izolare sau proces. Această diversitate subliniază atât caracterul dinamic și subiectiv al experienței, cât și dificultatea unei conceptualizări unitare. Studiarea extinsă a literaturii evidențiază necesitatea unei definiții integrate, care să includă dimensiunile variate ale singurătății și să faciliteze o înțelegere coerentă și o bază teoretică solidă pentru explorarea aprofundată a acestei experiențe. În cadrul acestei cercetări și ca o contribuție originală, singurătatea este definită astfel: *Singurătatea este o experiență de distanțare percepută, ce apare atunci când interacțiunile și relațiile cu ceilalți nu reușesc să îndeplinească nevoia profundă de apartenență și sens personal. Ea transcende simpla absență fizică a altora și reflectă un sentiment de ruptură, atât față de ceilalți, cât și față de sine. Această experiență, influențată de așteptările personale și contextul social, variază în intensitate și durată, având potențialul de a genera un spațiu de suferință, dar și de introspecție și autocreștere.* Această definiție integrată contribuie la o înțelegere coerentă și fundamentată a singurătății, oferind un cadru teoretic relevant pentru cercetări ulterioare.

Prevalența și dinamica singurătății în contextul ciclicității vieții. Singurătatea este o experiență complexă și universală, care se manifestă diferit de-a lungul etapelor vieții, fiind modelată de dimensiuni biologice, psihologice, sociale, culturale și existențiale [22; 246]. Aceasta nu reprezintă un fenomen static, ci unul dinamic, care evoluează în funcție de circumstanțele personale și sociale ale fiecărei etape de dezvoltare [141]. Înțelegerea acestei dinamici este esențială pentru a identifica vulnerabilitățile specifice fiecărei vârste și a formula intervenții adaptate [91]. În copilărie și adolescență, singurătatea este adesea asociată cu dificultăți de integrare socială, anxietate și nesiguranță [136]. Aceste etape ale vieții sunt marcate de schimbări

rapide în dezvoltarea personală și socială, iar incapacitatea de a stabili conexiuni interpersonale semnificative poate amplifica însingurarea [21]. Adolescența, în special, este caracterizată de vulnerabilitate emoțională, influențată de presiunile sociale și schimbările hormonale. Studiile arată că în jurul vârstei de 19 ani singurătatea atinge un vârf, aceasta fiind o consecință a tranzițiilor majore, cum ar fi adaptarea la noi contexte educaționale sau sociale [115, p.134].

La tinerii adulți, singurătatea este adesea asociată cu instabilitatea relațională și profesională, dar și cu presiunile legate de îndeplinirea așteptărilor sociale [167, p. 93; 187]. Deși această categorie de vârstă beneficiază, în general, de rețele sociale mai extinse, singurătatea poate fi accentuată de aspirațiile neîmplinite, schimbările frecvente de mediu și dificultățile în menținerea relațiilor apropiate [22]. Este o perioadă în care individul experimentează frecvent tranziții majore, iar lipsa unor legături sociale stabile poate contribui la intensificarea izolării resimțite [6, p.145]. La vârsta maturității și în etapa de mijloc a vieții, stabilitatea familială și profesională oferă adesea un grad de protecție împotriva singurătății [167, p. 145]. Totuși, pierderile personale, divorțurile și responsabilitățile crescute, cum ar fi îngrijirea părinților vârstnici, pot favoriza episoade de retragere socială. În această etapă, echilibrul între viața profesională și personală devine o provocare, ceea ce poate limita timpul disponibil pentru relații semnificative [80].

În rândul persoanelor vârstnice, singurătatea constituie o problemă prevalentă, accentuată de pierderile cumulative, declinul sănătății și restrângerea rețelelor sociale [85]. Tranziția către îngrijirea instituționalizată, retragerea din activitatea profesională și mobilitatea redusă limitează oportunitățile de interacțiune socială, în timp ce pierderea partenerilor, prietenilor și membrilor familiei intensifică izolarea socială și vulnerabilitatea psihologică [107; 152]. Analiza dinamicii singurătății pe parcursul vieții evidențiază faptul că aceasta este influențată de o interacțiune complexă între aspectele biologice, precum dezechilibrele hormonale specifice adolescenței și declinul funcțional asociat procesului de îmbătrânire, și dimensiunile psihologice, inclusiv stima de sine scăzută, anxietatea socială, trăsăturile de personalitate și abilitatea de a menține relații interpersonale, care au un rol esențial în percepția individuală [63; 80]. De asemenea, contextul social și cultural influențează calitatea relațiilor interpersonale, iar barierele economice și tehnologice accentuează vulnerabilitățile, în special în rândul grupurilor marginalizate [22; 73]. Singurătatea exercită un impact semnificativ nu doar la nivel individual, ci și la nivel societal, afectând sănătatea mentală, crescând riscul de boli cronice și amplificând vulnerabilitatea socială [172]. Aceasta reprezintă o experiență în continuă schimbare, ale cărei manifestări și intensitate variază în funcție de ciclul vieții.

Manifestările și impactul psihosocial al singurătății asupra individului. Singurătatea, o experiență complexă și multidimensională, exercită un impact profund asupra sănătății și funcționării individului, având implicații emoționale, fizice, mentale și sociale [175]. Înțelegerea acestor efecte este esențială pentru dezvoltarea unor intervenții eficiente care să atenueze consecințele negative asupra bunăstării generale. Din perspectivă emoțională, singurătatea este corelată cu stări precum tristețea, anxietatea și lipsa apartenenței, ceea ce duce la o percepție negativă asupra propriei persoane și la dificultăți în stabilirea relațiilor semnificative. Aceste aspecte accentuează vulnerabilitatea emoțională și senzația de înstrăinare, conform observațiilor lui D. Perlman și L.A. Peplau [179]. La nivel fizic, singurătatea cronică este un factor de risc semnificativ pentru multiple afecțiuni, incluzând disfuncții cardiovasculare, creșterea nivelului de cortizol și slăbirea sistemului imunitar [48; 132]. Aceste modificări fiziologice sporesc susceptibilitatea la infecții și boli cronice, influențând negativ atât calitatea vieții, cât și speranța de viață [89]. În plus, aceasta este strâns legată de declin cognitiv accelerat și de un risc crescut de boli neurodegenerative, precum demență, Parkinson și Alzheimer, conform studiilor realizate de T.J. Holwerda și colaboratorii săi [112; 280].

În neurobiologie, singurătatea cronică se corelează cu o activare crescută a rețelelor cerebrale implicate în procese automate, afectând funcții cognitive esențiale, precum autoreflexia, și contribuind la deteriorarea sănătății neurologice [95]. Din perspectiva sănătății mentale, singurătatea intensifică afecțiunile psihiatrice, inclusiv simptomele depresiei și anxietății, afectând funcționarea psihologică și socială [50; 216]. Persoanele afectate se confruntă cu dificultăți în gestionarea stresului și în menținerea relațiilor interpersonale, ceea ce poate duce la un cerc vicios al izolării și declinului psihologic [30]. De asemenea, singurătatea este asociată cu stimă de sine scăzută, o percepție negativă asupra propriei persoane și trăsături de personalitate precum timiditatea și nevrotismul, care limitează adaptarea socială și agravează vulnerabilitatea psihologică [59; 178]. Pe plan social, singurătatea determină retragerea din activitățile de grup, scăderea implicării comunitare și deteriorarea relațiilor interpersonale. Aceasta intensifică sentimentul de neapartenență și izolarea, reducând oportunitățile de integrare socială.

Pe termen lung, singurătatea are un impact cumulativ semnificativ asupra stării generale de bine, contribuind la deteriorarea sănătății fizice, mentale și a funcționalității sociale [70]. Aceasta influențează negativ percepțiile individului asupra propriei valori și relațiilor interpersonale, amplificând vulnerabilitatea la stres și intensificând sentimentul de insuficiență [51; 80; 129]. Potrivit lui C.E. Moustakas, singurătatea determină retragerea socială, izolarea față de comunitate, degradarea relațiilor interpersonale și diminuarea stimei de sine [166]. Cercetările

lui J. Holt-Lunstad au evidențiat că singurătatea crește riscul dezvoltării afecțiunilor cronice și contribuie la simptome psihiatrice, reducând considerabil capacitatea de adaptare socială [32; 111].

În acest capitol, sunt analizate în detaliu conceptele fundamentale și teoriile esențiale referitoare la singurătate, subliniindu-se natura sa multidimensională. Având în vedere relevanța experienței singurătății în diferitele etape ale vieții, în contextul îmbătrânirii, aceasta capătă o importanță deosebită, influențând procesele de adaptare și bunăstarea persoanelor în vârstă de regresie într-un mediu social în continuă schimbare. În acest sens, se remarcă necesitatea dezvoltării unor strategii de intervenție eficiente pentru sprijinirea sănătății psihosociale și integrarea socială a acestei categorii, printr-o abordare multidimensională care combină intervenții sociale, psihologice și de sănătate publică. Cercetarea explorează factorii determinanți ai singurătății în rândul vârstnicilor și propune soluții practice pentru diminuarea acesteia și promovarea integrării comunitare, oferind astfel o bază pentru politici și intervenții adaptate societății contemporane.

1.2. Caracteristicile procesului de îmbătrânire în societatea contemporană

Îmbătrânirea reprezintă un proces gradual și complex de deteriorare, caracterizat printr-o serie de transformări biologice și psihologice ce apar după atingerea maturității complete a individului [84; 241]. Conform Dicționarului Larousse, îmbătrânirea este definită ca un ansamblu de modificări caracteristice etapei finale a vieții, fiind descrisă ca un declin progresiv al funcțiilor structurale și funcționale [237]. Acest fenomen demografic, accentuat în secolul XXI pe fondul creșterii speranței de viață și scăderii natalității, are implicații profunde asupra structurilor sociale, economice și medicale, cu un impact semnificativ asupra întregii societăți, mai ales în contextul globalizării și urbanizării accelerate [15; 188; 208; 279]. Pe măsură ce înaintăm în vârstă, modificările structurale și funcționale devin mai pronunțate, fiind marcate de scăderea capacităților fiziologice și de o vulnerabilitate sporită la afecțiuni, influențată de interacțiunea dintre factorii genetici, experiențele de viață și mediul social [61; 84; 96; 246]. Literatura de specialitate descrie procesul de îmbătrânire printr-o varietate de termeni, precum „vârstă înaintată,” „vârsta a treia,” „bătrânețe,” „perioada de regresie,” „senescența” și „gerontogeneza,” evidențiind aspecte biologice, psihosociale și culturale ale acestui proces [23; 58; 91]. Acești termeni reflectă dimensiuni multiple ale îmbătrânirii, de la posibilitățile de integrare socială până la declinul fiziologic inevitabil [97; 241; 248].

În cadrul acestei analize, conceptul de „perioadă de regresie” este fundamentat pe acceptarea sa generalizată și pe caracterul său cuprinzător, ceea ce facilitează o explorare complexă ce integrează atât dimensiunile progresive, cât și cele regresive ale existenței umane [64; 172]. Acest termen facilitează o înțelegere echilibrată a etapelor naturale ale vieții, fără a accentua exclusiv aspecte regresive sau patologice [241; 248]. În plus, termenul este preferat datorită conotației sale neutre, evitând stigmatizarea asociată unor termeni și evidențiind, în schimb, continuitatea și potențialul de dezvoltare prezent în etapele avansate ale vieții [17; 147]. În contextul îmbătrânirii, „perioada de regresie” desemnează etapa finală a vieții, caracterizată de un declin treptat al funcțiilor fizice, cognitive și sociale, începând, de obicei, după vârsta de 65 de ani [172]. Intensitatea și durata acestor schimbări variază în funcție de factori genetici, de mediu și de stilul de viață [6, p. 127]. Teoria dezvoltării psihosociale a lui E.H. Erikson explică această etapă printr-o criză existențială, în care individul evaluează realizările și nerealizările din viața sa, oscilând între integritate și disperare [78; 149].

În vârsta mijlocie târzie, cuprinsă între 55 și 65 de ani, reevaluarea scopurilor, a priorităților și a relațiilor interpersonale devine esențială pentru adaptarea individului la schimbările specifice acestei perioade [78]. În vârsta a treia, definită de intervalul 65-85 de ani, deși declinul fizic devine mai pronunțat, mulți dintre indivizi continuă să participe activ la viața socială, considerând acest aspect ca fiind un factor protector al bunăstării psihologice [248]. Succesul acestei etape depinde în mare măsură de abilitatea individului de a-și evalua viața într-o manieră pozitivă și integratoare [64]. După vârsta de 85 de ani, perioadă denumită „vârsta a patra,” declinul fizic și cognitiv se accentuează semnificativ, conducând la o creștere a dependenței de suportul social și familial [267]. Cu toate acestea, această etapă avansată a vieții poate reprezenta și o oportunitate pentru reflecție profundă asupra experiențelor de viață și a semnificației personale [230]. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) clasifică îmbătrânirea în trei etape: „persoane în vârstă” (60-70 de ani), „persoane bătrâne” (75-90 de ani) și „marii bătrâni” (peste 90 de ani), subliniind diversitatea experiențelor legate de îmbătrânire [76; 84].

Regresia la vârsta a treia constituie un proces complex și progresiv, caracterizat prin declinul gradual al funcțiilor cognitive și fizice [193; 222]. Din perspectivă psihologică, acesta, se manifestă prin diminuarea capacităților de învățare și memorare, afectând semnificativ performanța intelectuală și adaptarea la noi situații [17; 267]. Acest declin cognitiv este asociat cu factori neurobiologici, precum reducerea volumului cerebral, scăderea plasticității neuronale și disfuncțiile neurotransmițătorilor, care pot conduce la apariția tulburărilor neurodegenerative, cum ar fi boala Alzheimer [112; 141]. Din perspectivă fizică, îmbătrânirea presupune un regres

funcțional, caracterizat de reducerea mobilității și a forței musculare, adesea corelat cu afecțiuni precum osteoporoza și artrita [84; 278]. Aceste modificări au un impact negativ asupra calității vieții, amplificând riscul de căderi și accidentări, precum și restricționând desfășurarea activităților zilnice [132; 189]. De asemenea, declinul funcțiilor cardiovasculare și respiratorii, împreună cu rigidizarea articulațiilor, reduce capacitatea de efort, crește riscul de boli ale sistemului circulator și afectează sănătatea generală, limitând totodată autonomia persoanelor vârstnice [29].

Procesul de regresie la vârstnici este individualizat, iar capacitatea de adaptare la acest fenomen este influențată de modul în care fiecare persoană gestionează schimbările asociate îmbătrânirii [97; 171]. Un stil de viață activ, o alimentație echilibrată și participarea socială pot contribui la încetinirea declinului fiziologic și cognitiv [196; 248]. Sănătatea mentală joacă un rol crucial în acest context, iar depresia și izolarea socială constituie factori de risc pentru regresia cognitivă [248]. Din punct de vedere emoțional, vârstnicii manifestă adesea o mai bună capacitate de reglare emoțională, deși se confruntă frecvent cu însingurare și depresie [100; 261]. Trăsăturile de personalitate rămân stabile, deși experiențele de viață pot induce modificări subtile [141].

Conform teoriei lui E.H. Erikson, introspecția se intensifică odată cu înaintarea în vârstă, facilitând acumularea înțelepciunii și adoptarea unei abordări mai prudente în luarea deciziilor [78; 201]. Pe plan social, îmbătrânirea generează schimbări în dinamica familială și în relațiile interpersonale, precum retragerea din activitățile profesionale și pierderea unor roluri sociale semnificative [84]. Pensionarea influențează veniturile și identitatea personală, necesitând sprijin social pentru menținerea sentimentului de utilitate și sens [125; 130]. În cadrul dinamicii familiale, rolurile se modifică, copiii asumându-și rolul de îngrijitori, ceea ce creează atât provocări, cât și oportunități de consolidare a relațiilor [21; 169]. Sprijinul social este esențial pentru prevenirea însingurării și menținerea sănătății emoționale [252]. Impactul declinului fizic și cognitiv se extinde asupra aspectelor psihosociale ale vieții vârstnicilor, influențându-le starea de bine și capacitatea de adaptare la schimbările inerente îmbătrânirii. Calitatea vieții este compromisă nu doar prin limitările fizice și cognitive, ci și prin scăderea oportunităților de interacțiune socială și participare în activități comunitare.

În contextul înaintării în vârstă a populației, perspectiva contemporană consideră această etapă nu doar ca un declin inevitabil, ci și ca o oportunitate de dezvoltare și contribuție socială [105; 229]. România se confruntă cu o creștere semnificativă a populației vârstnice, reprezentând 25,9% din totalul populației în 2022 și prognozată a ajunge la 30% până în 2050 [58; 117; 186]. Această tendință este determinată de creșterea speranței de viață, estimată la 75 de ani pentru bărbați și 81 de ani pentru femei, precum și de scăderea ratei natalității [95]. Migrația masivă a

tinerilor către alte state europene exacerbează dezechilibrul demografic, afectând în special regiunile rurale unde populația vârstnică devine mai vulnerabilă [94]. Cercetările indică provocări semnificative, precum accesul limitat la servicii medicale și lipsa structurilor comunitare adecvate de sprijin, evidențiind necesitatea unor politici sociale și de sănătate mai eficiente [44; 171; 188; 202]. Aceste schimbări demografice generează provocări semnificative asupra economiei, sistemului de sănătate publică și politicilor sociale ale țării, subliniind importanța adoptării unor măsuri adaptative pentru a asigura bunăstarea populației vârstnice [229].

Îmbătrânirea populației din România generează provocări economice și sociale semnificative [84; 186]. Sistemul de pensii este presat de scăderea contribuabililor și creșterea numărului de pensionari, necesitând reforme pentru sustenabilitate [95; 270]. De asemenea, sistemul de sănătate întâmpină dificultăți în a deservi vârstnicii, în special în zonele rurale cu acces limitat la servicii medicale [35; 188]. Procesul de înaintare în vârstă este asociat cu riscuri de însingurare și probleme de sănătate mintală, cum ar fi depresia și anxietatea [195]. Persoanele vârstnice se confruntă adesea cu marginalizare și stigmatizare, fiind percepute ca mai puțin productive și excluse din viața socială și profesională [71; 73; 147; 191].

În societățile moderne, orientate spre inovație, tinerii sunt văzuți ca principalii vectori ai schimbării, în timp ce contribuțiile și experiența bătrânilor sunt subestimate, generând sentimente de inutilitate și însingurare [90; 214]. Totuși, vârstnicii joacă un rol esențial în comunități, contribuind la îngrijirea familiei și păstrarea tradițiilor, dar aceste contribuții sunt adesea nevalorificate [97]. Îmbătrânirea, deși frecvent asociată cu diverse provocări, trebuie analizată și prin prisma potențialului pe care persoanele vârstnice îl oferă societății, prin contribuții valoroase precum transmiterea patrimoniului cultural, educația informală a generațiilor tinere și consolidarea relațiilor intergeneraționale [72; 76; 115; 201]. Extinderea speranței de viață modifică perspectiva asupra pensionării, mulți seniori menținând un rol activ în sfera profesională și socială [64].

În acest context, îmbătrânirea activă și sănătoasă reprezintă o direcție strategică esențială în abordarea provocărilor demografice și sociale contemporane [23]. Politicile publice care susțin un stil de viață sănătos, prevenirea bolilor cronice, adaptarea infrastructurii și implicarea socială prin activități flexibile precum munca part time și voluntariatul joacă un rol determinant în îmbunătățirea calității vieții vârstnicilor [208]. De asemenea, reformele în sistemul de pensii și inițiativele de incluziune socială contribuie semnificativ la integrarea activă a acestei categorii în comunitate, promovând sentimentul de utilitate și implicare [9; 234]. Cu toate acestea, procesul de îmbătrânire aduce în prim-plan și provocări mai puțin vizibile, dar la fel de importante, precum singurătatea la vârsta de regresie, care are un impact profund asupra stării emoționale și sociale a

persoanelor vârstnice [15]. Aceasta reprezintă o problemă majoră, ce necesită o atenție sporită pentru a asigura nu doar bunăstarea fizică, ci și pe cea psihosocială a seniorilor. În acest context, este esențială o tranziție de la o abordare generală a conceptului de singurătate la o analiză specifică a manifestărilor sale specifice în etapa de regresie asociată vârstei înaintate [276].

1.3. Singurătatea la vârsta de regresie

Singurătatea, o experiență universală, capătă valențe distincte în etapa de regresie, caracterizată de vulnerabilități fizice, emoționale și sociale [17]. Studiile recente, precum cel realizat de K. Yang și C. Victor evidențiază că, deși singurătatea poate afecta indivizii în toate etapele vieții, aceasta dobândește o semnificație aparte în perioada îmbătrânirii [283]. Regresia, un mecanism psihologic prin care individul revine la comportamente sau etape anterioare de dezvoltare pentru a face față stresului, facilitează adesea introspecția și procesarea emoțiilor nerezolvate [64]. Pentru E. Fromm, singurătatea în această etapă a vieții este percepută ca o condiție fundamentală a existenței umane, fiind accentuată în contextul vulnerabilităților emoționale și sociale care caracterizează procesul de îmbătrânire [88]. În absența unui sprijin emoțional și social adecvat, această experiență poate intensifica percepția izolării și inutilității. E. Erikson, descrie această etapă existențială prin prisma conceptului integritate versus disperare, subliniind importanța reconcilierii cu propriul parcurs de viață pentru menținerea echilibrului emoțional [268]. Lipsa unui sens în experiențele trăite poate exacerba singurătatea, iar regresia poate acționa fie ca un catalizator al reflecției personale, fie ca un element ce amplifică deconectarea emoțională [149]. Incapacitatea de a atribui un sens experiențelor de viață contribuie semnificativ la intensificarea sentimentelor de inutilitate și însingurare [250].

În acest context, regresia poate genera introspecție sau amplifica deconectarea emoțională, în funcție de circumstanțele individuale [200]. Calitatea relațiilor interpersonale joacă un rol esențial în modul în care singurătatea este trăită. În timp ce relațiile deficitare pot amplifica izolarea emoțională, legăturile sociale pozitive oferă sprijin și contribuie la bunăstarea psihologică [16]. Înțelegerea legăturii dintre regresie și singurătate impune o abordare multidimensională, care să sprijine adaptarea emoțională a vârstnicilor și să promoveze conexiunile sociale pozitive. În concluzie, singurătatea la vârsta de regresie este o experiență subiectivă complexă, influențată de multiple dimensiuni care se interconectează [1]. Gestionarea acestei stări necesită o abordare comprehensivă, care să abordeze atât vulnerabilitățile emoționale, cât și nevoia de conexiune socială, pentru a sprijini bunăstarea generală a persoanelor aflate în această etapă a vieții.

Analiză integrativă a factorilor determinanți ai singurătății la vârsta de regresie. La vârsta de regresie, singurătatea reprezintă o experiență complexă, modelată de factori demografici,

psihologici, sociali, culturali și economici, având implicații profunde asupra sănătății fizice și mentale [233]. Transformările demografice, precum creșterea speranței de viață și scăderea natalității, contribuie la accentuarea singurătății, în special în mediul urban, unde rețelele de sprijin tradiționale devin tot mai puțin accesibile [199; 208]. Această experiență impune o abordare integrativă, orientată spre identificarea și analiza corelațiilor dintre factorii determinanți. Singurătatea nu poate fi redusă la izolarea fizică, ci reflectă un ansamblu de influențe interconectate, conturate de contextul individual și societal [100; 170]. Printre factorii determinanți esențiali se regăsesc:

Factorii demografici. Vârsta constituie un factor predispozant pentru singurătate, aceasta intensificându-se pe măsură ce individul se confruntă cu schimbările asociate îmbătrânirii [58; 230]. Studiile evidențiază că percepția și gestionarea singurătății se modifică de-a lungul vieții, vulnerabilitatea crescând în contextul declinului sănătății fizice, mentale și emoționale, precum și ca urmare a pierderilor semnificative, cum ar fi decesul partenerului sau al prietenilor apropiați [33; 96; 207; 211; 241]. Genul influențează de asemenea experiența singurătății, femeile având o incidență mai mare din cauza duratei de viață mai lungi și a importanței atribuite relațiilor interpersonale [67; 74; 125]. Pe de altă parte, bărbații, deși raportează mai rar singurătatea, resimt adesea efecte mai severe, datorită rețelelor sociale mai restrânse și a tendinței de a-și exprima mai puțin emoțiile [41; 67]. Statutul civil constituie un alt determinant semnificativ al singurătății [68]. Persoanele văduve, divorțate sau aflate în relații instabile prezintă un risc mai mare comparativ cu cele căsătorite [74; 184]. Reducerea contactelor sociale și percepția unei sănătăți precare amplifică această vulnerabilitate, contribuind la diminuarea rețelelor de suport și la creșterea însingurării [62].

Factorii sociali exercită o influență semnificativă asupra gradului de singurătate în etapa de regresie asociată îmbătrânirii, rețeaua socială și calitatea suportului social având o importanță deosebită în determinarea și modelarea acestei experiențe [107; 191]. Rețelele sociale extinse și sprijinul adecvat facilitează accesul la resurse emoționale și sociale valoroase, consolidând sentimentul de apartenență și îmbunătățind calitatea vieții [100]. În contrast, pierderea partenerului de viață sau a altor membri apropiați din rețeaua socială poate reduce semnificativ suportul social, crescând riscul de izolare emoțională și vulnerabilitate psihologică [40; 184]. De asemenea, rețelele sociale restrânse și conflictele familiale accentuează aceste efecte negative, mai ales în absența unor relații de sprijin [62]. Distanțarea fizică a membrilor familiei, cauzată de migrarea acestora către alte regiuni sau țări, sau de predominanța modelului de familie nucleară, a diminuat sprijinul tradițional oferit vârstnicilor, favorizând locuirea solitară și limitând interacțiunile sociale

[34; 65; 279]. În plus, destrămarea relațiilor familiale prin divorțuri sau separări fragilizează conexiunile intergeneraționale, afectând implicarea familiei în sprijinirea vârstnicilor. Văduvia prin pierderea suportului emoțional constant, generează o vulnerabilitate emoțională crescută, subliniind importanța unui suport social adecvat pentru menținerea sănătății emoționale [184]. Asumarea rolului de îngrijitor de către copii, deși necesară, poate diminua autonomia, amplificând sentimentul de dependență și vulnerabilitate socială [40; 62; 151]. Modificările structurale ale comunității și retragerea din activitatea profesională influențează negativ dinamica socială și emoțională la această etapă a vieții [151].

Pensionarea limitează contactele sociale și generează pierderea identității profesionale, ceea ce afectează stima de sine și sentimentul de apartenență [45; 76]. Implicarea redusă în activități productive, cum ar fi voluntariatul, accentuează sentimentul de inutilitate și afectează bunăstarea generală [31; 95; 189]. Pe de altă parte, credința religioasă și apartenența la comunități religioase oferă un sprijin semnificativ pentru diminuarea singurătății [129]. Participarea la activități religioase favorizează interacțiunile sociale, sprijinul emoțional și coeziunea, contribuind la reducerea izolării și la îmbunătățirea sănătății emoționale prin crearea unui mediu sigur și acceptant [114; 129].

Contextul cultural și normele sociale joacă un rol esențial în modelarea experienței singurătății la vârstnici, influențând percepția și trăirea acesteia în funcție de valorile și așteptările specifice fiecărei societăți [115; 212]. În culturile colectiviste, sprijinul oferit de familie și relațiile comunitare contribuie la reducerea singurătății prin asigurarea unui suport emoțional și fizic constant [70]. În contrast, în culturile care valorizează independența și autosuficiența, singurătatea poate fi mai accentuată, din cauza reticenței în a solicita sprijin [277]. Migrația reprezintă un factor suplimentar care amplifică însingurarea vârstnicilor, aceștia confruntându-se adesea cu deșărădăcinare și dificultăți de adaptare, precum bariere lingvistice și socio-economice [118]. Aceste provocări reduc accesul la rețele sociale și comunitare, intensificând sentimentul de separare. De asemenea, normele culturale și stigmatizarea asociată vulnerabilității afectează sănătatea mentală a vârstnicilor, aceștia evitând să-și exprime nevoia de sprijin din teama de a fi percepuți ca o povară [1, 71; 147]. În anumite societăți, obiceiurile și valorile contribuie la marginalizarea persoanelor în vârstă, limitând implicarea acestora în comunitate și accentuând izolarea [105]. Stigmatizarea poate intensifica singurătatea, mai ales în cazul grupurilor marginalizate, unde normele culturale restricționează accesul la sprijin [44; 212].

Singurătatea în rândul vârstnicilor este determinată de *factori de mediu*, precum caracteristicile locuinței, infrastructura comunitară, accesul la spații publice și nivelul de

urbanizare [146]. Locuințele adecvate, amplasate în zone accesibile și sigure, favorizează interacțiunile sociale și sentimentul de incluziune, în timp ce locuințele izolate sau nesigure amplifică singurătatea [245]. De asemenea, vârstnicii care locuiesc singuri sau fără suport familial apropiat prezintă un risc crescut de excluziune socială [73]. Transformările sociale, economice și culturale au redus rolul tradițional al familiei ca principală sursă de sprijin pentru persoanele vârstnice, determinând o creștere semnificativă a recurgerii la instituționalizare [40]. Această tendință este influențată de factori precum înaintarea în vârstă, deteriorarea stării de sănătate, absența unui partener, lipsa unei locuințe și dificultățile în desfășurarea activităților zilnice [99; 131].

Istoric, familia a reprezentat fundamentul sprijinului pentru vârstnici, însă schimbările structurale din societate au complicat și diversificat responsabilitățile asociate acestui rol, făcându-l tot mai dificil de gestionat [133]. În acest context, instituționalizarea s-a impus ca o soluție necesară pentru a compensa lipsa resurselor familiale și pentru a răspunde cerințelor tot mai complexe ale îngrijirii persoanelor vârstnice [19]. Deși instituțiile de îngrijire asigură stabilitate și servicii medicale, acestea pot contribui la pierderea conexiunilor sociale, iar lipsa intimității și a interacțiunilor autentice poate accentua singurătatea [34;100; 103]. Calitatea vieții în aceste instituții depinde semnificativ de relațiile interpersonale și de gradul de personalizare a îngrijirii oferite [132].

Instituționalizarea este frecvent asociată cu o creștere a nivelului de singurătate, în special din cauza lipsei sprijinului familial și comunitar [99; 131; 265]. Mutarea din locuința proprie, un spațiu cu semnificație emoțională și legături personale profunde, poate fi percepută ca un eveniment traumatic, accentuând sentimentul de pierdere și deconectare [257]. Pentru vârstnici, locuința reprezintă mai mult decât un spațiu de confort, fiind o sursă esențială de stabilitate emoțională, datorită relațiilor construite cu familia, prietenii și vecinii [21; 33; 228]. Deși deținerea unei locuințe oferă un sentiment de autonomie, aceasta nu protejează împotriva singurătății sociale, atunci când relațiile interpersonale sunt nesatisfăcătoare [241]. Rezidența pe cont propriu poate oferi beneficii vârstnicilor care mențin o viață socială activă, reducând singurătatea prin implicarea în activități comunitare și păstrarea conexiunilor cu familia și vecinii [183].

Cu toate acestea, în absența relațiilor interpersonale satisfăcătoare, autonomia individuală nu protejează împotriva singurătății sociale. Vârstnicii care locuiesc alături de familie sau primesc vizite regulate manifestă niveluri reduse de singurătate, beneficiind de sprijin emoțional și de un accentuat sentiment de apartenență [257]. Cu toate acestea, efectele pozitive ale acestui sprijin depind în mare măsură de calitatea relațiilor interpersonale și de dinamica familială [133; 269].

Deși locuirea solitară este asociată adesea cu un risc mai mare de singurătate, nu toți cei care trăiesc singuri se simt însingurați. Mulți vârstnici reușesc să își mențină o viață socială activă, ceea ce reduce semnificativ acest risc și contribuie la bunăstarea lor emoțională [100].

Accesul la infrastructuri comunitare, precum centrele pentru vârstnici și spațiile publice, contribuie semnificativ la diminuarea singurătății sociale, oferind persoanelor vârstnice oportunități de socializare și recreere [61;146]. De asemenea, accesul la mijloace de transport adecvate și un mediu înconjurător sigur facilitează menținerea relațiilor sociale și participarea activă la viața comunității [21; 163]. Gradul de urbanizare influențează experiența singurătății [123]. În mediul urban, interacțiunile sociale pot fi limitate de factori precum percepția scăzută de siguranță, aglomerația și infrastructură deficitară [208]. În mediul rural, în ciuda rețelilor sociale mai strânse, distanțele mari și accesul redus la servicii și infrastructură pot amplifica însingurarea [228]. Totuși, factori precum accesul la spațiile verzi, o infrastructură bine planificată și condiții de mediu adecvate pot stimula participarea comunitară și contribui la reducerea singurătății în ambele medii [146].

În mod similar, *nivelul socio-economic și gradul de educație* sunt considerați determinanți importanți ai riscului de singurătate în rândul vârstnicilor [168]. Veniturile scăzute limitează accesul la activități sociale și resurse comunitare, reducând integrarea și participare activă în viața socială [73; 245]. Acest context contribuie la marginalizare, izolare socială și o calitate inferioară a vieții, generând un ciclu de deteriorare a sănătății fizice și mentale [234; 170]. Educația joacă un rol semnificativ în reducerea riscului de singurătate, facilitând dezvoltarea rețelilor sociale, îmbunătățirea comunicării și adaptarea la tehnologii moderne, esențiale pentru menținerea conexiunilor sociale [110]. Totodată, aceasta sprijină participarea activă în comunitate, accesul la informații și resurse relevante, precum și adoptarea unor decizii informate privind sănătatea și bunăstarea [16]. Educația promovează abilități cognitive și emoționale, crescând autonomia și încrederea în sine, aspecte care contribuie la o mai bună gestionare a schimbărilor asociate îmbătrânirii. Prin reducerea [132] vulnerabilității la singurătate și prevenirea afecțiunilor psihologice precum depresia și anxietatea, educația devine un factor protector al bunăstării vârstnicilor.

Factorii tehnologici influențează de asemenea singurătatea la vârstnici, având atât beneficii, cât și limitări [251]. Tehnologia modernă facilitează menținerea conexiunilor sociale și accesul la rețele de sprijin, fiind deosebit de utilă pentru persoanele cu mobilitate redusă. Cu toate acestea, utilizarea excesivă a tehnologiilor digitale poate duce la interacțiuni superficiale, reducând calitatea relațiilor interpersonale și amplificând singurătatea [234]. De asemenea, oboseala

informațională și lipsa abilităților digitale reprezintă bariere semnificative pentru integrarea tehnologiei în viața vârstnicilor, afectând bunăstarea emoțională. Integrarea tehnologiei în viața vârstnicilor necesită sprijin adecvat pentru a optimiza beneficiile și a minimiza riscurile.

Problemele de sănătate fizică și mentală sunt frecvente la persoanele vârstnice și au un impact direct asupra experienței singurătății [190]. Afecțiunile fizice, inclusiv bolile cronice, mobilitatea limitată și diverse dizabilități, sunt predominante în această categorie de vârstă, contribuind la vulnerabilitatea caracteristică vârstei a treia, marcată de declinul funcțional al sistemelor nervos, locomotor, cardiovascular, respirator, renal și reproductiv [16; 50]. Aceste condiții limitează în mod semnificativ participarea la activități sociale, intensificând singurătatea și excluziunea socială [73]. Cercetările indică faptul că vârstnicii cu mobilitate redusă sau afecțiuni cronice, precum artrita, diabetul și bolile cardiace, prezintă un risc dublu de socii a experienta singurătatea, iar această distanțare este asociată cu o creștere a riscului de mortalitate prematură, comparabilă cu riscurile asociate fumatului și obezității [93; 111; 163; 190].

Sănătatea mentală exercită o influență semnificativă asupra singurătății în rândul vârstnicilor, depresia și anxietatea fiind puternic asociate cu singurătatea [195]. Depresia tinde să favorizeze retragerea din viața socială, intensificând astfel sentimentul de distanțare și afectând negativ starea mentală generală [33; 281]. În mod similar, anxietatea amplifică singurătatea prin evitarea interacțiunilor sociale din cauza fricii de respingere [72]. Mai mult, singurătatea este corelată cu un declin accelerat al funcțiilor cognitive, precum memoria și atenția, ceea ce amplifică vulnerabilitatea la distanțare socială și subliniază rolul crucial al sănătății mentale în prevenirea singurătății și menținerea calității vieții [113].

Singurătatea la persoanele vârstnice este influențată de o gamă complexă de *factori psihologici și psihosociali*. Stresul, timiditatea, gândirea catastrofală, satisfacția scăzută cu viața și percepția limitată a controlului asupra propriei existențe amplifică însingurarea [61; 254]. Autoeficacitatea scăzută și internalizarea stereotipurilor negative despre îmbătrânire contribuie la scăderea stimei de sine, creând un ciclu de auto-izolare [31; 71; 178]. Prin urmare, vârstnicii pot resimți singurătatea în mod subiectiv, aceasta fiind determinată în special de absența relațiilor emoționale profunde, mai degrabă decât de lipsa interacțiunilor sociale [15]. Declinul funcțional și comorbiditățile asociate vârstei înaintate intensifică de asemenea, singurătatea, limitând semnificativ participarea la activități sociale [29; 254]. În acest context, singurătatea devine un mediator între factorii predispozanți și deteriorarea sănătății, fiind asociată cu stres cronic, tulburări de somn, comportamente nesănătoase și disfuncții ale axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale, ceea ce accelerează procesul de îmbătrânire și crește riscul bolilor cronice [54; 104;

129]. De asemenea, trăsăturile de personalitate, precum extroversia și reziliența, influențează modul în care persoanele vârstnice reacționează la discrepanțele dintre relațiile dorite și cele reale [8; 141].

În schimb, introspecția excesivă și reziliența emoțională scăzută accentuează singurătatea. Valorile personale și capacitatea de reglare emoțională joacă un rol esențial în modularea experienței singurătății, iar persoanele cu satisfacție scăzută în viață și bunăstare emoțională afectată sunt mai vulnerabile la izolarea socială [30; 80; 178]. Pe măsură ce procesul de îmbătrânire avansează, singurătatea poate deveni o caracteristică relativ stabilă, influențată de factori psihosociali distinctivi și de modele de comorbiditate constante [59]. Această trăsătură are implicații semnificative asupra bunăstării generale, afectând atât sănătatea emoțională, cât și cea fizică [84]. În concluzie, satisfacția scăzută cu viața, autoeficacitatea diminuată, controlul emoțional redus și reziliența scăzută sunt factori esențiali care determină singurătatea la persoanele vârstnice [185; 226].

Singurătatea, o dimensiune multifactorială a vieții persoanelor vârstnice, este influențată de factori demografici, psihosociali și de sănătate care modelează percepția și experiența acestui fenomen [105]. Analiza acestor factori și a interacțiunilor lor este esențială pentru evaluarea impactului asupra calității vieții vârstnicilor și pentru dezvoltarea unor strategii eficiente de reducere a izolării sociale și de promovare a integrării comunitare.

Impactul singurătății asupra sănătății fizice, mentale și emoționale la vârsta de regresie.

În acest context, singurătatea influențează semnificativ sănătatea fizică, mentală și emoțională a vârstnicilor, contribuind la o deteriorare generalizată a calității vieții acestora și accelerând declinul asociat procesului de îmbătrânire [109; 185]. Separarea socială și emoțională este corelată cu un risc crescut de afecțiuni cardiovasculare, sindrom metabolic, declin cognitiv și o mortalitate ridicată. Aceste efecte sunt amplificate de nivelurile crescute de cortizol și activarea cronică a sistemului nervos simpatic, care favorizează hipertensiunea, bolile cardiace, inflamația cronică și tulburările autoimune [110]. Disfuncțiile axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale (HPA), cauzate de singurătate, determină dezechilibre neuroendocrine și sistemice, sporind riscul de accidente vasculare, cerebrale și boli coronariene [104]. În plus, singurătatea este asociată cu o incidență mai mare a bolilor cronice, precum diabetul și hipercolesterolemia. Mobilitatea redusă, cauzată de dificultățile întâmpinate în desfășurarea activităților zilnice, accentuează declinul funcțional și fragilitatea fizică [155]. Calitatea somnului este, de asemenea, afectată negativ, singurătatea fiind asociată cu oboseala cronică și tulburările cognitive care contribuie la accelerarea declinului funcțional [92].

Pe plan psihic, singurătatea este strâns legată de tulburări de sănătate mintală, inclusiv tulburări anxioase, psihozele, tulburările de personalitate și un risc crescut de suicid [16]. Aceasta contribuie semnificativ la agravarea simptomelor depresive și la un risc mai mare de demență, prin intensificarea stresului și afectarea funcționalității cerebrale [25; 195]. În plus, singurătatea crește susceptibilitatea la boli neurodegenerative, precum boala Alzheimer, prin perturbarea mecanismelor de reglare a stresului, afectând sănătatea neuronală și accelerând procesele de degenerare cognitivă [112; 280]. Absența sprijinului social și a interacțiunilor umane agravează declinul cognitiv, accelerând vulnerabilitatea la astfel de afecțiuni și afectând funcțiile executive și capacitatea de procesare a informației [96]. Separarea socială contribuie, de asemenea, la adoptarea unor comportamente nesănătoase, precum sedentarismul, consumul excesiv de alcool și fumatul, factori care accelerează deteriorarea stării generale de sănătate [6]. Aceste efecte negative ale singurătății sunt asociate cu un risc crescut de morbiditate și mortalitate, subliniind impactul extins al singurătății asupra sănătății globale [92; 196]. În contrast, participarea activă la viața socială și integrarea în rețele comunitare joacă un rol protector, reducând semnificativ riscul de demență și alte tulburări cognitive. Aceste interacțiuni pozitive contribuie la menținerea funcțiilor cognitive, promovează sănătatea mintală și contribuie la o bunăstare generală sporită [66; 112].

O revizuire realizată de J.T. Cacioppo și colaboratorii, indică faptul că singurătatea este un predictor esențial al depresiei și anxietății la persoanele vârstnice, având un impact negativ asupra stării generale de sănătate [11; 52]. Depresia la această categorie de vârstă este adesea cronică, fiind asociată cu riscuri crescute de tulburări cognitive, demență și mortalitate prematură [29; 112]. De asemenea, constituie o cauză majoră de dizabilitate, afectând calitatea vieții și capacitatea de a menține relații sociale [92]. Se estimează că între 3% și 16% dintre vârstnici pot dezvolta o tulburare depresivă, iar până la 10% dintre aceștia pot experimenta o evoluție cronică a afecțiunii [276]. Caracterizată prin simptome persistente de tristețe, pierderea interesului pentru activități obișnuite și diverse manifestări fizice și cognitive, depresia este adesea subdiagnosticată la vârstnici, din cauza suprapunerii cu alte afecțiuni geriatrice [14]. Cercetările sugerează o legătură strânsă între singurătate și depresie, deși natura exactă a acestei relații este complexă și variabilă [51].

În contextul regresiei asociate vârstei, relația dintre singurătate și simptomele depresive rămâne neclară, iar cercetările longitudinale care analizează aceste interacțiuni sunt încă insuficiente [17]. Singurătatea poate acționa atât ca un factor de risc pentru depresie, cât și ca o consecință a problemelor de sănătate mintală [195]. Unele studii indică o asociere bidirecțională între singurătate și depresie, în timp ce altele propun depresia ca fiind variabila independentă iar

singurătatea ca rezultat dependent [33]. Principalii factori de risc pentru depresie la vârstnici includ sexul feminin, problemele de sănătate fizică, dizabilitățile funcționale, absența sprijinului social și un istoric anterior de depresie [19; 145]. Acesta contribuie la accentuarea însingurării, reducând motivația pentru interacțiuni sociale și dificultatea de a menține relațiile interpersonale [216].

Depresia și anxietatea, manifestări psihologice ale stresului, afectează semnificativ sănătatea mentală a vârstnicilor interferând cu rolurile lor sociale și profesionale [16; 93; 109]. Anxietatea, la rândul său, este strâns legată de singurătate și poate genera un ciclu de retragere socială și auto-izolare, în special în cazul unui istoric preexistent de tulburări anxioase [52]. La această vârstă, anxietatea se manifestă prin îngrijorări intense, recurente și adesea disproporționate, afectând funcționarea zilnică și interferând cu relațiile sociale [19]. Tulburările de anxietate, inclusiv fobiile sociale și tulburările obsesiv-compulsive, sunt frecvente la această categorie de vârstă, fiind agravate de lipsa sprijinului social și de preocupările legate de sănătate [91]. Cercetările indică o prevalență a anxietății de 94,6% în rândul persoanelor vârstnice instituționalizate și de 92,6% în cazul celor care trăiesc în comunitate [19; 99]. Anxietatea socială determină evitarea interacțiunilor din teama de critică și este strâns asociată cu singurătatea [51]. Similar depresiei, anxietatea corelează frecvent cu singurătatea, iar vârstnicii care prezintă niveluri ridicate de anxietate și depresie întâmpină adesea dificultăți în accesarea unui sprijin emoțional adecvat, ceea ce intensifică impactul acestor afecțiuni asupra funcționării zilnice și asupra sănătății generale [13; 72; 100].

Singurătatea influențează profund sănătatea emoțională a vârstnicilor, contribuind la diminuarea stimei de sine și accentuând sentimentul de inutilitate [178; 188]. Absența interacțiunilor sociale pozitive reduce percepția valorii personale, determinând frecvent vârstnicii să se simtă neimportanți sau nevalorizați [115]. Studiile empirice demonstrează o relație clară între singurătate și stima de sine scăzută, chiar și atunci când se controlează pentru factori de personalitate precum extroversia, stabilitatea emoțională, timiditatea și sociabilitatea [59; 141]. În schimb, persoanele care beneficiază de relații sociale de calitate ridicată și resimt mai puțin singurătatea manifestă o percepție pozitivă asupra propriei valori [287]. Lipsa sprijinului social agravează stresul emoțional, determinând creșterea nivelurilor de cortizol și declanșarea stresului cronic, care favorizează apariția hipertensiunii, tulburărilor de somn și reducerea imunității [100; 130]. Cercetările subliniază că vârstnicii fără rețele sociale solide prezintă niveluri mai ridicate de cortizol și experimentează stres emoțional intens, în timp ce cei cu suport social adecvat au un nivel redus de stres, contribuind astfel la o mai bună sănătate emoțională și fizică [93; 129]. De

asemenea, stresul emoțional agravează problemele de sănătate mentală, precum anxietatea și depresia [206].

Sentimentul de inutilitate este frecvent în rândul vârstnicilor care se confruntă cu pierderea rolurilor sociale semnificative, precum cele profesionale și familiale [91; 185]. Această pierdere poate duce la apatie, reducerea participării sociale și o distanțare emoțională accentuată. Studiile indică faptul că un nivel scăzut de participare socială intensifică percepția inutilității și a lipsei de scop, afectând comportamentul și contribuind la declinul sănătății psihologice și fiziologice. [109; 115; 190]. De asemenea, această stare este asociată cu riscuri sporite de mortalitate, dizabilitate, recuperare mai lentă, scăderea activității fizice și diminuarea autoeficacității [155]. Tristețea persistentă, asociată singurătății poate crea un ciclu de retragere socială și emoțională, crescând vulnerabilitatea la depresie severă [41; 183]. Studiile evidențiază o corelație puternică între izolarea emoțională și prevalența depresiei clinice în rândul vârstnicilor, subliniind impactul profund al singurătății asupra sănătății generale și asupra bunăstării acestei populații [110; 145]. Astfel, singurătatea la vârsta înaintată afectează sănătatea mentală, fizică și emoțională, amplificând riscurile asociate procesului de îmbătrânire și diminuând calitatea vieții.

Impactul singurătății asupra calității vieții la persoanele la vârsta regresiei. Singurătatea este considerată unul dintre „giganții geriatriei”, contribuind semnificativ la deteriorarea calității vieții în etapele târzii ale vieții [194]. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește calitatea vieții ca un concept multidimensional, ce reflectă percepția subiectivă asupra propriei existențe, fiind influențată de starea de sănătate fizică și psihologică, contextul socio-cultural și resursele individuale [278]. Aceasta include atât dimensiuni subiective, cât și obiective, fiind afectată de sănătatea individului, nivelul de independență, relațiile sociale, credințele personale și mediul înconjurător [109]. În psihologia geriatrică, resursele interne și externe joacă un rol esențial în susținerea bunăstării generale a vârstnicilor, care se confruntă frecvent cu provocări precum deteriorarea stării de sănătate, accesul limitat la servicii de îngrijire și condiții de trai precare [16]. P. Zaninotto și colaboratorii identifică patru categorii principale de factori determinanți ai calității vieții: sănătatea, circumstanțele socio-economice, cele psiho-sociale și caracteristicile demografice [285].

Cercetările realizate de M. Kanchana, R. Sivaranjini și A. Srinivasan subliniază importanța satisfacerii nevoilor fundamentale de control, autonomie și autorealizare pentru menținerea unei calități ridicate a vieții [122]. Factori precum starea de sănătate, sprijinul social, nivelul de trai, spiritualitatea și siguranța comunitară contribuie pozitiv la bunăstare, în timp ce limitările funcționale și veniturile scăzute au un impact negativ [100; 107]. De asemenea, accesul la resurse

materiale și un nivel de educație adecvat joacă un rol semnificativ în îmbunătățirea calității vieții vârstnicilor [170; 183; 249].

Relațiile sociale reprezintă factori esențiali pentru bunăstarea individuală, iar variabilele demografice, precum vârsta, sexul, statutul marital și mediul de reședință, au o influență semnificativă asupra percepției calității vieții [197]. Contextul macrosocial, incluzând dezvoltarea economică și coeziunea socială, contribuie la sprijinirea bunăstării vârstnicilor, în timp ce mediul fizic joacă un rol important în menținerea mobilității și autonomiei, în special în cadrul instituțiilor, unde controlul asupra propriei vieți și relațiile cu personalul sunt determinante [99; 163; 190; 257]. Singurătatea este un factor central al calității vieții la persoanele vârstnice, fiind asociată atât cu sănătatea fizică, cât și cu bunăstarea psihologică, fiind amplificată de schimbări sociale precum pensionarea sau pierderea partenerului [109; 110; 145].

Starea de sănătate fizică și mentală influențează direct calitatea vieții, iar prezența simptomelor depresive este strâns legată de tulburările funcționale și bolile cronice [109; 113; 249]. D.G. Blazer evidențiază o corelație între simptomele depresive și tulburările funcționale sau bolile cronice la persoanele vârstnice [33]. În completare, J.T. Cacioppo și colaboratorii subliniază că singurătatea intensifică aceste simptome, contribuind la un ciclu negativ care degradează semnificativ calitatea vieții [51]. Studiile arată că singurătatea, anxietatea și depresia interacționează sinergic, reducând semnificativ bunăstarea vârstnicilor. Calitatea vieții la această populație este rezultatul unui proces complex de factori psihologici interconectați, care depășesc simpla percepție a singurătății [58; 132].

Influența trăsăturilor de personalitate asupra percepției și experienței singurătății la vârsta de regresie. În acest cadru, trăsăturile de personalitate joacă un rol esențial în modul în care vârstnicii percep și trăiesc singurătatea, o stare subiectivă influențată de factori psihologici, situaționali și contextuali [1; 183]. La vârsta regresiei, caracterizată de vulnerabilitate crescută la izolare socială și de schimbări asociate procesului de îmbătrânire, influența personalității asupra percepției singurătății devine mai pronunțată [176]. Ca experiență subiectivă, singurătatea reflectă variații individuale în gândire, comportament și adaptare la mediu, fiind influențată semnificativ de trăsăturile de personalitate și de mecanismele de ajustare la provocările sociale [59; 137; 225].

Personalitatea, descrisă prin tipare durabile de cogniție, emoție și comportament, este reprezentată cel mai frecvent prin modelul celor cinci factori: deschidere, conștiinciozitate, extroversie, agreabilitate și nevrotism [59]. Aceste dimensiuni influențează percepțiile și comportamentele sociale, jucând un rol esențial în modul în care indivizii experimentează și gestionează singurătatea [141]. De exemplu, extroversia, caracterizată de o orientare spre

interacțiuni sociale, protejează împotriva singurătății prin facilitarea conexiunilor interpersonale, în timp ce nevrotismul, asociat cu sensibilitate la stres și dificultăți de adaptare, intensifică singurătatea [129; 207]. Cercetările lui H. Ormstad și colaboratorii arată că singurătatea afectează negativ trăsături precum extroversia, agreabilitatea și conștiinciozitatea, reducând deschiderea socială, autodisciplinarea și comportamentele prosociale [176]. Extroversia și nevrotismul prezintă cele mai puternice corelații cu singurătatea, subliniind interacțiunile complexe dintre personalitate și izolarea socială [98].

Deși personalitatea este considerată relativ stabilă, studii recente demonstrează că experiențele prelungite de singurătate pot influența semnificativ aceste trăsături [8; 137]. Singurătatea cronică poate diminua extroversia, agreabilitatea și conștiinciozitatea, accentuând dificultățile de integrare socială și izolarea [59; 137]. Acest proces generează un ciclu negativ, în care interacțiunile sociale sunt afectate, intensificând singurătatea. Cercetările longitudinale evidențiază relații bidirecționale între singurătate, simptome depresive și afectul negativ, subliniind influența reciprocă dintre distresul psihologic și personalitate [129; 140]. Studiile genetice relevă o ereditabilitate comună între singurătate și trăsături precum nevrotismul și extroversia. Aceste caracteristici modelează comportamentele sociale și percepțiile relațiilor interpersonale [3; 137]. Adesea, singurătatea este rezultatul unui decalaj între relațiile dorite și cele reale, situație frecvent întâlnită la persoanele cu trăsături de nevrotism accentuat [59].

Abordarea experienței singurătății la vârstă înaintată necesită o strategie integrată care să abordeze factorii determinanți, să diminueze impactul emoțiilor negative și să promoveze sprijinul social și conexiunile interpersonale. Prin intervenții adecvate, se poate contribui semnificativ la îmbunătățirea calității vieții și a bunăstării generale a persoanelor vârstnice. Persoanele predispuse la singurătate întâmpină adesea dificultăți în menținerea relațiilor, cauzate de un ciclu de așteptări negative și evitări sociale, în strânsă legătură cu anxietatea și trăsăturile de nevrotism. Aceste constatări subliniază importanța implementării strategiilor de coping care să abordeze nu doar componenta socială, ci și adaptările emoționale și cognitive necesare pentru a combate singurătatea.

1.4.Strategii de coping pentru gestionarea singurătății la persoanele vârstnice

În ciuda impactului negativ bine documentat al singurătății asupra persoanelor vârstnice, o parte semnificativă a acestei populații demonstrează o capacitate remarcabilă de reziliență. Această capacitate se manifestă prin adoptarea unor strategii de coping care susțin echilibrul emoțional și contribuie la îmbunătățirea calității vieții [43]. Prin intermediul unei abordări integrate, aceste strategii pot reduce semnificativ singurătatea, sprijinind persoanele vârstnice în menținerea

conexiunilor interpersonale și consolidarea sentimentului de apartenență [232]. De asemenea, aceste intervenții promovează o îmbătrânire activă și sănătoasă, oferind instrumente pentru gestionarea provocărilor emoționale și sociale asociate procesului de îmbătrânire.

Copingul reprezintă ansamblul eforturilor cognitive, emoționale și comportamentale utilizate pentru a gestiona cerințele percepute ca fiind solicitante sau care depășesc resursele individuale, evidențiind un proces dinamic și adaptativ [203]. În cazul persoanelor vârstnice, acest proces devine esențial în gestionarea singurătății cauzate de pierderea relațiilor semnificative, schimbările în rolurile sociale și limitările fizice. Acesta se manifestă prin trei dimensiuni complementare: intervenția asupra situațiilor stresante, reglarea răspunsurilor emoționale și identificarea unui sens prin intermediul credințelor și valorilor [287]. Strategiile comportamentale și emoționale joacă un rol central în gestionarea singurătății și în îmbunătățirea calității vieții persoanelor vârstnice. Studiile lui C. Rubenstein și P. Shaver (1982) au evidențiat utilizarea unor activități precum cititul, ascultarea muzicii și menținerea contactului cu prietenii ca metode eficiente de reducere a disconfortului emoțional [204; 215]. Ulterior, Rokach și Brock (1998) au extins această tipologie, incluzând reflecția, dezvoltarea personală, suportul social, credința și implicarea în activități comunitare [211].

Activitățile comunitare, cum ar fi voluntariatul și participarea la cluburi de lectură, oferă oportunități valoroase de socializare și implicare, contribuind la integrarea socială și la îmbunătățirea bunăstării emoționale [191]. Aceste inițiative nu doar diminuează singurătatea, ci consolidează conexiunile sociale și sprijină dezvoltarea personală, generând un sentiment de apartenență. Copingul emoțional completează strategiile comportamentale, punând accent pe reglarea reacțiilor emoționale asociate singurătății [232]. Acceptarea circumstanțelor, reflecția asupra experiențelor personale și practicarea tehnicilor de reziliență internă, precum mindfulness sau meditația, ajută la reducerea stresului emoțional și la dezvoltarea unei perspective pozitive asupra vieții. Aceste metode sprijină vârstnicii în procesarea emoțiilor și dezvoltarea unei perspective mai pozitive asupra vieții, facilitând adaptarea la provocările inerente îmbătrânirii [287].

O abordare integrată, care îmbină strategiile de coping comportamental cu cele emoționale, este fundamentală pentru gestionarea eficientă a singurătății [163]. Strategiile comportamentale facilitează conectivitatea socială prin participarea la activități organizate și inițiative comunitare, în timp ce copingul emoțional susține introspecția și acceptarea activă a situațiilor dificile. Prin integrarea intervențiilor provenite din mediul exterior cu procesarea personală a emoțiilor, aceste strategii contribuie la consolidarea rezilienței și la susținerea bunăstării individului. Datorită

caracterului lor flexibil, strategiile de coping se adaptează nevoilor și resurselor individuale, având un impact semnificativ în reducerea izolării sociale și în îmbunătățirea calității vieții, facilitând totodată menținerea unui stil de viață activ și echilibrat pe parcursul procesului de îmbătrânire.

Strategiile de coping individual joacă un rol esențial în gestionarea singurătății, oferind stabilitate și sprijin emoțional prin menținerea unei rutine zilnice bine structurate. Activități precum grădinaritul, gătitul sau participarea la cursuri online, oferă stabilitate, contribuind atât la prevenirea declinului cognitiv, cât și la reducerea riscului de depresie. Studiile arată că astfel de activități stimulează sentimentul de apartenență și combat izolarea socială [256]. Reflecția asupra experiențelor personale sprijină dezvoltarea mecanismelor interne de reziliență, favorizând adaptarea emoțională și construirea unei perspective realiste asupra situației [212]. Practicile precum mindfulness și meditația îmbunătățesc reglarea emoțională, reduc anxietatea și promovează echilibrul psihologic [102]. Aceste tehnici, concentrându-se pe momentul prezent, sporesc claritatea mentală și capacitatea de adaptare [28].

Integrarea acestor strategii în viața cotidiană atenuază efectele singurătății și sprijină adaptarea la schimbările inerente îmbătrânirii. Rutinele zilnice bine structurate, în combinație cu reflecția și mindfulness-ul, contribuie la menținerea unei stări de bine și la promovarea unei îmbătrâniri active. Gestionarea singurătății în rândul persoanelor vârstnice necesită intervenții personalizate, adaptate atât nevoilor individuale, cât și contextului social [156]. O abordare multidimensională, ce integrează sprijinul social și emoțional, este crucială pentru susținerea bunăstării psihologice și promovarea îmbătrânirii active. Această abordare holistică ajută la combaterea singurătății, favorizează integrarea socială și susține bunăstarea emoțională, contribuind la o îmbătrânire sănătoasă și activă, ce sporește satisfacția personală și oferă o viziune pozitivă asupra etapei vârstei înaintate.

Suportul social completează strategiile individuale de gestionare a singurătății, oferind un cadru integrat de intervenție. Participarea la activități de grup și la grupuri de suport facilitează interacțiuni sociale valoroase și oferă un mediu sigur pentru exprimarea emoțiilor, sprijinind astfel dezvoltarea de conexiuni sociale durabile [81]. Aceste grupuri oferă oportunități de împărtășire a experiențelor, ceea ce contribuie la atenuarea singurătății și promovează un sentiment de apartenență [28]. În cazul vârstnicilor, accesul la resurse sociale și economice adecvate, împreună cu strategii de coping active, reprezintă factori determinanți în combaterea stresului și îmbunătățirea calității vieții [43; 84]. Sănătatea fizică, rețelele sociale de calitate, un statut socio-economic favorabil și un stil de viață activ joacă un rol crucial în diminuarea izolării sociale [16;

109]. Studiile evidențiază că implicarea constantă în grupuri de suport este asociată cu o sănătate mentală îmbunătățită, reducerea stresului emoțional și diminuarea solitudinii [12].

Participarea persoanelor vârstnice la activități comunitare, precum voluntariatul, cluburile de lectură sau cursurile de artă, oferă oportunități valoroase pentru socializare și dezvoltare personală [6, p. 135]. Astfel de inițiative stimulează sentimentul de apartenență și contribuie la diminuarea singurătății prin integrarea în viața comunității [132]. Rețelele comunitare, incluzând cluburile locale, grupurile religioase și organizațiile non-guvernamentale, creează contexte favorabile implicării sociale, facilitând participarea la activități recreative, evenimente sociale și inițiative de voluntariat [271]. Aceste demersuri sprijină sănătatea emoțională, reduc singurătatea și contribuie la formarea unor relații durabile, susținând o calitate a vieții superioară [98]. Promovarea suportului social oferă persoanelor vârstnice acces la o rețea extinsă de sprijin emoțional, facilitând gestionarea eficientă a singurătății și îmbunătățirea stării generale de bine. Totodată, interacțiunea dintre dimensiunea personală și cea socială evidențiază rolul central al comunității și relațiilor umane în procesul de adaptare și integrare în contextul îmbătrânirii [75].

Relațiile intergeneraționale constituie o componentă esențială a suportului social, oferind un cadru pentru interacțiuni pozitive între generații și promovând înțelegerea reciprocă [275]. Programele intergeneraționale, precum mentoratul, schimburile culturale și activitățile educative comune, contribuie la reducerea stereotipurilor legate de vârstă și la promovarea valorilor comunitare [76; 269]. Aceste interacțiuni sporesc sentimentul de utilitate al vârstnicilor și consolidează legăturile sociale, generând sprijin emoțional reciproc [101]. Mentoratul, de exemplu, oferă persoanelor vârstnice oportunitatea de a-și împărtăși experiențele și cunoștințele cu generațiile mai tinere, contribuind astfel la crearea unui sens al utilității și la promovarea integrării sociale. Astfel, aceste programe joacă un rol important în combaterea singurătății, contribuind la crearea de relații semnificative și la integrarea activă în viața comunității, îmbunătățind bunăstarea emoțională și sprijinul comunitar durabil [60].

Literatura de specialitate subliniază eficiența unei abordări integrative, care îmbină intervențiile psihosociale, terapii creative, tehnologii moderne și activități comunitare, contribuind la atenuarea singurătății și la îmbunătățirea sănătății emoționale, cognitive și sociale a persoanelor vârstnice [43; 190]. Aceste intervenții abordează holistic nevoile individuale și sociale, adresând dimensiunile sănătății mentale și emoționale. **Terapia cognitiv-comportamentală (TCC)** s-a dovedit a fi una dintre cele mai eficiente metode în diminuarea simptomelor depresive și anxioase asociate singurătății [75]. Acesta ajută persoanele vârstnice să identifice și să înlocuiască gândurile negative cu perspective mai adaptative, încurajând dezvoltarea abilităților sociale necesare

gestionării relațiilor interpersonale. Prin promovarea tiparelor de gândire pozitive, TCC sprijină procesul de adaptare și contribuie la menținerea unei sănătăți mentale optime [14; 46]. **Terapia rațional-emoțională și comportamentală (REBT)** completează aceste intervenții prin restructurarea credințelor iraționale care generează emoții negative [75]. Prin promovarea unei abordări raționale și echilibrate, REBT sprijină dezvoltarea mecanismelor eficiente de gestionare a stresului, reducând anxietatea și depresia, și contribuie la creșterea calității vieții. Terapiile creative, precum terapia prin artă și terapia prin muzică, oferă oportunități valoroase pentru exprimarea emoțiilor într-un mod nonverbal [12; 204]. **Terapia prin artă**, prin activități precum pictura sau modelajul, reduce stresul, îmbunătățește stima de sine și previne declinul cognitiv, în timp ce terapia prin muzică promovează relaxarea, îmbunătățește memoria și stimulează socializarea, creând un sentiment de apartenență și consolidând relațiile interpersonale.

Terapia reminiscentă facilitează revizuirea experiențelor de viață, sprijinind identitatea personală și promovând conexiunile sociale [60]. Prin împărtășirea poveștilor personale, persoanele vârstnice își reduc izolarea, în timp ce își consolidează apartenența și memoria. **Terapia familială** sistemică se axează pe dinamica relațiilor familiale, sprijinind rezolvarea conflictelor și întărind rețelele de sprijin emoțional [128]. Aceasta încurajează colaborarea între membri, oferind persoanelor vârstnice un mediu securizat și o mai mare integrare familială. În completare, intervențiile cognitive și afective contribuie la menținerea funcțiilor cognitive prin activități structurate, precum rezolvarea puzzle-urilor sau cursurile educative, și la reglarea emoțională prin consiliere sau meditație [156]. Aceste intervenții promovează echilibrul emoțional, reduc anxietatea și susțin starea de bine generală.

Tehnologia modernă joacă un rol esențial în diminuarea singurătății la vârsta de regresie, facilitând conectarea socială prin platforme digitale precum Skype, Zoom și WhatsApp [170]. Aceste instrumente permit menținerea contactului cu familia și prietenii și oferă acces la resurse educative și recreative, contribuind la implicarea activă a persoanelor vârstnice în activități care sprijină dezvoltarea personală și socializarea [251]. Pentru utilizarea eficientă a acestor tehnologii, instruirea adecvată este esențială, deoarece lipsa competențelor digitale poate constitui un obstacol semnificativ [81]. Programele de formare adaptate nevoilor vârstnicilor facilitează accesul la aceste instrumente și contribuie la integrarea lor în viața cotidiană. Integrarea tehnologiei în strategiile de gestionare a singurătății oferă persoanelor vârstnice oportunități extinse pentru conectare socială, susținând menținerea unui stil de viață activ și satisfăcător. Teoria optimizării selective cu compensare propune un cadru eficient pentru adaptarea la pierderile asociate procesului de îmbătrânire, bazându-se pe trei principii fundamentale: selecția obiectivelor

realizabile, optimizarea resurselor disponibile și compensarea limitărilor prin metode alternative [18]. Astfel, persoanele vârstnice pot prioritiza relațiile sociale de calitate, utiliza tehnologia pentru a menține conexiunile interpersonale și se pot implica în activități recreative adaptate nevoilor lor. Strategiile de coping și intervențiile psihosociale personalizate sunt esențiale în diminuarea izolării sociale și sprijinirea bunăstării persoanelor vârstnice. Adaptarea acestor intervenții la nevoile și contextul individual contribuie semnificativ la depășirea provocărilor asociate singurătății și la creșterea calității vieții. O abordare multidimensională susține integrarea socială și promovează o îmbătrânire activă și sănătoasă, oferind o perspectivă pozitivă asupra vârstei de regresie.

Problema singurătății în rândul persoanelor în vârstă de regresie constituie o provocare accentuată de transformările sociale și economice contemporane, cu efecte negative asupra sănătății, relațiilor sociale și calității vieții vârstnicilor. Cercetările din țările dezvoltate oferă o bază teoretică solidă, însă contextul specific din Europa de Est, incluzând România, rămâne insuficient investigat. Caracteristici precum migrația tinerilor, sprijinul familial redus și accesul limitat la servicii sociale contribuie la accentuarea acestei stări. Literatura de specialitate indică o nevoie acută de studii longitudinale care să exploreze modul în care singurătatea evoluează în procesul îmbătrânirii și să clarifice interacțiunea acesteia cu factori precum caracteristicile socio-demografice, emoțiile negative, trăsăturile de personalitate și calitatea vieții. De asemenea, diversitatea specifică acestui grup, reflectată în variabile precum genul, mediul de rezidență și statutul economic, necesită o abordare mai detaliată.

În acest context, analiza interacțiunilor dintre acești factori devine esențială pentru dezvoltarea unor intervenții psihosociale adaptate, care să răspundă nevoilor variate ale vârstnicilor. Totodată, lipsa dovezilor clare privind eficiența acestor intervenții limitează implementarea lor la scară largă. Este necesară o abordare multidimensională, capabilă să susțină personalizarea intervențiilor și să optimizeze resursele sociale și emoționale, promovând îmbătrânirea activă și sănătoasă. Politicile publice bazate pe cercetări empirice și orientate spre integrarea socială și creșterea calității vieții vor sprijini înțelegerea mai profundă a singurătății și implementarea unor soluții sustenabile, adaptate diversității acestui grup vulnerabil.

1.5. Concluzii la capitolul 1

Analiza interdisciplinară a singurătății a condus la identificarea trăsăturilor definitorii și la formularea concluziilor esențiale necesare unei înțelegeri aprofundate și unei abordări eficiente:

1. Singurătatea reprezintă o experiență complexă, cu impact semnificativ asupra bunăstării și calității vieții, mai ales în rândul persoanelor în vârstă de regresie, unde este amplificată de pierderi personale, declin funcțional și reducerea autonomiei. O înțelegere aprofundată a acestui fenomen,

printr-o definiție integrată și cuprinzătoare, este esențială pentru dezvoltarea unor strategii de intervenție eficiente, adaptate diversității și complexității manifestărilor sale. Definiția propusă este următoarea: *Singurătatea este o experiență de distanțare percepută, ce apare atunci când interacțiunile și relațiile cu ceilalți nu reușesc să îndeplinească nevoia profundă de apartenență și sens personal. Ea transcende simpla absență fizică a altora și reflectă un sentiment de ruptură, atât față de ceilalți, cât și față de sine. Această experiență, influențată de așteptările personale și contextul social, variază în intensitate și durată, având potențialul de a genera un spațiu de suferință, dar și de introspecție și autocreștere.*

2. La vârsta de regresie, singurătatea este influențată de factori biologici, psihologici, economici și culturali, având efecte semnificative asupra sănătății fizice, mentale și emoționale. Declinul funcțiilor fizice și cognitive, pierderea autonomiei și creșterea nevoii de sprijin subliniază importanța relațiilor interpersonale și a suportului social. O înțelegere aprofundată a acestor factori este indispensabilă pentru dezvoltarea soluțiilor adaptate, care să îmbunătățească bunăstarea generală și calitatea vieții vârstnicilor.

3. Singurătatea este asociată cu intensificarea emoțiilor negative, precum stresul, anxietatea și depresia, contribuind la deteriorarea sănătății fizice și mentale a vârstnicilor. Aceste efecte subliniază necesitatea unor intervenții eficiente, orientate spre reducerea suferinței emoționale și îmbunătățirea bunăstării generale.

4. Trăsăturile de personalitate, precum nevrotismul și extroversia, influențează modul în care vârstnicii percep și experimentează singurătatea. Nevrotismul crește vulnerabilitatea la emoții negative, în timp ce extroversia, deși poate proteja împotriva singurătății, necesită sprijin social constant pentru a preveni amplificarea suferinței.

5. Calitatea vieții persoanelor vârstnice este semnificativ influențată de experiența singurătății, care afectează sănătatea fizică și mentală, limitează independența și degradează relațiile sociale, în special în contextul pierderii rețelelor sociale, pensionării și decesului partenerului de viață. Aceste implicații subliniază importanța implementării unor intervenții specifice pentru susținerea bunăstării acestei categorii vulnerabile.

6. Bunăstarea persoanelor vârstnice este influențată de utilizarea resurselor interne și externe, precum strategiile de coping și sprijinul social, pentru gestionarea provocărilor asociate sănătății fragile și accesului limitat la servicii. Intervențiile psihosociale și utilizarea tehnologiilor inovatoare pot susține semnificativ calitatea vieții, deși necesită validare suplimentară pe termen lung. O abordare multidimensională, adaptată nevoilor specifice ale vârstnicilor, este indispensabilă pentru reducerea marginalizării, promovarea îmbătrânirii active și optimizarea bunăstării generale.

2. CERCETARE EMPIRICĂ ASUPRA EXPERIENȚEI SINGURĂȚĂȚII LA VÂRSTA DE REGRESIE

2.1. Fundamentarea cadrului metodologic al cercetării constatative

Analiza literaturii de specialitate și concluziile preliminare justifică necesitatea unei cercetări empirice privind manifestarea singurătății la persoanele în vârstă de regresie. Studiul, având un design constatativ, transversal și corelațional, își propune să investigheze experiența subiectivă a singurătății și să identifice factorii care contribuie la intensificarea acesteia. Prin examinarea detaliată a dinamicii și specificităților fenomenului, cercetarea explorează relațiile dintre factorii individuali și contextuali care influențează percepția și manifestarea singurătății. Din perspectivă metodologică, acest studiu adoptă o abordare descriptivă, analitică și predictivă, generând informații valoroase pentru înțelegerea și explicarea experienței singurătății. Aceste date pot constitui fundamentul identificării de soluții cu aplicabilitate practică.

Scopul cercetării constatative este de a explora aplicativ singurătatea și factorii de risc care stimulează declanșarea acesteia la persoanele în vârstă de regresie.

Obiectivele următoare au fost stabilite, având în vedere atingerea scopului propus:

1. Stabilirea efectului factorilor socio-demografici asupra singurătății la vârstnici;
2. Determinarea influenței emoțiilor negative asupra singurătății vârstnicilor.
3. Estimarea impactului calității vieții asupra singurătății persoanelor vârstnice;
4. Analiza relației dintre singurătatea persoanelor vârstnice și trăsăturile de personalitate.

Ipoteza generală. Presupunem că intensitatea și manifestările singurătății la persoanele în vârstă de regresie sunt determinate de o serie de variabile socio-demografice, precum și de factori psihologici, psiho-emoționali și personali.

Ipotezele operaționale, formulate în conformitate cu ipoteza generală, sunt următoarele:

H1. Presupunem că nivelul de singurătate al persoanelor în vârstă de regresie este influențat de factori socio-demografici, precum vârsta, mediul de rezidență, genul, statutul marital, nivelul de educație, statutul socio-economic, ocupația și starea de sănătate.

H2. Considerăm că există o corelație semnificativă statistic între nivelul de singurătate al vârstnicilor și intensitatea stărilor emoționale negative (depresie, anxietate și stres).

H3. Presupunem că există o corelație semnificativă statistic între nivelul de singurătate al vârstnicilor și calitatea vieții, reflectată prin bunăstarea materială și accesul la suport social.

H4. Considerăm că există o corelație semnificativă statistic între nivelul de singurătate al persoanelor în vârstă de regresie și trăsăturile de personalitate, incluzând stabilitatea emoțională, extroversia și nevrotismul.

Variabilele cercetării. În conformitate cu obiectivele și ipotezele cercetării, variabilele relevante teoretic și empiric au fost clasificate în categorii de independente și dependente, pentru a facilita realizarea analizelor statistice adecvate.

1. Variabila dependentă este nivelul de singurătate al persoanelor vârstnice, pe care o măsurăm pentru a determina în ce mod este afectată de celelalte variabile.

2. Variabilele independente sunt următoarele: mediul – instituționalizat sau familial, genul, starea de sănătate, starea civilă, ocupația și nivelul educațional (pentru H₁), satisfacția în viață (H₂), stresul, anxietatea, depresia (H₃ și H₄). De asemenea, în cazul celei de-a patra ipoteze operaționale, lucrăm și cu două variabile mediatore, care indică trăsăturile de personalitate ale persoanelor vârstnice: nivelul de extroversie, nevrotism și psihotism.

Metodologia cercetării. În urma consultării și analizei literaturii de specialitate privind singurătatea la persoanele în vârstă de regresie, am utilizat informațiile relevante pentru a desfășura o cercetare temeinic fundamentată teoretic. Studiul de față, realizat integral între anii 2022 și 2024, a inclus trei etape principale: identificarea și selecția participanților, administrarea instrumentelor psihologice și înregistrarea detaliată a datelor, precum și efectuarea analizelor statistice adecvate pentru interpretarea datelor și verificarea ipotezelor.

Analiza demografică și profilul caracteristicilor eșantionului. Studiul a fost realizat pe un eșantion de 200 de participanți, selectați pentru a asigura o reprezentativitate demografică corespunzătoare și o validitate statistică solidă. Structura eșantionului a fost concepută riguros, incluzând în mod echilibrat 100 de persoane instituționalizate din Centrul Rezidențial de Îngrijire și Asistență pentru Persoane Dependente – Berceni și 100 de persoane neinstituționalizate din mediul familial. Participanții au vârste cuprinse între 65 și 95 de ani, cu un modul al vârstei de 71,89 ani, asigurând o reprezentare adecvată a segmentului vârstnic al populației. Pentru a facilita analiza în funcție de vârstă, participanții au fost împărțiți în trei grupe: 65-74 de ani (reprezentând 76% din eșantion, incluzând 75 de persoane instituționalizate și 77 neinstituționalizate), 75-84 de ani (21% din eșantion, cu 20 instituționalizați și 22 neinstituționalizați) și peste 85 de ani (3% din eșantion, cu 5 instituționalizați și 1 neinstituționalizat). Această structurare permite identificarea diferențelor semnificative statistic în funcție de vârstă și asigură o reprezentare corespunzătoare a populației vârstnice (Anexa 1, Tabel 1).

Distribuția participanților în funcție de gen a fost egală, incluzând câte 50 de participanți de gen masculin și 50 de gen feminin, atât în grupul instituționalizat, cât și în cel neinstituționalizat

(Anexa, Figura 2). Această simetrie, cu fiecare gen reprezentând câte 25% din eșantionul total în ambele grupuri, instituționalizat și neinstituționalizat, asigură reprezentativitatea proporțiilor de gen ale populației generale și facilitează analiza comparativă între grupuri. În continuare, Anexa 1, Figura 1 detaliază structura eșantionului în funcție de domiciliu, incluzând diferențierea în funcție de mediul participanților. Din considerente practice, și pentru accesibilitatea mai facilă la subiecți care îndeplinesc criteriile necesare includerii în studiu, majoritatea respondenților (70%) provin din mediul urban. Această tendință se menține și în analiza împărțirii pe mediu. În rândul persoanelor instituționalizate, 70 de participanți (35% din eșantionul total) sunt din mediul urban, în timp ce 30 (15%) provin din mediul rural. În cazul persoanelor neinstituționalizate, 90 sunt din mediul urban (45% din eșantionul total), iar doar 10 (5%) din mediul rural.

Structura stării civile reprezintă un element semnificativ de analiză în contextul cercetării, având în vedere faptul că poate influența modul în care persoanele vârstnice experimentează singurătatea și nivelul de sprijin social de care beneficiază [100]. Conform datelor prezentate în Anexa 1, Figura 3, care ilustrează distribuția stării civile, observăm ca „văduvia” este cea mai frecventă, fiind raportată de 38% dintre persoanele instituționalizate și 37% dintre cele din mediul familial. „Căsătoria” ocupă a doua poziție, cu o distribuție similară în ambele grupuri (25% din totalul eșantionului). Statutul de „divorțat” este mai des întâlnit în rândul persoanelor instituționalizate (20%) comparativ cu cele din mediul familial (10%), în timp ce observăm că vârstnicii „necăsătoriți” înregistrează valori de 10% și 7%, respectiv. Categoria „recăsătorit” este mai frecventă în rândul persoanelor neinstituționalizate (17%) decât în rândul celor instituționalizate (5%), evidențiind diferențe semnificative între cele două grupuri. „Concubinajul” este mai puțin prezent în mediul instituționalizat (2%) comparativ cu cel familial (5%).

Starea de sănătate fizică și mentală a participanților este un alt aspect important care depășește simpla demografie, având un rol semnificativ în procesul de selecție a subiecților. Au constituit criterii de excludere din grupul de participanți istoricul medical legat de tulburări psihice, atacuri cerebrale sau afecțiuni neurologice, precum și orice alte afecțiuni cronice sau acute care ar fi putut afecta participarea la studiu [188]. Conform Anexei 1 Figura 4, doar 11% dintre participanți au o stare de sănătate bună (3,5% instituționalizați și 7,5% neinstituționalizați). În contrast, majoritatea eșantionului, respectiv 150 de persoane, suferă de boli cronice, evidențiind prevalența acestor afecțiuni în rândul persoanelor vârstnice și reflectând caracteristicile populației generale.

Grupul studiat include o diversitate de afiliere religioasă, ceea ce reflectă în mod adecvat distribuția apartenenței religioase din cadrul populației generale, conform datelor din Anexa 1 Figura 5, 83,5% dintre participanți se identifică ca ortodocși, iar această afiliere este semnificativă

pentru instituționalizați și neinstituționalizați. 7% dintre participanți sunt adventiști, iar 6% romano-catolici. Alte religii și credințe, cum ar fi cele reformate (2,5%) și ateismul (1%), sunt prezente în proporții mult mai reduse. În majoritatea cazurilor, nu există diferențe semnificative între grupurile instituționalizate și neinstituționalizate în ceea ce privește apartenența religioasă, cu excepția unei mici variații în diversitatea afilierilor religioase, unde grupul de vârstnici din mediul familial conține doar ortodocși, adventiști și romano-catolici [114]. Conform analizei afilierilor religioase prezentate în Anexa 1, Figura 5, este relevant să se examineze participarea la activități religioase în cadrul acestor grupuri. Datele din Anexa 1, Figura 6 indică faptul că 34% dintre participanți se identifică drept practicanți, cu o pondere de 50% în grupul neinstituționalizat, în timp ce 66% se consideră nepracticanți, majoritatea fiind din grupul instituționalizat. Această distribuție sugerează o legătură între implicarea religioasă și păstrarea vârstnicilor în mediul familial, ceea ce poate influența experiențele de singurătate. Diferențele în practicarea religioasă necesită o analiză detaliată, fiind esențiale pentru a înțelege relația dintre credință, apartenență socială și bunăstarea emoțională a persoanelor vârstnice [114].

În Anexa 1 Figura 7 sunt prezentate datele despre nivelul de educație al participanților la studiu, aspect esențial pentru adaptarea corectă a instrumentelor de evaluare, precum inventarul QOLI, care necesită un nivel de citire și înțelegere a textelor scrise aferente clasei a șasea [87]. Așa cum reiese din date, 15% dintre participanți nu au finalizat nicio formă de educație formală, fiind mai mulți în grupul instituționalizat (10%). Educația primară este atinsă de 30% dintre participanți, predominant în grupul neinstituționalizat (10%). Procentul celor care au absolvit gimnaziul este de 10%, la fel distribuit între grupuri. Liceul a fost finalizat de 6%, cu o prezență mai mare în grupul neinstituționalizat. 14,5% au urmat o școală profesională, iar 16% un nivel postliceal, în ambele cazuri cu o ușoară prevalență în grupul neinstituționalizat.

În învățământul superior au absolvit 8,5%, majoritatea fiind din grupul neinstituționalizat. Nu în ultimul rând, un aspect demografic relevant este cel al ocupației grupului studiat. Majoritatea participanților sunt pensionari (74%), reprezentând o proporție semnificativă în ambele grupuri (69% din persoanele instituționalizate și 79% din grupul persoanelor aflate în mediul familial). 22,5% din respondenți nu au avut o ocupație de-a lungul vieții și nu sunt incluși în categoria pensionarilor, cu o prezență mai mare în grupul instituționalizat (15% din total, în comparație cu 7,5% din total). Un procent mai redus este reprezentat de persoanele care au o ocupație. În total, 3,5% din eșantion se află în continuare în câmpul muncii, 3% fiind în mediul familial, iar 0,5% fiind reprezentat de persoane vârstnice instituționalizate.

Norme deontologice și proceduri experimentale. Experimentul constatativ a fost desfășurat în conformitate cu prevederile Codului deontologic al profesiei de psiholog, adoptat

prin Hotărârea 4CN/2013, și ale Codului de procedură disciplinară COPSI (2013). Participanții au fost informați despre scopul cercetării, conținutul probelor utilizate și caracterul voluntar al participării, fiind asigurată confidențialitatea datelor și a rezultatelor obținute. Acordul de participare a fost obținut prin completarea unui formular de consimțământ, iar retragerea din cercetare a fost permisă oricând, fără consecințe negative. Datele au fost colectate utilizând instrumente psihometrice validate, aplicate individual în medii controlate pentru a garanta condiții optime de concentrare. S-a utilizat metoda clasică creion-hârtie, respectând instrucțiunile specifice fiecărui instrument și ordinea recomandată pentru asigurarea consistenței și comparabilității rezultatelor. Instrumentele de evaluare au fost atent selectate pentru a capta nuanțele experienței singurătății, incluzând metode validate și adaptate la contextul cercetării. Chestionarele au inclus întrebări demografice relevante, menite să furnizeze informații esențiale pentru interpretarea rezultatelor și formularea predicțiilor științifice privind probabilitatea apariției fenomenelor investigate.

Instrumente psihometrice de cercetare: Instrumentarul de evaluare utilizat în cadrul experimentului constatativ include tehnici standardizate de investigare psihologică, concepute pentru a măsura variabilele psihologice analizate în această cercetare, care vor fi detaliate în continuare:

Scala unidimensională de singurătate UCLA: Pentru măsurarea singurătății în rândul persoanelor vârstnice, a fost selectată Scala de Singurătate UCLA, un instrument recunoscut pe plan internațional pentru validitatea și fiabilitatea sa, fiind considerat un standard de referință în cercetările din acest domeniu [216; 217]. Concepută inițial de D. Russell și C. E. Cutrona (1980) și ulterior optimizată, această scală unidimensională măsoară singurătatea prin intermediul reacțiilor emoționale negative asociate discrepanțelor percepute între nivelul dorit și cel real al interacțiunilor sociale [216; 218]. Studiile indică faptul că este cel mai frecvent utilizat instrument pentru măsurarea singurătății în rândul adulților, iar versiunea a treia a fost selectată datorită accesibilității sporite și adaptabilității sale culturale, aspecte care o fac potrivită pentru populația vârstnică [28]. Această versiune a scalei a simplificat formularea itemilor, facilitând aplicarea inclusiv în cazul participanților cu un nivel educațional redus, fără a compromite relevanța sa în diverse contexte culturale. În România, validitatea scalei a fost confirmată în studii realizate de M. Nedelcu, A. Bucur și M. Boza, consolidând aplicabilitatea acesteia în contextul local [43; 171]. A treia versiune a Scalei UCLA este alcătuită din 20 de itemi, dintre care 11 reflectă experiența directă a singurătății, iar 9 indică absența acesteia, fiind scorate invers. Participanții evaluează fiecare item pe o scară de frecvență în patru puncte, de la „niciodată nu mă simt așa” la „tot timpul

mă simt așa”. Instrucțiunile oferite sunt clare: „Următoarele afirmații descriu cum se simt, uneori, oamenii. Vă rugăm să indicați cât de des vă simțiți astfel, scriind numărul corespunzător în dreptul fiecărei afirmații.” Scorurile obținute variază între 20, indicând un nivel minim de singurătate percepută, și 80, corespunzând unui nivel maxim, ceea ce permite o măsurare detaliată a intensității acesteia.

Scala UCLA demonstrează o fiabilitate ridicată prin consistența internă (coeficient alfa Cronbach între 0.89 și 0.94) și stabilitatea la retestare (consistență de 0.73). Studiile lui D. Russell și colaboratorii (1980) arată că, deși alte instrumente pot explica parțial variația scorurilor, Scala UCLA rămâne unică în măsurarea singurătății fără redundanță [217]. Aceasta oferă o evaluare precisă a singurătății resimțite și păstrează relații stabile cu variabilele sociale, chiar și după controlarea influențelor afective și de personalitate, evidențiindu-se utilitatea în cercetările asupra populației vârstnice. Capacitatea sa de a asigura comparabilitatea între studii facilitează identificarea tendințelor și corelațiilor între grupuri de vârstnici, contribuind astfel la un cadru metodologic consecvent pentru cercetarea singurătății. Scala UCLA este apreciată ca un etalon metodologic în domeniu, oferind o bază solidă pentru interpretarea detaliată și precisă a experienței complexe a singurătății în rândul persoanelor vârstnice.

DASS 21-R (Scalele de depresie, anxietate și stres) este un instrument de autoevaluare destinat măsurării stărilor negative de depresie, anxietate și stres, dezvoltat de P.F. Lovibond și S.H. Lovibond [142]. Utilizat pe scară largă în domeniul sănătății mintale, DASS 21-R oferă cercetătorilor și specialiștilor în sănătate mintală informații esențiale pentru a înțelege și interveni în problematicile de sănătate mintală. Instrumentul este structurat în trei subscale distincte, fiecare evaluând în mod distinct dimensiuni specifice ale stării afective: depresia, anxietatea și stresul. Subscala de depresie din DASS 21-R explorează aspecte precum dispoziția afectivă negativă, lipsa de speranță, devalorizarea vieții și lipsa de energie, oferind o evaluare detaliată a nivelului de depresie resimțit de individ. Subscala de anxietate este orientată spre măsurarea reacțiilor de anxietate, incluzând activarea autonomă, efectele asupra mușchilor scheletici și experiența afectivă anxioasă subiectivă, fiind utilă în determinarea nivelului de anxietate perceput de subiecți.

Subscala de stres evaluează gradul de stres resimțit, concentrându-se pe dificultățile în relaxare, agitația nervoasă, iritabilitatea și nerăbdarea, ceea ce permite o înțelegere aprofundată a nivelului de stres din viața respondentului [174]. Validitatea DASS 21-R pentru populația vârstnică a fost confirmată de cercetări internaționale [273]. În cadrul acestei cercetări, utilizăm versiunea românească adaptată de M. Albu (2011), care a remediat problemele de validitate din versiunile anterioare [7]. Instrumentul include 21 de itemi, fiecare cu patru opțiuni de răspuns, corespunzătoare frecvenței cu care respondentul a trăit experiența descrisă în ultima săptămână.

Punctajele variază între 1 și 3, iar scorurile din versiunea cu 21 de itemi se dublează pentru interpretare. Astfel, fiecare subscală are un scor cuprins între 0 și 42, iar interpretarea rezultatelor se face pe cinci niveluri de intensitate a stărilor afective negative, permițând evaluarea detaliată a depresiei, anxietății și stresului [142].

Chestionarul de personalitate Eysenck: În cadrul acestei cercetări, fiind vizată relația dintre singurătate și trăsăturile de personalitate, un instrument relevant ales pentru evaluarea acestora este Chestionarul de Personalitate Eysenck (EPQ). EPQ este construit pentru a măsura trei dimensiuni fundamentale ale personalității: extroversie, nevrotism și psihotism, oferind o abordare complexă și comprehensivă a structurii personalității. Acest instrument permite analiza gradului în care subiectul se poziționează pe trei axe principale (extroversie - introversie, nevrotism - stabilitate și psihotism – sociabilitate), oferind o descriere detaliată a trăsăturilor de bază ale personalității [253]. Astfel, EPQ furnizează o înțelegere profundă a tendințelor temperamentale și structurii personalității individuale [79]. Forma inițială a chestionarului, propusă de H.J. Eysenck și S.B.G. Eysenck în 1982, cunoscută ca Inventarul de Personalitate Eysenck, evalua extroversia și nevrotismul prin două scale compuse din câte 24 de itemi [79]. Ulterior, a fost adăugată o scală de 9 itemi privind tendința de minciună, menită să îmbunătățească validitatea instrumentului prin identificarea tentativelor respondenților de a se prezenta într-o lumină favorabilă sau de a răspunde într-un mod social acceptabil.

Un aspect distinctiv al Chestionarului de Personalitate Eysenck constă în utilizarea exclusivă a răspunsurilor binare („Da” și „Nu”) în locul unei scale Likert, întâlnită frecvent în testele de personalitate. În urma aplicării chestionarului, răspunsurile sunt codificate și analizate pentru a obține patru scoruri, punctând răspunsurile afirmative și negative. În versiunea scurtă EPQ-R, fiecare scală are un scor minim de 0 și un scor maxim de 12 puncte. În cazul primelor trei dimensiuni (extroversie, nevrotism și psihotism), un scor ridicat reflectă intensitatea acestor trăsături de personalitate; pentru scala de minciună, un scor mare semnalează o validitate scăzută a răspunsurilor oferite de respondent, indicând o posibilă tendință de denaturare a autoevaluării.

Tabel 2.1. Caracteristicile scalelor din cadrul testului EPQ

Denumire	Descrierea scalelor
Extroversiune	Persoanele care obțin scoruri mari la scala de extroversie a lui H. J. Eysenck prezintă un grad ridicat de sociabilitate, energie și asertivitate, manifestând trăsături precum căutarea de senzații, dominația și orientarea spre aventură [160]. În schimb, scorurile mici indică o personalitate introvertită, lipsită de aceste trăsături. Conform teoriei lui H.J. Eysenck, diferențele de extroversie sunt explicate biologic prin variații în stimularea corticală.

Stabilitatea emoțională (nevrotism)	Această scală măsoară gradul de stabilitate emoțională al individului. Persoanele cu scoruri mari, și deci un nivel ridicat de nevrotism, prezintă afectivitate negativă, anxietate, teamă, invidie, îngrijorare și tendința de schimbare rapidă a emoțiilor [160]. Conform teoriei lui H.J. Eysenck, aceste variații în nevrotism sunt explicate prin niveluri diferite de activitate în sistemul limbic.
Psihotism	Scala de psihotism din cadrul EPQ evaluează psihotismul ca trăsătură de personalitate, incluzând tendințe spre impulsivitate, asertivitate, agresivitate, egocentrism, manipulare și lipsă de empatie. Această scală a fost adăugată odată cu tranziția de la EPI la EPQ, fiind absentă în versiunea inițială a instrumentului.
Minciună (dezirabilitate socială)	Această scală evaluează tendința respondenților de a-și adapta răspunsurile pentru a fi social acceptabile, indicând astfel o validitate scăzută a testului [158]. Respondenții cu scoruri mari la această scală sunt excluși din studiu pentru a evita influențarea rezultatelor statistice.

Inventarul calității vieții QOLI este un instrument ce măsoară satisfacția generală în viață printr-un scor cumulativ ce integrează multiple domenii ale satisfacției personale. Fundamentat pe modelul validat empiric al stării subiective de bine și satisfacției în viață, acesta include și dimensiuni teoretice asociate depresiei, fără a se focaliza pe simptome negative [87]. QOLI este orientat către o evaluare pozitivă a vieții, axându-se pe aspirațiile și împlinirile personale, în conformitate cu teoria calității vieții. Inventarul cuprinde 16 domenii esențiale, fiecare măsurat individual: sănătatea, stima de sine, țelurile și valorile, banii, munca, recreerea, învățarea, creativitatea, ajutorul, iubirea, prietenii, relația cu copiii, rudele, locuința, cartierul și comunitatea. QOLI oferă un instrument scurt și eficient, cu doar 32 de itemi, a căror completare durează aproximativ 5 minute. Structura simplă și formularea accesibilă a întrebărilor fac inventarul adecvat pentru toate nivelurile de educație și în special pentru persoanele vârstnice, fiind utilizat în numeroase studii pe această populație [273].

Completerea implică evaluarea fiecărui domeniu al vieții pe o scală Likert de la 1 la 3 pentru importanță și de la 1 la 6 pentru satisfacție, oferind astfel o măsurare detaliată și personalizată a calității vieții. Administrarea testului se realizează prin metoda clasică creion-hârtie, iar calcularea scorurilor a fost realizată prin foaia de scorare manuală. Validitatea testului este verificată prin excluderea celor cu mai mult de două răspunsuri lipsă sau multiple în coloanele de importanță și satisfacție. Dacă validitatea este confirmată, pentru fiecare domeniu se calculează un scor ponderat prin înmulțirea valorilor de importanță și satisfacție. Fiecare arie poate avea un scor între -6 (nivel minim de satisfacție) și 6 (nivel maxim). Scorurile brute totale, rezultate prin însumarea scorurilor ponderate, se convertesc în scoruri T și centile, utilizând tabelul de conversie

din manual, ceea ce permite încadrarea fiecărui respondent într-una din cele patru categorii ale calității vieții [87].

Tabel 2.2. Descrierea categoriilor din inventarul calității vieții (QOLI)

Categorie	Descrierea categoriilor
Nivel ridicat	Persoanele care obțin un scor general ridicat la Inventarul Calității Vieții sunt caracterizate de o stare de fericire și împlinire, demonstrând capacitatea de a gestiona eficient problemele, o rezistență crescută la stres și stabilitate psihologică, precum și relații interpersonale pozitive.
Nivel mediu	Persoanele care obțin un nivel mediu la Inventarul Calității Vieții au o funcționare generală bună și se simt împlinite, însă nu în toate ariile importante în viață. Aceste persoane dispun de resurse psihologice pentru rezolvarea problemelor și mențin o perspectivă echilibrată asupra vieții.
Nivel scăzut	Persoanele cu un scor scăzut la Inventarul Calității Vieții, au satisfacția generală limitată la câteva arii ale vieții, dar în general se simt nefericite și neîmplinite. Acest instrument este util pentru a identifica acest grup cu risc, care, deși nu prezintă semne evidente de tulburări psihologice, are o predispoziție ridicată de a dezvolta astfel de afecțiuni.
Nivel foarte scăzut	Persoanele cu un scor foarte scăzut la Inventarul Calității Vieții prezintă un nivel ridicat de nefericire, neîmplinire și frustrare, manifestând dificultăți în satisfacerea nevoilor. Acest scor apare rar în rândul populației generale și este mai frecvent întâlnit în rândul persoanelor din populația clinică.

Analizele statistico-matematice au facilitat identificarea și interpretarea diferențelor și corelațiilor între variabile, oferind o bază solidă pentru o înțelegere fundamentată științific a singurătății în rândul vârstnicilor. Datele colectate au fost procesate prin calcularea scorurilor individuale, integrate într-o bază de date digitală și analizate utilizând SPSS Statistics, conform ghidurilor metodologice din literatura de specialitate. Metodele aplicate au inclus analize de frecvență, teste de normalitate (Kolmogorov-Smirnov), metode nonparametrice (testul Mann-Whitney), analiza de varianță ANOVA cu testul post-hoc Tukey și coeficienți de corelație Spearman. Relația dintre emoțiile negative (anxietate, stres, depresie) și factorii de personalitate (extroversie, nevrotism și psihotism) în determinarea singurătății a fost evaluată prin regresie liniară ierarhică. Ipoteza de egalitate a varianțelor a fost verificată utilizând testul Levene.

Aceste tehnici au asigurat validitatea rezultatelor și o interpretare riguroasă, contribuind la o perspectivă detaliată asupra factorilor care influențează singurătatea în această categorie de populație. Procesul de analiză a fost structurat astfel încât să respecte cele mai înalte standarde metodologice, sprijinind o înțelegere aprofundată a relațiilor dintre variabilele studiate.

2.2. Analiza rezultatelor cercetării experimentale privind singurătatea la vârsta a treia

Analiza influenței variabilelor socio-demografice asupra singurătății la vârsta de regresie. Această secțiune este dedicată prezentării și interpretării rezultatelor obținute în cadrul experimentului de constatare, concentrându-se asupra influenței factorilor socio-demografici, calității vieții, sentimentelor negative și trăsăturilor de personalitate asupra nivelului de singurătate la persoanele de vârsta a treia [227]. Rezultatele sunt structurate în conformitate cu obiectivele și ipotezele stabilite în cercetare, incluzând statistici descriptive și inferențiale, acolo unde acestea sunt necesare pentru clarificarea relațiilor dintre variabilele analizate. În vederea verificării primei ipoteze, conform căreia nivelul de singurătate în rândul persoanelor vârstnice este influențat de factori socio-demografici, am analizat rezultatele obținute prin aplicarea scalei de singurătate UCLA și le-am corelat cu datele demografice ale subiecților (Figura 2.1). Analiza a avut ca scop identificarea influenței variabilelor socio-demografice. Prin acest demers, am urmărit testarea ipotezei prin evaluarea relațiilor statistice dintre variabilele independente și nivelul de singurătate.

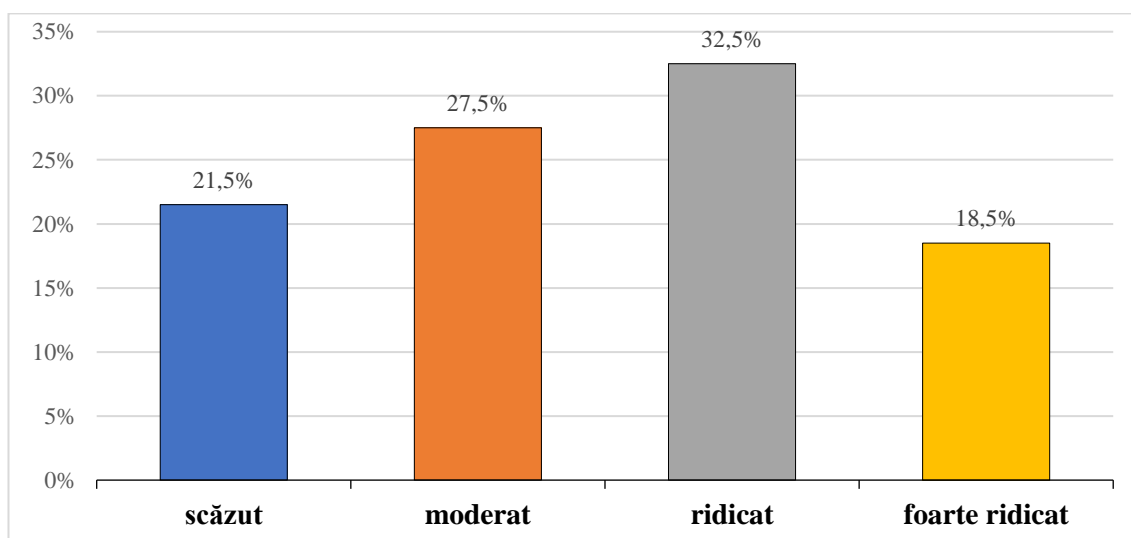


Figura 2.1. Rezultatele la Scala de Singurătate UCLA la vârstnici

Pentru scala de singurătate UCLA, am obținut un scor mediu de $M = 50,86$ și o deviație standard de $SD = 15,35$ pe întregul eșantion de 200 de persoane (Anexa 2. Tabelul 2). Această medie indică un nivel moderat de singurătate, care se încadrează în intervalul 50-64 de puncte. Având în vedere dimensiunea eșantionului de $n = 200$, am utilizat testul Kolmogorov-Smirnov pentru a verifica normalitatea distribuției datelor. Nivelul de semnificație $p = 0,006$ ($p < 0,05$) indică o diferență semnificativă statistic față de distribuția normală, coroborată cu un coeficient de asimetrie foarte scăzut (coef. asimetrie = $-0,10$) și un coeficient de boltire ridicat (coef. boltire = -

1,00). Aceste rezultate permit asumarea normalității distribuției pentru testele statistice parametrice utilizate (ANOVA), cu condiția respectării ipotezei de egalitate a varianțelor, verificată prin testul Levene. Structurând datele obținute în funcție de intervalele de singurătate identificate în literatura de specialitate, distribuția eșantionului este următoarea: 18,4% au un nivel de singurătate foarte ridicat, 32,3% un nivel ridicat, 27,4% un nivel moderat și 21,4% un nivel scăzut (Figura 2.1) [97]. Astfel, rezultă că majoritatea vârstnicilor experimentează singurătatea, într-un grad mai accentuat față de media populației generale, având în vedere că 49% din respondenți au indicat un nivel de singurătate fie ridicat, fie foarte ridicat.

Prima variabilă independentă pe care am analizat-o în relație cu nivelul de singurătate a fost mediul de rezidență, distingând între nivelul de singurătate al persoanelor vârstnice instituționalizate și cel al vârstnicilor din mediul familial (Figura 2.2).

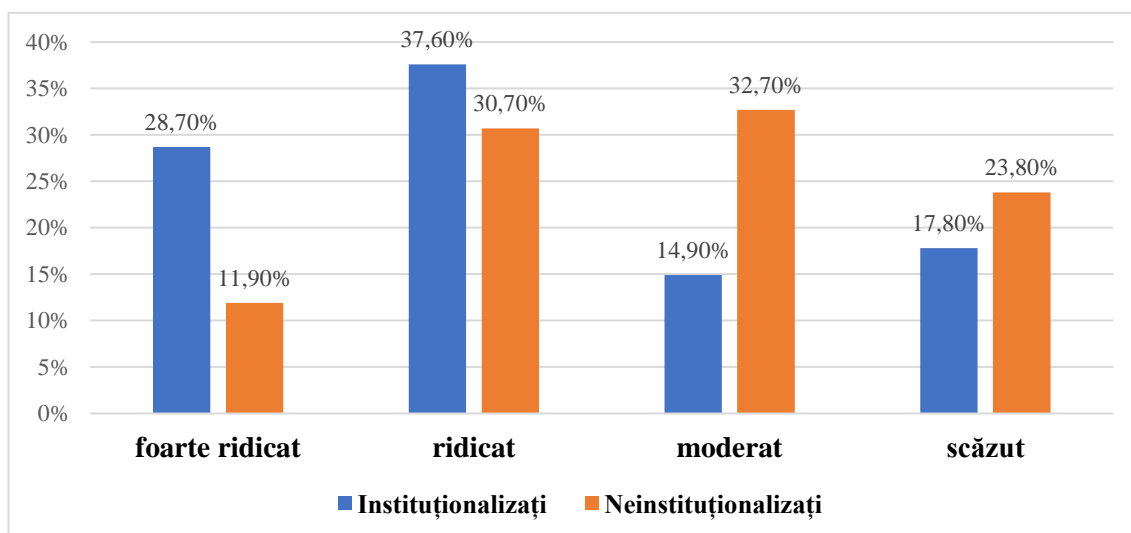


Figura 2.2. Distribuția nivelului de singurătate în funcție de mediul de rezidență

Pentru a evalua această diferență, am aplicat testul ANOVA. Analizând nivelul de singurătate al vârstnicilor în funcție de tipul de rezidență, observăm că persoanele vârstnice instituționalizate prezintă un procent semnificativ mai mare de singurătate ridicată și foarte ridicată ($28,70\% + 37,60\% = 66,3\%$), comparativ cu cele neinstituționalizate ($11,90\% + 30,70\% = 42,6\%$) (Figura 2.2). Aceste rezultate indică influența semnificativă a mediului instituțional asupra experienței de singurătate a vârstnicilor, în timp ce persoanele din mediul familial prezintă un nivel de singurătate mai scăzut [263]. Conform datelor prezentate în Anexa 4, Tabelul 4, media nivelului de singurătate pentru persoanele instituționalizate este mai mare ($M_1 = 54,97$) decât pentru cele neinstituționalizate ($M_2 = 46,74$), iar scorul de singurătate al celor instituționalizați se încadrează în intervalul corespunzător unui nivel ridicat de singurătate, comparativ cu cel al vârstnicilor din

mediul familial, care se încadrează într-un nivel moderat. Semnificația mediilor a fost evaluată pe baza testului de omogenitate a varianțelor ($Levene_{(1;198)} = 1,44; p = 0,232 > 0,05$) (Anexa 4, Tabel 5). Analiza ANOVA a relevat o valoare $p = 0,001$, care se încadrează în pragul de semnificație de $p < 0,05$, indicând o diferență statistic semnificativă între cele două grupuri (Anexa 4, Tabelul 6).

Fundamentul psihologic al acestor diferențe sugerează că mediul instituționalizat, prin absența interacțiunilor sociale intime și a sentimentului de apartenență caracteristic relațiilor familiale, poate amplifica percepția singurătății [257]. Aceasta subliniază importanța contextului social și emoțional asupra stării de bine a persoanelor vârstnice. Mediul instituționalizat poate amplifica izolarea prin limitarea interacțiunilor sociale și prin crearea unei deconectări față de comunitate, factori care contribuie semnificativ la percepția singurătății în rândul acestor [19; 263].

Rezultatele obținute sunt în acord cu literatura de specialitate, care subliniază frecvența nivelurilor moderate și ridicate de singurătate în rândul vârstnicilor instituționalizați, precum și un risc crescut de singurătate severă în acest grup comparativ cu vârstnicii neinstituționalizați [10; 99; 103; 122]. În același timp, studiile realizate de E. Abd-Allah, E. Hana și S. Metwally sugerează că vârstnicii neinstituționalizați pot experimenta și ei niveluri ridicate de singurătate, mai ales în contextul unei rețele sociale restrânse sau al unei calități scăzute a relațiilor interpersonale [2]. Totuși, literatura nu oferă o opinie unanimă asupra acestui subiect, ceea ce indică necesitatea unei analize aprofundate a factorilor contextuali și individuali care pot influența percepția și intensitatea singurătății.

Analiza relației dintre singurătate și vârstă indică variații semnificative ale nivelurilor de singurătate în funcție de intervalele de vârstă, după cum se poate observa în Figura 2.3, care prezintă distribuția gradelor de singurătate pentru trei categorii de vârstă.

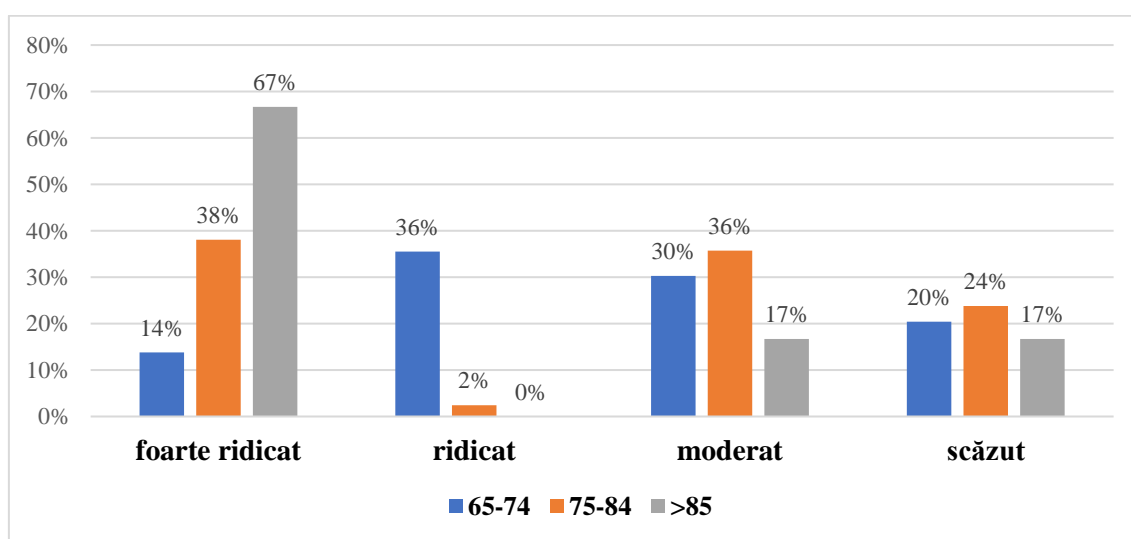


Figura 2.3. Distribuția nivelului de singurătate în funcție de vârstă

Nivelurile de singurătate foarte ridicate se asociază, în general, cu vârstele mai înaintate. De exemplu, o proporție de 67% dintre persoanele cu vârsta de peste 85 de ani manifestă niveluri foarte înalte de singurătate. Totuși, este important de menționat că grupul persoanelor peste 85 de ani este redus numeric ($n = 6$), ceea ce poate influența acuratețea și distribuția scorurilor de singurătate în acest segment. Testul ANOVA a indicat o diferență semnificativă statistic între grupurile de vârstă analizate, în funcție de nivelurile de singurătate ($p = 0,003$). În Anexa 5, Tabelul 7, indicăm principalele statistici descriptive ale relației dintre singurătate și vârstă: astfel, observăm că persoanele cu vârste între 65 și 74 de ani au cel mai redus nivel mediu de singurătate ($M_1 = 48,86$), persoanele între 75 și 84 de ani înregistrează un nivel mediu de singurătate ($M_2 = 56,43$), iar persoanele de peste 85 de ani manifestă un nivel ridicat de singurătate ($M_3 = 62,50$).

Testul post-hoc Tukey confirmă existența unei diferențe semnificative statistic între nivelurile de singurătate ale persoanelor cu vârste între 65 și 74 de ani și cele între 75 și 84 de ani ($p = 0,012$). Cu toate acestea, diferențele între nivelul de singurătate al persoanelor de peste 85 de ani și celelalte categorii de vârstă nu sunt semnificative statistic ($p = 0,076$ și $p = 0,623$). Rezultatele arată o asociere între vârstă și singurătate, care crește semnificativ după 75 de ani, atingând niveluri ridicate la persoanele peste 85 de ani. Această categorie este deosebit de vulnerabilă psihosocial din cauza pierderilor suferite, izolării și declinului capacităților fizice și cognitive [92]. Acești factori duc frecvent la o tendință de retragere psihologică și la intensificarea singurătății [267].

Comparând nivelul de singurătate la persoanele vârstnice în funcție de gen, observăm o medie ușor mai mică la femei ($M_1 = 49,23$) comparativ cu bărbații ($M_2 = 52,48$) (Anexa 5, Tabel 7). Totuși, analiza comparativă a singurătății în funcție de gen nu indică o diferență semnificativă din punct de vedere statistic. Conform testului ANOVA, valoarea p obținută ($p = 0,135$) nu se situează sub pragul de semnificație acceptat, sugerând astfel că genul nu exercită un efect semnificativ asupra nivelului de singurătate în rândul vârstnicilor. Lipsa diferenței semnificative între nivelurile de singurătate la vârstnici în funcție de gen poate fi explicată prin similaritățile în nevoile sociale și de conexiune emoțională ale acestora. La vârsta înaintată, atât bărbații, cât și femeile experimentează o reconfigurare a rețelelor sociale și a rolurilor de viață, conducând la experiențe similare de singurătate [67]. Deși pot exista diferențe individuale în modul de a face față singurătății, acești factori nu par să influențeze semnificativ percepția generală a singurătății, efectele vârstei fiind mai puternice decât cele ale genului.

Următoarea variabilă independentă utilizată pentru a analiza potențialul efect al factorilor socio-demografici asupra nivelului de singurătate al vârstnicilor este starea civilă. În Figura 2.4,

evidențiem relația dintre nivelul de singurătate și starea civilă, distribuind rezultatele în patru categorii de intensitate a singurătății: foarte ridicat, ridicat, moderat și scăzut.

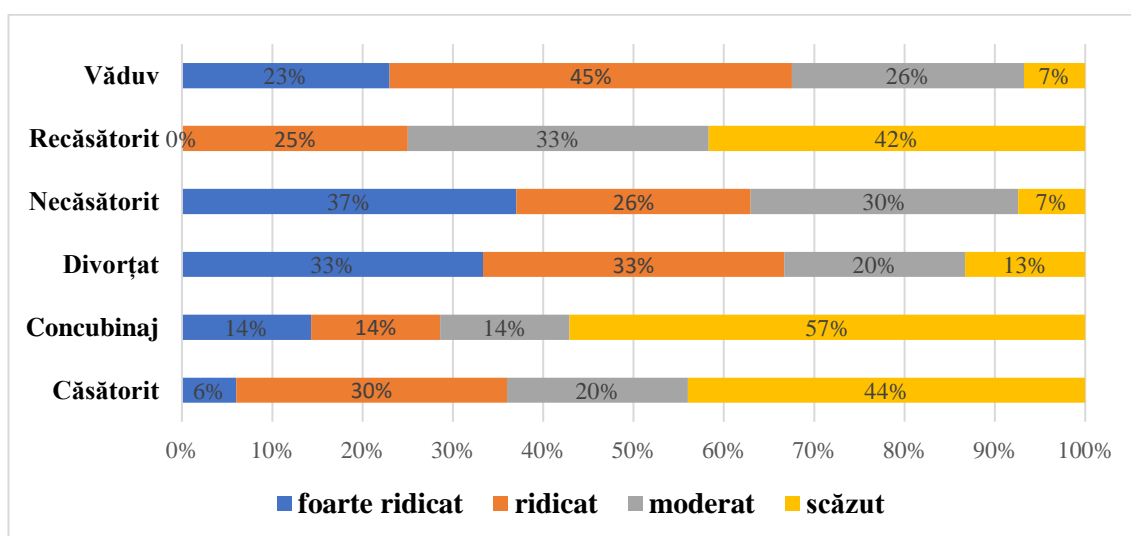


Figura 2.4. Distribuția nivelului de singurătate în funcție de starea civilă

Datele indică faptul că niveluri foarte ridicate de singurătate se regăesc în proporție mare la persoanele necăsătorite (37%) și divorțate (33%), urmate de persoanele văduve (23%). În contrast, persoanele recăsătorite (0%) și căsătorite (6%) prezintă cele mai scăzute rate ale singurătății de intensitate foarte ridicată. La polul opus, pentru nivelul scăzut de singurătate, observăm o incidență ridicată în rândul persoanelor vârstnice din categoriile concubinajului (57%), căsătoriților (44%) și recăsătoriților (42%). Conform datelor din Anexa 5, Tabelul 7, persoanele divorțate ($M_3 = 56,27$, $SD = 15,69$), necăsătorite ($M_4 = 56,04$, $SD = 14,58$) și văduve ($M_6 = 54,35$, $SD = 12,76$) prezintă niveluri semnificativ mai ridicate ale singurătății în comparație cu celelalte categorii. Aceste rezultate sugerează că absența unui partener stabil de viață și schimbările sociale aferente, cum sunt separarea sau decesul partenerului, contribuie semnificativ la creșterea nivelului de singurătate.

În schimb, persoanele vârstnice recăsătorite ($M_5 = 40,75$), în concubinaj ($M_2 = 42,43$) și cele căsătorite ($M_1 = 43,24$) au înregistrat niveluri mai scăzute ale singurătății, fapt ce sugerează că prezența unui partener poate oferi suport emoțional și social, reducând percepția singurătății. Analiza ANOVA confirmă existența unor diferențe semnificative între grupuri, valoarea $p < 0,05$ ($p = 0,001$) indicând diferențe statistice semnificative în funcție de statutul marital. În urma acestei constatări, am aplicat o analiză post-hoc cu testul Tukey pentru a identifica perechile de grupuri între care se manifestă diferențe relevante. Astfel, am constatat diferențe semnificative în nivelul

de singurătate între persoanele vârstnice căsătorite și cele divorțate ($p = 0,002$), căsătorite și necăsătorite ($p = 0,003$), precum și între cele căsătorite și văduve ($p = 0,001$).

În cazul persoanelor recăsătorite, au fost identificate diferențe semnificative de singurătate față de persoanele divorțate ($p = 0,021$), necăsătorite ($p = 0,029$) și văduve ($p = 0,031$). Rezultatele indică o diferență pronunțată în nivelul de singurătate între vârstnicii recăsătoriți și cei divorțați, subliniind influența semnificativă a statutului marital asupra experienței de singurătate. Persoanele necăsătorite și divorțate manifestă niveluri foarte ridicate de singurătate, în timp ce vârstnicii căsătoriți și recăsătoriți raportează niveluri mai scăzute. Aceste variații sugerează că existența unui partener de viață poate oferi atât sprijin social, cât și emoțional, ambele esențiale pentru bunăstarea psihologică, în timp ce absența unui partener poate intensifica sentimentul de izolare [45; 68]. În consecință, relațiile de parteneriat joacă un rol esențial în diminuarea singurătății și în menținerea echilibrului emoțional la vârsta înaintată, evidențiind astfel impactul distinct al stării civile asupra percepției singurătății [227].

O variabilă independentă esențială analizată în această cercetare este starea de sănătate. Participanții la studiu și-au evaluat propria stare de sănătate, selectând una dintre cele trei categorii disponibile: sănătate bună, sănătate satisfăcătoare și boli cronice. Datele prezentate în Figura 2.5, evidențiază o asociere semnificativă între nivelul de singurătate și starea de sănătate a vârstnicilor.

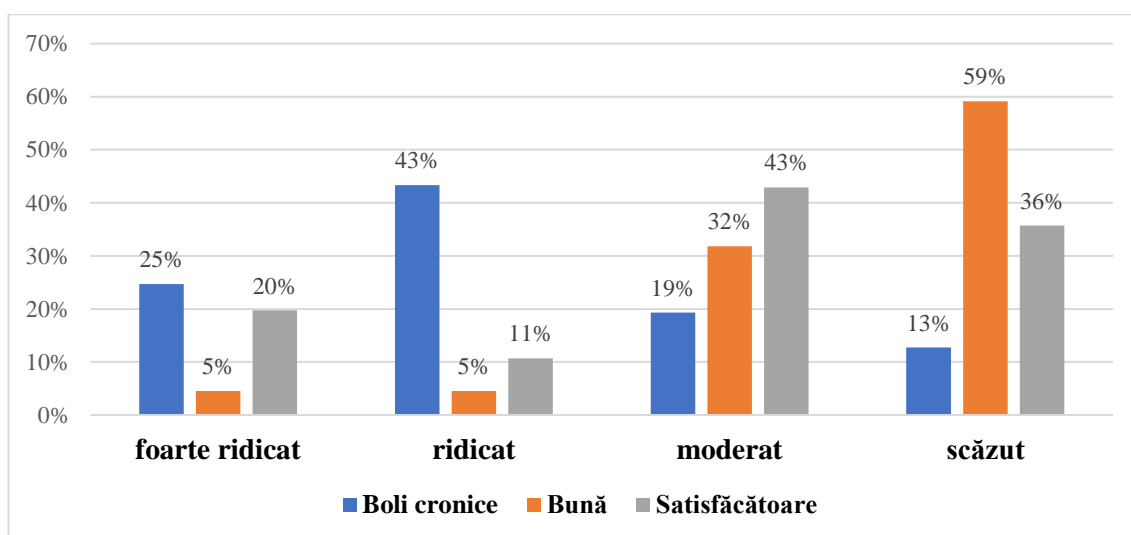


Figura 2.5. Distribuția nivelului de singurătate în funcție de starea de sănătate

Persoanele cu boli cronice prezintă frecvențe mai ridicate ale nivelurilor de singurătate de intensitate foarte ridicată (25%) și ridicată (43%) comparativ cu persoanele aflate într-o stare de sănătate mai bună. Acest lucru sugerează că prezența unor condiții de sănătate precare poate amplifica singurătatea persoanelor vârstnice evidențiind o nevoie crescută de sprijin social și

emoțional pentru această categorie, având în vedere impactul sănătății mintale asupra percepției singurătății. Este de remarcat faptul că vârstnicii cu o stare de sănătate bună manifestă cele mai reduse niveluri de singurătate: 59% dintre aceștia au obținut un scor scăzut la scala de singurătate UCLA, sugerând că o stare generală de sănătate optimă este asociată cu o percepție mai redusă a singurătății, probabil datorită unei mai bune capacități de menținere a activităților sociale și a stabilității emoționale. În Anexa 5, Tabelul 7, indicăm principalele date statistice descriptive privind distribuția nivelurilor de singurătate în funcție de starea de sănătate a persoanelor vârstnice, oferind o bază pentru analizarea legăturii dintre aceste variabile. Grupul cel mai numeros, cel al vârstnicilor cu boli cronice, este totodată cel cu cea mai mare medie a scorului de singurătate ($M_1 = 54,71$, $SD = 13,8$), în timp ce persoanele care au o stare de sănătate bună au cea mai scăzută medie a scorului de singurătate ($M_2 = 35,73$). Diferența dintre medii este semnificativă statistic, rezultatul testului ANOVA indicând o valoare $p = 0,001$ (Anexa 5, Tabelul 9).

Analiza post-hoc efectuată cu testul Tukey evidențiază o diferență semnificativă între nivelurile de singurătate ale persoanelor cu boli cronice și cele ale persoanelor cu o stare de sănătate bună ($p = 0,001$) sau satisfăcătoare ($p = 0,001$). Totuși, diferența între persoanele cu sănătate bună și cele cu sănătate satisfăcătoare nu este semnificativă statistic ($p = 0,238$). Aceasta arată că magnitudinea diferenței în percepția singurătății depinde în mod semnificativ de starea generală de sănătate, în special între persoanele cu boli cronice și cele cu o stare de sănătate bună, mai degrabă decât între persoanele cu sănătate bună și cele cu sănătate satisfăcătoare. Din perspectivă psihologică, rezultatele sugerează că o stare de sănătate precară, în special în cazul bolilor cronice, limitează interacțiunile sociale și scade mobilitatea, factori care reduc conexiunile sociale și afectează echilibrul psihologic [113; 163].

Afecțiunile cronice pot diminua sentimentul de autonomie și valoare personală, crescând vulnerabilitatea la emoții negative și percepția singurătății [41; 226]. În schimb, vârstnicii cu o stare de sănătate bună au o capacitate mai mare de a participa la activități sociale și de a menține legături interpersonale, ceea ce reduce percepția de izolare și susține echilibrul psihologic. În concluzie, aceste constatări demonstrează o legătură semnificativă între starea de sănătate și nivelul de singurătate, indicând că menținerea unei stări de sănătate optime la vârsta a treia poate contribui la o stare de bine mentală și emoțională mai stabilă și la o reducere a percepției de singurătate [113].

Totodată, ne-am propus să analizăm potențialul impact al ocupației curente asupra nivelului de singurătate resimțit de persoanele vârstnice. Analiza datelor, realizată prin testul ANOVA, nu a indicat o diferență semnificativă statistic între nivelurile de singurătate ale

vârșnicilor în funcție de ocupația acestora (Anexa 5, Tabelul 9). Mai precis, în cadrul testului am obținut o valoare $p = 0,517$, care depășește pragul de 0,05 maxim pentru a fi detectată o diferență semnificativă statistic. După cum observăm din datele conținute în Anexa 5, Tabelul 6, valorile medii ale nivelului de singurătate sunt foarte apropiate între vârșnicii activi profesional ($M_1 = 50,14$) și cei pensionați ($M_3 = 50,18$), sugerând o omogenitate a nivelurilor de singurătate indiferent de statutul ocupațional. Din perspectiva bunăstării emoționale, lipsa unei diferențe semnificative între vârșnicii activi și cei pensionați poate fi explicată prin faptul că statutul de pensionar este perceput ca o tranziție naturală la această etapă a vieții, ceea ce reduce influența acestui factor asupra singurătății [130]. De asemenea, rețelele sociale și relațiile de sprijin din afara sferei ocupaționale, cum ar fi legăturile de familie și prietenie, contribuie semnificativ la prevenirea sentimentului de însingurare [65].

Am investigat și efectul nivelului de educație asupra singurătății resimțite de persoanele vârșnice. În Figura 2.6, ilustrăm categoriile de scoruri ale singurătății la vârșnici, evidențiate în funcție de nivelul educațional.

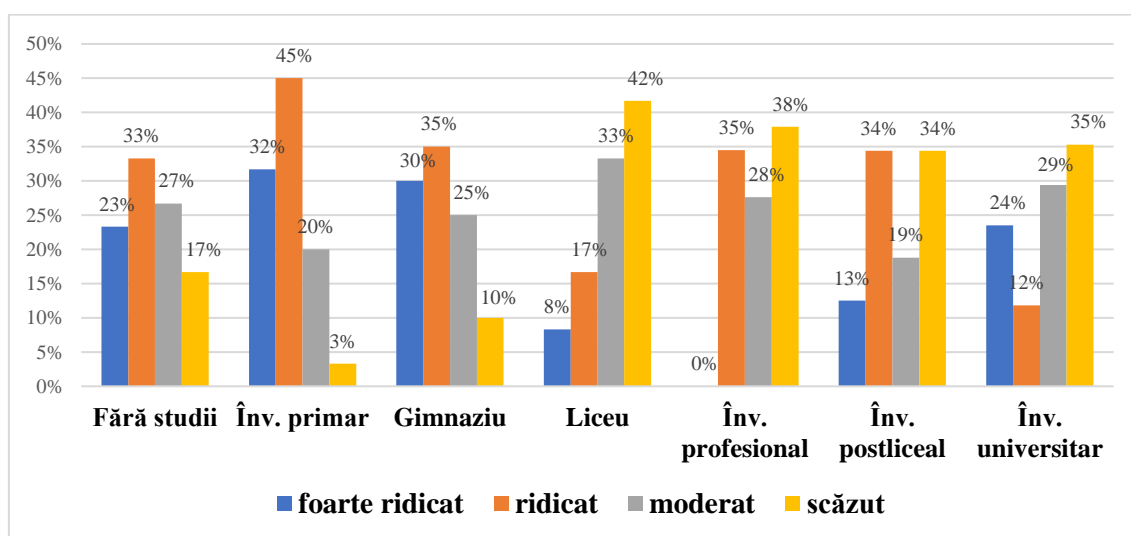


Figura 2.6. Distribuția nivelului de singurătate în funcție de nivelul educațional

Rezultatele indică faptul că vârșnicii fără studii au procentaje mai ridicate de singurătate, în special la nivelurile ridicat (33%) și foarte ridicat (23%) și că același lucru este valabil pentru vârșnicii cu studii primare (32% cu nivel foarte ridicat de singurătate și 45% cu nivel ridicat). Ca tendință generală, se poate observa că, pe măsură ce nivelul de studii crește, procentul de singurătate la nivelurile ridicat și foarte ridicat tinde să scadă. Testul ANOVA a confirmat semnificația statistică a diferențelor între grupuri, cu o valoare de $p = 0,001$ (Anexa 5, Tabelul 9). În continuare, analiza detaliată a grupurilor individuale a arătat că cele mai mari scoruri medii de

singurătate sunt înregistrate de vârstnicii cu studii primare ($M_5 = 58,55$), urmați de cei cu gimnaziu ($M_2 = 56,15$) și de cei fără studii ($M_1 = 51,60$). În contrast, cele mai scăzute scoruri medii de singurătate sunt observate la vârstnicii cu studii liceale ($M_3 = 40,17$), profesionale ($M_6 = 43,03$) și universitare ($M_7 = 45,82$), conform datelor din Anexa 5, Tabelul 7.

Având în vedere diferența semnificativă indicată de testul ANOVA, am aplicat analiza post-hoc Tukey pentru a identifica perechile de grupuri cu diferențe semnificative. Datele arată că vârstnicii a căror ultimă formă de studiu absolvită este învățământul primar au un nivel de singurătate semnificativ mai mare decât vârstnicii care au absolvit liceul ($p = 0,001$), învățământul postliceal ($p = 0,001$), cel profesional ($p < 0,001$) și cel universitar ($p = 0,021$). De asemenea, am identificat o diferență semnificativă statistic între vârstnicii cu gimnaziu și două alte grupuri: cei cu liceu ($p = 0,036$) și cei cu învățământ profesional ($p = 0,027$). Aceste rezultate subliniază rolul pe care îl are educația în reducerea riscului de singurătate la vârstnici.

În general, nivelurile mai înalte de educație sunt asociate cu niveluri de singurătate mai scăzute la vârsta a treia. Din perspectivă socio-emoțională, acest lucru poate fi explicat prin faptul că educația facilitează dezvoltarea unor abilități sociale și cognitive, care contribuie la menținerea rețelelor sociale și la un sentiment crescut de autonomie. Persoanele cu un nivel educațional mai ridicat tind să aibă acces la resurse și oportunități sociale mai variate, ceea ce le poate ajuta să combată însingurarea. În concluzie, rezultatele indică importanța educației în sprijinirea unei vieți sociale active și în reducerea riscului de singurătate în rândul persoanelor vârstnice.

Un alt factor pe care l-am analizat în legătură cu experimentarea singurătății de către vârstnici este religia, respectiv credința. În cazul afilierii religioase, nu am identificat o relație semnificativă statistic cu singurătatea ($p = 0,945$), așa că nu putem afirma că apartenența la o religie anume nu pare să influențeze riscul de singurătate la vârsta a treia. În ceea ce privește implicarea religioasă, testul ANOVA nu arată o diferență semnificativă statistic între nivelul de singurătate al practicanți și al celor neproductanți ai religiei proprii ($p = 0,449$). Statisticile descriptive referitoare la relația dintre variabila independentă, credința, și variabila dependentă, singurătatea, indică un nivel mediu de singurătate ușor mai ridicat la persoanele neproductante ($M = 51,45$) comparativ cu persoanele practice ($M = 49,71$). Totuși, această diferență nu este semnificativă din punct de vedere statistic.

Rezultatele sugerează că, în acest eșantion, afilierea religioasă și nivelul de practicare religioasă nu reprezintă factori protectivi semnificativi împotriva singurătății la vârstnici. Aceasta poate reflecta o schimbare în funcția religiei ca formă de suport social și psihologic în rândul persoanelor în vârstă, indicând astfel necesitatea unor alternative de sprijin social și emoțional pentru combaterea singurătății. Deși implicarea religioasă este corelată, conform altor studii, cu

un suport social sporit și cu o rețea socială mai robustă, în acest caz specific nu se observă o reducere semnificativă a riscului de singurătate [114].

Datele obținute confirmă prima ipoteză, conform căreia singurătatea vârstnicilor este determinată de factori socio-demografici, inclusiv mediul de trai (instituționalizat sau familial), starea civilă, starea de sănătate, nivelul de educație și vârstă. În mod specific, rezultatele studiului indică că singurătatea este mai accentuată la persoanele vârstnice instituționalizate, divorțate, necăsătorite sau văduve, care suferă de boli cronice, au un nivel educațional scăzut (fără studii sau doar învățământ primar/gimnazial) și se încadrează în grupele de vârstă înaintată (între 75-84 ani și, în special, peste 85 de ani) [262]. În schimb, genul, ocupația, religia și implicarea religioasă nu influențează semnificativ nivelul de singurătate al vârstnicilor.

Evaluarea impactului emoțiilor negative asupra singurătății la persoanelor vârstnice. În continuare, analiza s-a concentrat asupra ipotezei H2, conform căreia există o corelație semnificativă statistic între nivelul de singurătate și intensitatea stărilor emoționale negative, în această categorie de vârstă. Pentru a testa această ipoteză, am utilizat datele obținute prin aplicarea a două instrumente validate: scala de stres, anxietate și depresie (DASS 21-R) și scala de singurătate UCLA. Acești indicatori ne-au permis să evaluăm și să interpretăm relația dintre nivelul de singurătate și intensitatea sentimentelor negative, având în vedere specificul persoanelor aflate în stadiul de regresie [71]. Analizând statistic scorurile obținute de cei 200 de participanți la studiu, ne propunem să atingem obiectivul nostru de a determina influența emoțiilor negative asupra singurătății vârstnicilor. Pentru scala de stres, anxietate și depresie DASS 21-R, am testat normalitatea distribuției datelor cu testul Kolmogorov-Smirnov (Anexa 2, Tabelul 2). Pentru fiecare scală componentă, am obținut valori $p < 0,05$, determinată de valori ridicate ale eterogenității (coef. boltire = $-1,01 \div -0,91$). Coroborat acest aspect cu valori reduse ale asimetriei (coef. asimetrie = $-0,23 \div 0,11$) a permis asumarea normalității distribuțiilor în cadrul testelor parametrice utilizate în baza asumării omogenității varianțelor.

Conform datelor prezentate în Anexa 3, Tabelul 3, în toate cele trei cazuri, întâlnim niveluri foarte înalte de stres, anxietate și depresie pentru eșantionul de persoane vârstnice studiat, în special în cazul nivelului de anxietate ($M_2 = 24,52$), având în vedere că scorul minim pentru fiecare este de 0, iar cel maxim de 42. Analiza nivelului de stres, conform datelor prezentate în Figura 2.7, arată o distribuție variată în rândul respondenților vârstnici: 22% dintre respondenți se confruntă cu un nivel foarte sever de stres, 24% cu un nivel ridicat, 18,5% cu un nivel moderat, 20,5% prezintă un nivel scăzut de stres, iar 22% dintre respondenți se încadrează în intervalul considerat normal.

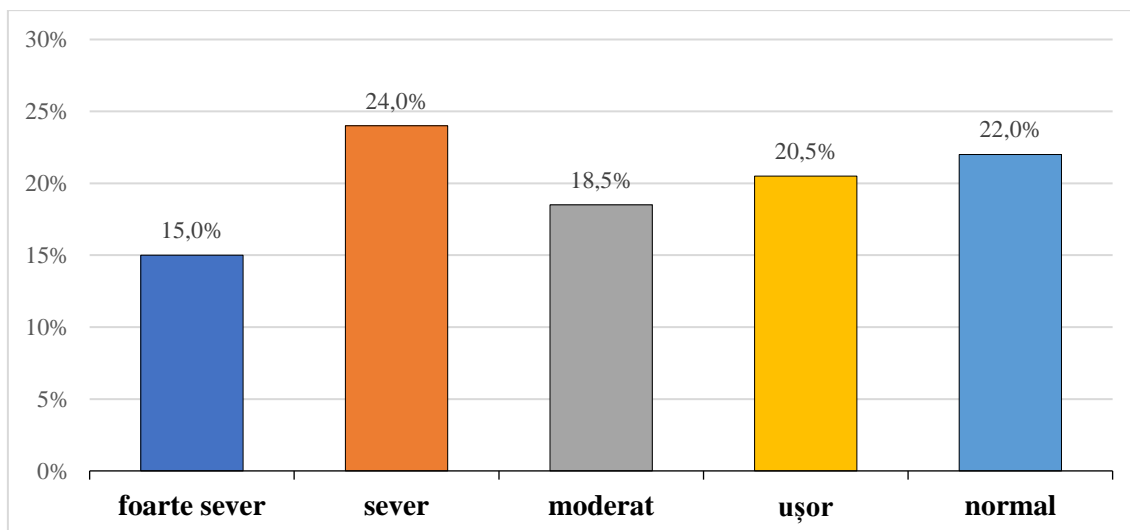


Figura 2.7. Distribuția nivelului de stres în rândul vârstnicilor

Din punct de vedere psihologic, aceste rezultate indică o variabilitate semnificativă în reacțiile emoționale și capacitatea de adaptare la provocările specifice vârstei înaintate. Persoanele vârstnice pot prezenta niveluri crescute de stres, influențate de factori precum declinul fizic, pierderile personale, izolarea socială și schimbările de statut social. Nivelurile ridicate de stres, observate la o parte semnificativă a eșantionului, pot sugera vulnerabilități accentuate și o nevoie crescută de suport psihologic și social, esențiale pentru susținerea rezilienței și îmbunătățirea calității vieții la această etapă a existenței. Analiza distribuției nivelurilor de anxietate, conform categoriilor definite de autorul instrumentului de cercetare, indică o proporție semnificativă de persoane vârstnice care prezintă un nivel foarte ridicat de anxietate (68,5%), urmat de un nivel ridicat la 10,5% dintre participanți, un nivel moderat la 10%, un nivel ușor la 2,5% și un nivel considerat normal pentru 8,5% dintre persoanele vârstnice (Figura 2.8.).

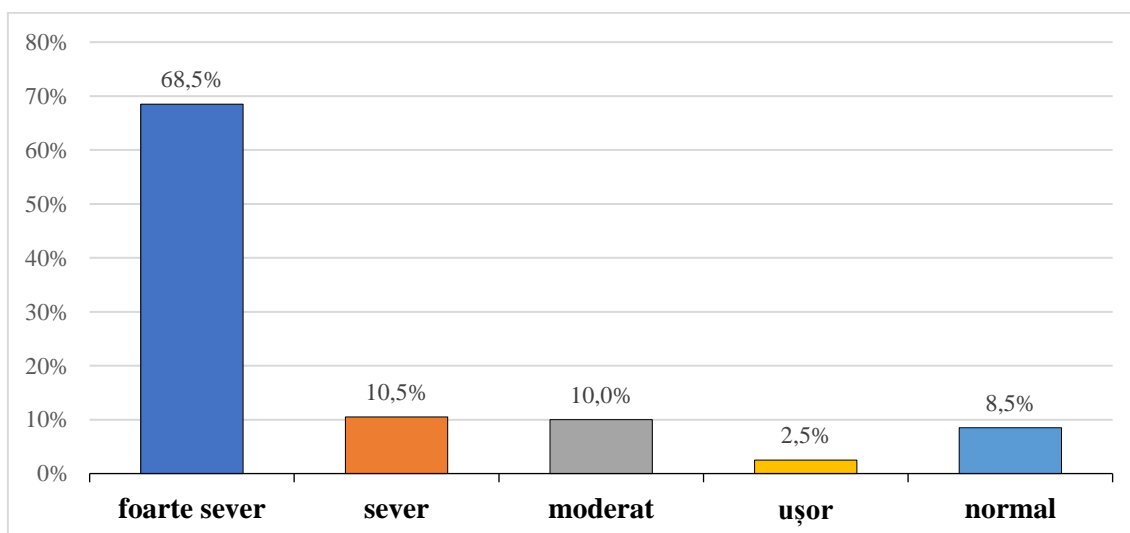


Figura 2.8. Distribuția nivelului de anxietate în rândul vârstnicilor

Răspândirea nivelurilor de anxietate în rândul populației vârstnice relevă o vulnerabilitate psihologică semnificativă, asociată cu factori specifici vârstei înaintate, precum preocupările legate de sănătate, frica de pierderea autonomiei, sentimentul de insecuritate privind viitorul și riscurile de izolare socială [96]. Un nivel foarte ridicat de anxietate, observat la majoritatea participanților, sugerează o adaptare emoțională dificilă la aceste provocări, crescând riscul de afectare a bunăstării psihologice. Nivelurile ridicate și foarte ridicate de anxietate pot duce la scăderea calității vieții, afectând atât sănătatea mentală, cât și pe cea fizică [113]. În acest context, este evidentă necesitatea unui suport psihologic și social consistent, capabil să atenueze anxietatea și să contribuie la îmbunătățirea adaptării emoționale și a calității vieții pentru această categorie de vârstă. În ceea ce privește nivelul de depresie al persoanelor vârstnice din cadrul acestei cercetări, conform datelor prezentate în Figura 2.9, există o proporție considerabilă de participanți cu scoruri foarte ridicate (31%), urmați de cei cu un nivel înalt de depresie (26,0%), moderat (21%), ușor (11%) și normal (11%).

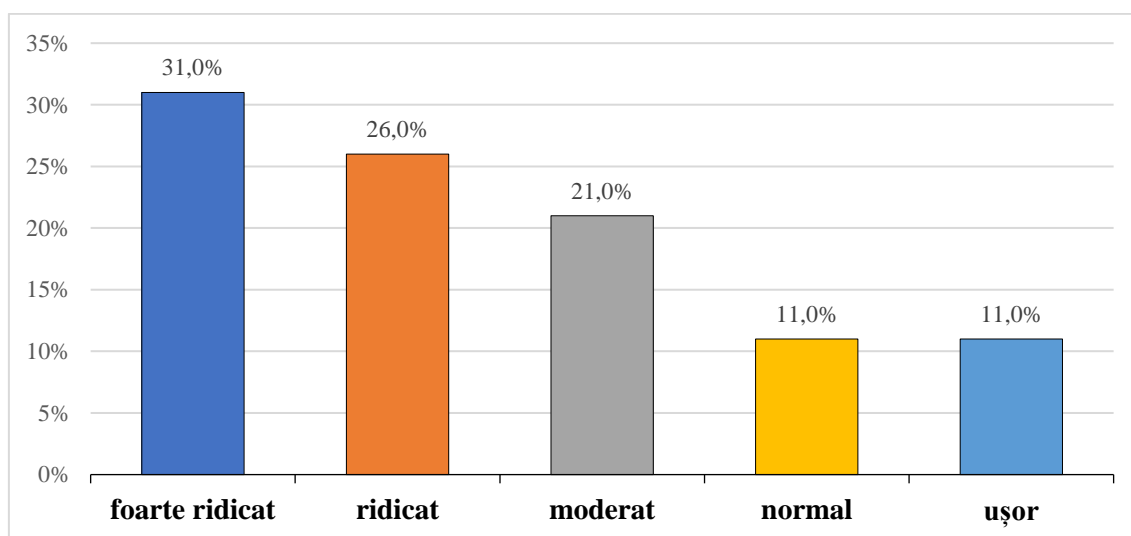


Figura 2.9. Distribuția nivelului de depresie în rândul vârstnicilor

Analiza psihologică a acestor rezultate indică o incidență ridicată a depresiei severe în rândul populației vârstnice, fenomen care poate fi asociat cu factori precum izolarea socială, pierderile personale, schimbările în rolurile sociale și deteriorarea stării de sănătate fizică. Nivelurile crescute de depresie, observate la un procent semnificativ dintre participanți, sugerează o vulnerabilitate emoțională accentuată și evidențiază necesitatea unor intervenții de sprijin

psihologic și social, esențiale pentru gestionarea acestor stări emoționale și îmbunătățirea calității vieții la această etapă [258].

Pentru a determina diferențele semnificative în nivelurile de stres, anxietate și depresie între persoanele vârstnice instituționalizate și cele care trăiesc în mediul familial, am utilizat o analiză ANOVA. Testul este unul semnificativ din punct de vedere statistic, având în vedere că valorile de semnificație sunt în toate cele trei cazuri în limita stabilită. Mai exact, am obținut următoarele valori: pentru stres, $p = 0,001$, pentru anxietate, $p = 0,001$, iar pentru depresie $p = 0,001$ (Anexa 4, Tabelul 6). Analiza descriptivă prezentată în Tabelul 2.3, relevă diferențe semnificative între mediile celor două grupuri.

Tabelul 2.3. Analiza ANOVA pentru scala DASS 21-R în funcție de mediul de rezidență (statistici descriptive)

		N	Media	Abatere std.	Eroare std.	Minim	Maxim
Stres	Instituționalizat	100	19.46	9.56	0.96	3	40
	Neinstituționalizat	100	24.74	9.21	0.92	2	42
	Total	200	22.10	9.73	0.69	2	42
Anxietate	Instituționalizat	100	21.88	11.14	1.11	2	42
	Neinstituționalizat	100	27.16	10.36	1.04	2	42
	Total	200	24.52	11.05	0.78	2	42
Depresie	Instituționalizat	100	25.06	9.01	0.90	2	40
	Neinstituționalizat	100	19.30	9.03	0.90	4	39
	Total	200	22.18	9.45	0.67	2	40

În ceea ce privește stresul, mediile pentru persoanele instituționalizate sunt de $M_1 = 19,46$, iar pentru cele din mediul familial sunt de $M_2 = 24,74$, ambele situându-se în categoria moderată. Persoanele instituționalizate se află la limita inferioară a acestei categorii, în timp ce persoanele din mediul familial sunt plasate la limita superioară. În cazul anxietății, mediile sunt de $M_1 = 21,88$ pentru persoanele instituționalizate și $M_2 = 27,16$ pentru cele din mediul familial, indicând un nivel mai ridicat de anxietate la vârstnicii din mediul familial. În cazul depresiei, valorile medii indică un nivel sever pentru persoanele instituționalizate $M_1 = 25,06$ și un nivel moderat pentru persoanele din mediul familial $M_2 = 19,30$. Rezultate sugerează că mediul de rezidență are un impact considerabil asupra intensității stărilor emoționale negative, evidențiind vulnerabilități emoționale distincte în funcție de mediu, cu implicații pentru dezvoltarea unor intervenții de sprijin psihologic adaptate fiecărei categorii [99]. Nivelul de stres al persoanelor din mediul familial este semnificativ mai ridicat, cu 32% dintre acestea înregistrând un nivel foarte ridicat de stres și 27% un nivel ridicat, conform datelor prezentate în Figura 2.10.

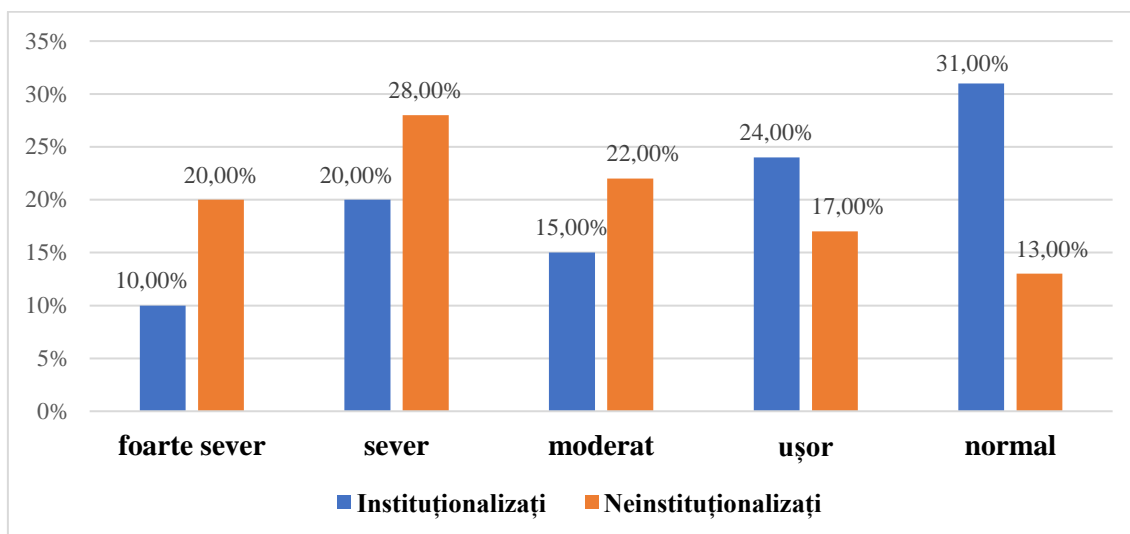


Figura 2.10. Nivelul de stres în rândul vârstnicilor în raport cu mediul rezidențial

În contrast, persoanele instituționalizate prezintă predominant niveluri de stres moderate și normale. Datele sugerează diferențe semnificative în intensitatea stresului între cele două grupuri, indicând o posibilă influență a contextului de viață asupra modului de gestionare a stresului în rândul persoanelor vârstnice. De asemenea, așa cum arătăm în Figura 2.11, nivelul de anxietate al persoanelor neinstituționalizate tinde să fie mai mare decât cel mai persoanelor instituționalizate.

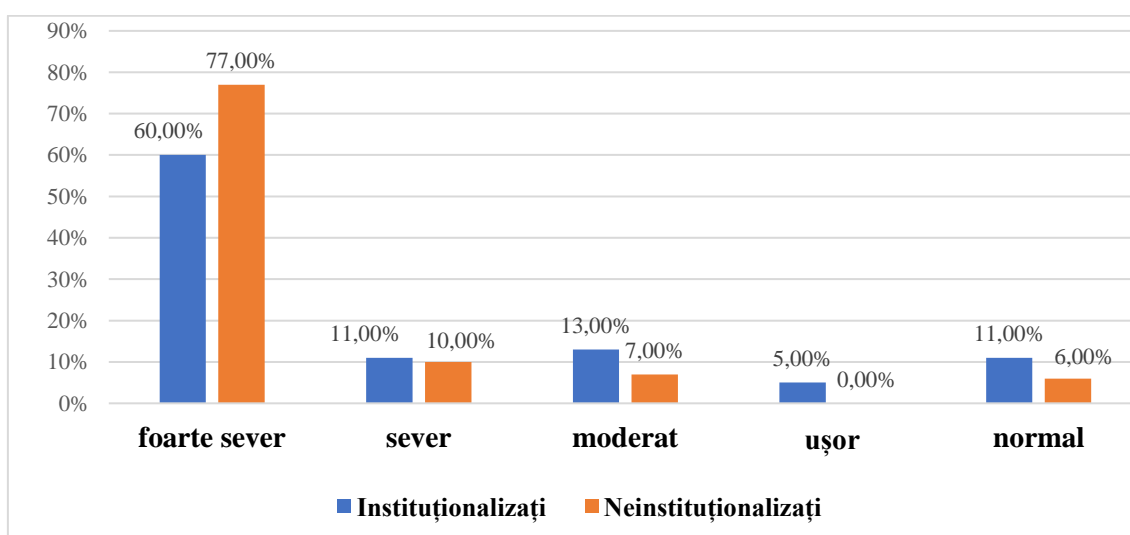


Figura 2.11. Nivelul de anxietate în rândul vârstnicilor în raport cu mediul rezidențial

În special în cazul nivelului foarte sever de anxietate, observăm că un procent semnificativ de 77% dintre persoanele din mediul familial experimentează niveluri foarte ridicate de anxietate,

comparativ cu 60% dintre persoanele din mediul instituționalizat. Aceste diferențe sugerează o predispoziție mai mare spre anxietate severă în cazul vârstnicilor din mediul familial, indicând potențiale diferențe de suport și resurse de adaptare în funcție de contextul de viață. În literatura de specialitate, analiza nivelurilor de stres și anxietate în rândul persoanelor vârstnice, în funcție de contextul de viață, a captat interesul cercetătorilor, însă rezultatele sunt adesea divergente [19; 99; 169]. Studiul realizat de R. Singh, P. Lohia și H. Chand a concluzionat faptul că vârstnicii instituționalizați prezintă un nivel semnificativ mai ridicat de anxietate comparativ cu cei care trăiesc în context neinstituționalizat [239].

Într-o cercetare similară, W. Hassan și colaboratorii săi au constatat că vârstnicii instituționalizați experimentează un nivel mai mare de stres în comparație cu colegii lor neinstituționalizați [103]. Discrepanțele între rezultatele studiilor pot fi atribuite unui set complex de factori care influențează nivelurile de stres și anxietate la vârstnici, incluzând diferențele de mediu social, accesul la rețele de sprijin, starea de sănătate fizică și mentală, precum și influențele culturale [14]. În cadrul aceluiași studiu realizat de R. Singh, P. Lohia și H. Chand, s-a observat că vârstnicii instituționalizați care mențin o comunicare regulată cu familia lor au raportat niveluri mai scăzute de anxietate, ceea ce sugerează că interacțiunile sociale joacă un rol important în gestionarea stresului și anxietății în această categorie de populație [239].

De asemenea, literatura de specialitate indică faptul că vârstnicii care beneficiază de un sprijin social puternic și care sunt integrați în comunități active au, în general, niveluri mai scăzute de stres și anxietate [2]. Acest lucru subliniază importanța sprijinului social și a intervențiilor comunitare în îmbunătățirea calității vieții vârstnicilor, în special pentru cei care trăiesc în instituții. Studiile arată că intervențiile psihosociale și activitățile de grup pot reduce semnificativ nivelurile de stres și anxietate la vârstnici, îmbunătățind astfel bunăstarea generală [72]. Aceste constatări susțin ideea că politicile de sănătate publică ar trebui să se concentreze pe dezvoltarea unor programe care să promoveze interacțiunea socială și să combată izolarea socială în rândul populației vârstnice, contribuind astfel la o calitate sporită a vieții.

Persoanele vârstnice instituționalizate prezintă niveluri semnificativ mai ridicate de depresie comparativ cu cele care trăiesc în mediul familial, conform datelor care indică o prevalență de 42% în rândul acestora, față de 20% în cazul celor din mediul familial. Această diferență este deosebit de pronunțată la nivelurile severe de depresie, unde 30% dintre vârstnicii instituționalizați sunt afectați, comparativ cu 22% dintre cei care trăiesc în familie, conform ilustrației din Figura 2.12.

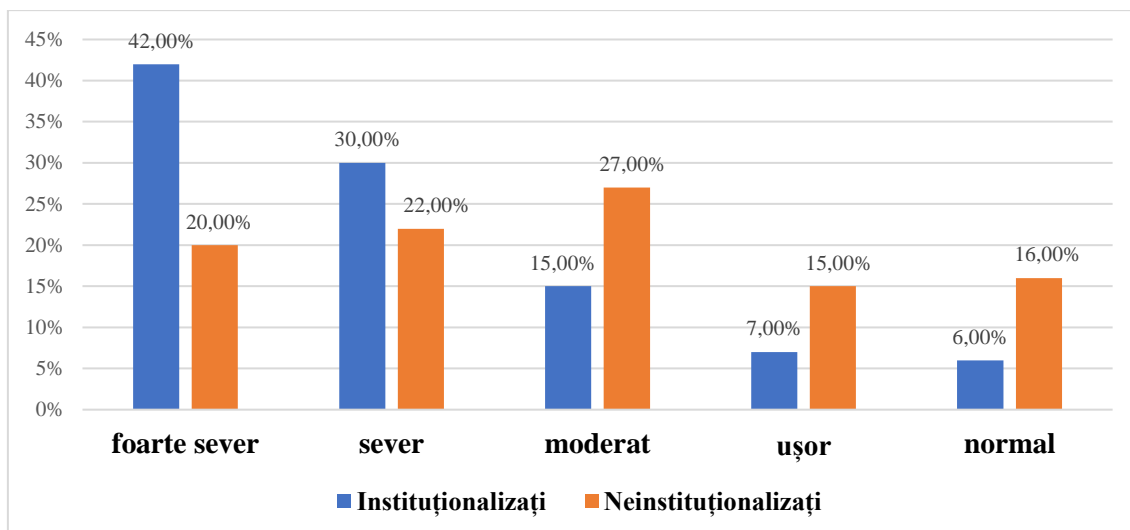


Figura 2.12. Nivelul de depresie în rândul vârstnicilor în raport cu mediul rezidențial

Comparând aceste rezultate cu cele existente în literatura de specialitate, se observă un consens general pe această temă [266]. De exemplu, atât R. Singh, P. Lohia și H. Chand, cât și W. Hassan, au raportat niveluri mai ridicate de depresie în rândul vârstnicilor din medii instituționalizate [103; 239]. Pentru a evalua corelația dintre singurătate și stările emoționale negative măsurate prin DASS 21-R, am aplicat coeficientul de corelație (Tabelul 2.4.).

Tabelul 2.4. Analiza corelației dintre singurătate și stres utilizând coeficientul Spearman

		Singurătate	Stres
Singurătate	Corelația Spearman	---	0.466**
Stres	Corelația Spearman	0.466**	---
**. Corelația este semnificativă $p(\text{bi-direcțional}) < 0.01$			

Astfel, observăm că există o corelație pozitivă semnificativă statistic între stres și singurătate ($p < 0,001$), cu un nivel de intensitate moderat ($r = 0,466$). Acest rezultat sugerează o asocieră, între nivelul de singurătate perceput de persoanele vârstnice și stresul resimțit. Mai precis, persoanele care experimentează un nivel mai ridicat de stres tind să raporteze și un nivel mai accentuat de singurătate, deși relația nu este una foarte puternică.

În cazul relației dintre singurătate și anxietate, analiza corelației utilizând coeficientul Spearman indică o corelație pozitivă semnificativă statistic ($p = 0,001$), cu o intensitate substanțială a efectului ($r_o = 0,502$) (Tabelul 2.5.).

Tabelul 2.5. Analiza corelației dintre singurătate și anxietate utilizând coeficientul Spearman

		Singurătate	Anxietate
Singurătate	Corelația Spearman	---	0.502**
Anxietate	Corelația Spearman	0.502**	---
**. Corelația este semnificativă $p(\text{bi-direcțional}) < 0.01$			

Prin urmare, putem afirma că un nivel mai ridicat de anxietate experimentat de vârstnici poate avea ca efect un nivel mai crescut de singurătate. De asemenea, analiza corelației (Tabelul 2.6.) evidențiază o corelație pozitivă semnificativă statistic între singurătate și depresie ($p < 0,01$), cu un nivel substanțial al intensității corelației ($r = 0,564$).

Tabelul 2.6. Analiza corelației dintre singurătate și depresie utilizând coeficientul Spearman

		Singurătate	Depresie
Singurătate	Corelația Spearman	---	0.564**
Depresie	Corelația Spearman	0.564**	---
**. Corelația este semnificativă $p(\text{bi-direcțional}) < 0.01$			

Aceste rezultate sugerează că, pe măsură ce nivelul de depresie crește, există o tendință asociată de creștere a nivelului de singurătate. Conform datelor obținute, am confirmat a treia ipoteză, conform căreia există o corelație semnificativă statistic între nivelul de singurătate al persoanelor vârstnice și nivelul stărilor emoționale negative. Analiza realizată utilizând coeficientul de corelație Spearman arată că anxietatea este asociată pozitiv și semnificativ cu singurătatea, această relație având o intensitate. Acest rezultat sugerează că un nivel ridicat de anxietate la vârstnici amplifică singurătatea, prin creșterea vulnerabilității emoționale și reducerea implicării sociale din cauza temerilor legate de evaluarea negativă.

În mod similar, există o corelație semnificativă statistic între stres și singurătate la persoanele vârstnice, deși de intensitate mai redusă. Această asociere sugerează că nivelurile crescute de stres sunt legate de un grad mai mare de singurătate, posibil datorită diminuării resurselor emoționale necesare pentru menținerea relațiilor sociale. Totuși, intensitatea scăzută spre moderată indică faptul că și alți factori pot contribui la această experiență. De asemenea, are o corelație pozitivă și semnificativă statistic, de intensitate moderată, cu singurătatea în rândul persoanelor vârstnice. Aceasta evidențiază că creșterea simptomelor depresive accentuează

izolarea socială prin distorsionarea percepțiilor sociale și amplificarea sentimentelor de alienare și inutilitate, perpetuând astfel un ciclu negativ între aceste două variabile [261].

Evaluarea percepției calității vieții asupra singurătății la persoanelor vârstnice. Pentru a evalua validitatea celei de-a treia ipoteze, conform căreia calitatea vieții are un efect semnificativ asupra nivelului de singurătate al vârstnicilor, am utilizat datele obținute prin aplicarea Inventarului Calității Vieții (QOLI) și a Scalei de Singurătate UCLA. Această analiză statistică urmărește să estimeze impactul pe care calitatea vieții îl exercită asupra singurătății la persoanele de vârsta a treia. Distribuția respondenților conform categoriilor calității vieții definite de autorii instrumentului indică faptul că 59,5% dintre participanți prezintă un nivel foarte scăzut al calității vieții (scoruri între -6 și 0,8), 17% un nivel scăzut (scoruri între 0,9 și 1,5), 19,5% un nivel mediu (scoruri între 1,6 și 3,5), iar 12,5% un nivel ridicat (scoruri între 3,6 și 6), conform datelor ilustrate în Figura 2.13.

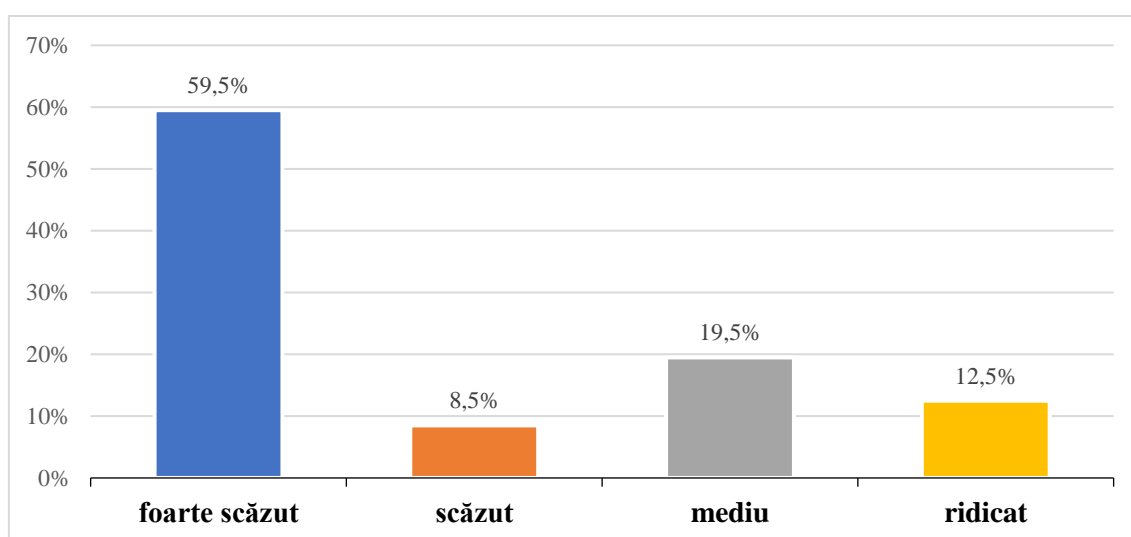


Figura 2.13. Distribuția nivelului de calitate a vieții în rândul vârstnicilor

În mod similar, normalitatea distribuției scorurilor obținute din aplicarea Inventarului Calității Vieții a fost evaluată pentru eșantionul de 200 de persoane prin intermediul testului Kolmogorov-Smirnov. Rezultatele prezentate în Anexa 2, Tabelul 2, confirmă faptul că scorurile respectă criteriul de normalitate, cu o valoare a statisticii testului K-S = 0,09 și un nivel de semnificație $p < 0,001$. Această constatare coroborată cu un nivel foarte redus al asimetriei (coef.asimetrie = 0.12) permite aplicarea metodelor statistice parametrice pentru analiza relației dintre cele două variabile, asumând normalitatea varianțelor. Statisticile descriptive aferente scorurilor calității vieții, prezentate în Anexa 3, Tabelul 3, indică o medie de $M = -0,52$, cu o deviație standard de $SD = 3,38$, iar valorile scorurilor variază între -6 (valoarea minimă) și 6

(valoarea maximă). Media scorurilor poziționează eșantionul de persoane vârstnice din cadrul acestui studiu în categoria celor cu un nivel foarte scăzut al calității vieții, conform definiției intervalului specificat (-6 și 0,8).

Analiza comparativă a calității vieții între persoanele vârstnice instituționalizate și cele neinstituționalizate, prezentată în Figura 2.14, evidențiază diferențe semnificative în distribuția scorurilor aferente calității vieții.

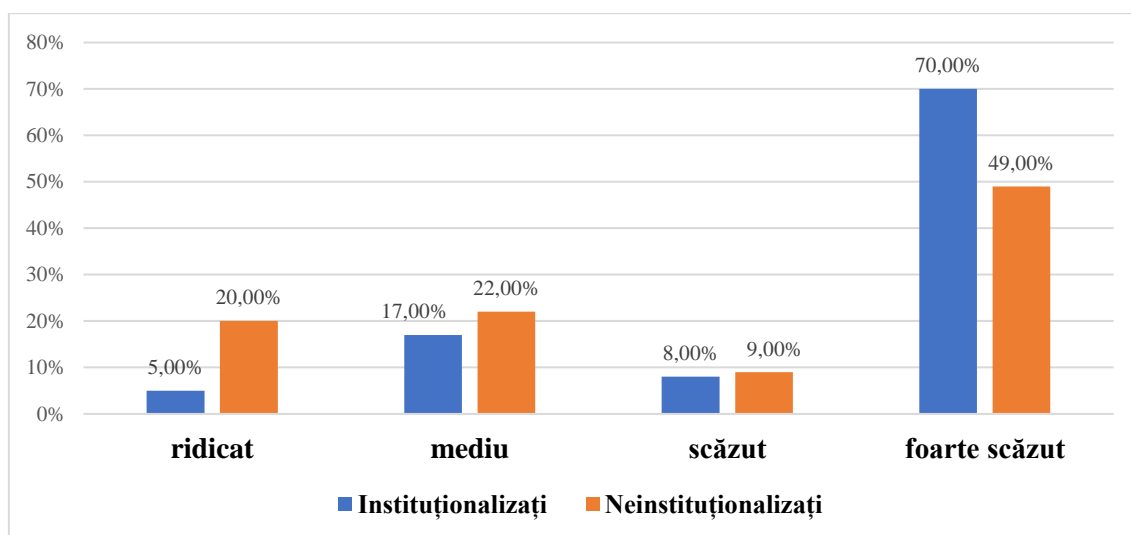


Figura 2.14. Nivelul calității vieții în rândul vârstnicilor în raport cu mediul rezidențial

O proporție considerabil mai mare dintre persoanele instituționalizate (70%) se încadrează în categoria cu scoruri foarte scăzute, comparativ cu persoanele din mediul familial, unde această proporție este mult mai redusă (49%). În ceea ce privește nivelurile ridicate ale calității vieții, acestea sunt mai frecvent întâlnite în rândul persoanelor neinstituționalizate (20%), în timp ce doar 5% dintre persoanele instituționalizate ating acest nivel. Discrepanțele observate între grupurile analizate evidențiază influența semnificativă a mediului rezidențial asupra calității vieții percepute de persoanele vârstnice.

Mediul familial constituie, în general, o sursă de sprijin emoțional constant și o rețea socială stabilă, factori care contribuie esențial la menținerea sentimentului de utilitate și la diminuarea singurătății [262]. Aceste aspecte joacă un rol crucial în susținerea stimei de sine și în promovarea unei percepții pozitive asupra calității vieții. Pe de altă parte, mediul instituțional, deși oferă adesea suport logistic și profesional, poate restricționa autonomia și independența percepută de rezidenți, ceea ce poate genera sentimente de alienare și depersonalizare. Interacțiunile sociale din acest context tind să fie mai formale și reglementate, limitând dezvoltarea conexiunilor emoționale profunde și amplificând astfel singurătatea [5].

Tranziția către un mediu instituțional, deseori asociată cu pierderea legăturilor familiale și a relațiilor personale apropiate, poate intensifica aceste efecte negative, contribuind la creșterea incidenței anxietății, depresiei și a unui sentiment general de pierdere [261]. În consecință, diferențele în scorurile privind calitatea vieții reflectă nu doar condițiile obiective de trai, ci și percepțiile subiective ale persoanelor vârstnice cu privire la mediul lor rezidențial. Analiza diferențelor privind calitatea vieții între grupurile instituționalizate și neinstituționalizate, utilizând testul ANOVA, indică o diferență semnificativă statistic între cele două grupuri ($p=0,001$), conform datelor prezentate în Anexa 4, Tabelul 6. Compararea mediilor relevă faptul că vârstnicii instituționalizați au o calitate generală a vieții mai scăzută ($M_1 = -1,41$) comparativ cu cei care trăiesc în mediul familial ($M_2 = 0,38$), conform datelor din Tabelul 2.7.

Tabelul 2.7. Analiza statistică a relației dintre calitatea vieții și mediul rezidențial al persoanelor vârstnice

		N	Media	Abatere std.	Eroare std.	Minim	Maxim
QOLI	Instituționalizat	100	-1.41	2.99	0.30	-6.00	5.40
	Neinstituționalizat	100	0.38	3.53	0.35	-6.00	6.00
	Total	200	-0.52	3.38	0.24	-6.00	6.00

Acest rezultat indică faptul că instituționalizarea reprezintă un factor semnificativ asociat cu un nivel mai scăzut al calității vieții, influențând totodată media generală scăzută a calității vieții în cadrul eșantionului total de 200 de persoane, din care jumătate sunt instituționalizate. Constatările de față, sunt în concordanță cu literatura de specialitate. De exemplu, studiul realizat de M. Kanchana, R. Sivaranjini și A. Srinivasan a relevat o calitate mai redusă a vieții în rândul vârstnicilor instituționalizați, în special pentru subgrupurile vulnerabile, cum ar fi persoanele cu vârste mai înaintate [122]. De asemenea, D. Ashish și M. Ghufuran au demonstrat că starea de bine subiectivă pozitivă este mai pronunțată în rândul vârstnicilor care trăiesc în mediul familial, comparativ cu cei din medii instituționalizate [10]. Aceste diferențe sunt strâns legate de experiența singurătății, iar rezultatele noastre confirmă această relație.

Vârstnicii instituționalizați au raportat o calitate a vieții mai scăzută, atribuibilă lipsei de autonomie, limitării interacțiunilor sociale și accesului restricționat la activități recreative [262]. În schimb, vârstnicii care beneficiază de un sprijin social solid sau trăiesc în familie tind să experimenteze o stare de bine subiectivă mai ridicată, ceea ce contribuie la reducerea singurătății [10; 143]. Această conexiune între calitatea vieții și mediul de viață este bine documentată în literatura de specialitate și este confirmată de rezultatele studiului nostru [123; 239].

Pentru a măsura relația statistică dintre calitatea vieții și nivelul de singurătate al vârstnicilor, am folosit testul de corelație Spearman, având în vedere natura numerică și continuă a variabilelor. În urma aplicării testului de corelație Spearman (Tabelul 2.8), observăm o relație semnificativă statistic între variabilele singurătate și calitatea vieții ($p < 0,001$).

Tabelul 2.8. Analiza relației dintre singurătate și calitatea vieții vârstnicilor utilizând testul de corelație Spearman

		QOLI	Singurătate
QOLI	Corelația Spearman	---	-0.663**
Singurătate	Corelația Spearman	-0.663**	---
**. Corelația este semnificativă $p(\text{bi-direcțional}) < 0.01$			

Direcția corelației este negativă, ceea ce sugerează că un nivel ridicat de singurătate este asociat cu un nivel redus al calității vieții, în timp ce un nivel scăzut de singurătate este corelat cu o calitate ridicată a vieții. Forța relației este puternică, coeficientul de corelație fiind $r = -0,657$. Existența unei relații semnificative între nivelul de singurătate și calitatea vieții la persoanele vârstnice este susținută atât de literatura de specialitate, cât și de rezultatele obținute în cadrul acestui studiu. Studiile internaționale, au evidențiat o corelație pozitivă între calitatea vieții și nivelul subiectiv de singurătate la vârstnici, demonstrând că o calitate ridicată a vieții este asociată cu un nivel redus de singurătate, iar o calitate scăzută a vieții este asociată cu un nivel crescut de singurătate [288]. Datele acestui studiu sunt în concordanță cu aceste constatări, confirmând ipoteza conform căreia calitatea vieții are un efect semnificativ asupra nivelului de singurătate al vârstnicilor [168]. Utilizând testul de corelație Spearman pentru măsurarea relației dintre aceste două variabile continue, am identificat o relație semnificativă și negativă între singurătate și calitatea vieții.

Rezultatele indică că un nivel crescut de singurătate este asociat cu o calitate mai scăzută a vieții, în timp ce un nivel scăzut de singurătate este asociat cu o calitate ridicată a vieții. Această corelație, considerată puternică, conform coeficientului de corelație $r = -0,657$, indică o legătură consistentă între cele două variabile. De asemenea, menționăm faptul că, prin aplicarea testului ANOVA, am confirmat că există o diferență semnificativă statistic ($p < 0,001$) între calitatea vieții vârstnicilor instituționalizați și neinstituționalizați, fiind mai redusă în primul caz, ceea ce poate contribui la nivelul de singurătate mai pronunțat pe care l-am identificat anterior în cadrul acestui grup. Aceste constatări sprijină ideea conform căreia îmbunătățirea calității vieții la vârstnici ar putea contribui la diminuarea nivelului de singurătate, subliniind importanța abordării aspectelor legate de calitatea vieții în contextul bunei stări de sănătate psihologică a populației vârstnice.

Rezultatele susțin ideea conform căreia îmbunătățirea calității vieții poate contribui semnificativ la diminuarea nivelului de singurătate și subliniază importanța abordării aspectelor legate de calitatea vieții pentru promovarea sănătății psihologice la vârstnici [169].

În urma aplicării Inventarului Calității Vieții QOLI, s-au obținut informații relevante privind nivelul de satisfacție pentru diferitele arii ale vieții, conform metodologiei descrise în manualul de aplicare al instrumentului. Scorurile, prezentate în Anexa 3, Tabelul 3, sunt încadrate într-un interval de referință cuprins între -6 (insatisfacție foarte ridicată) și 6 (satisfacție foarte ridicată). Analiza rezultatelor oferă o perspectivă detaliată asupra calității vieții participanților, evidențiind variații semnificative în nivelurile de satisfacție percepute pentru fiecare arie evaluată. În Figura 2.15, ilustrăm mediile obținute pentru fiecare arie a calității vieții într-o manieră comparativă și observăm astfel că, în toate cazurile, avem de-a face cu un nivel mai mic sau mai mare de insatisfacție, toate scorurile medii având valori negative.

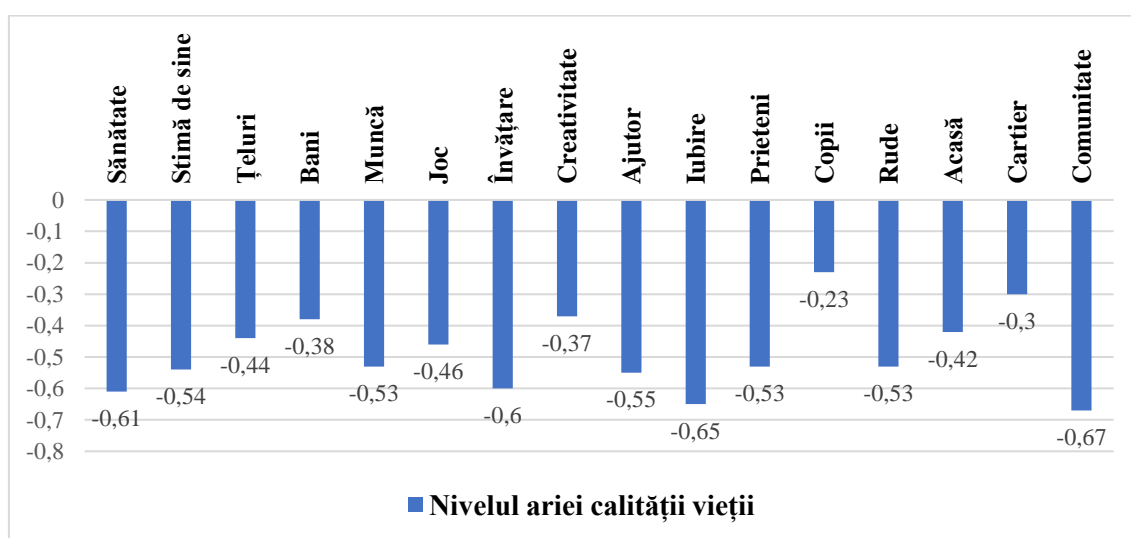


Figura 2.15. Analiza statistică a mediilor individuale din ariile calității vieții

Cea mai ridicată medie a fost observată în aria privind relația cu copiii ($M_{12} = -0,23$), ceea ce semnaleză o satisfacție relativ mai mare în comparație cu celelalte arii, deși acest nivel rămâne scăzut, fiind încadrat în intervalul de valori negative (-6,0 la 0,8). Pe de altă parte, cea mai redusă satisfacție a fost înregistrată în aria comunității ($M_{16} = -0,67$), urmată de aria iubirii ($M_{10} = -0,65$) și sănătății ($M_1 = -0,61$). Aceste valori sugerează că participanții percep un grad ridicat de insatisfacție în aceste domenii ale vieții. Conform obiectivelor prezentate în Capitolul 3, pentru evaluarea efectului intervențiilor asupra nivelului de singurătate, s-a realizat o selecție a ariilor vieții, incluzând: sănătatea, iubirea, jocul, prietenii, copiii, rudele și comunitatea. Conform literaturii de specialitate, selecția acestor domenii evidențiază rolul lor esențial în determinarea

stării generale de bine și a calității vieții, în timp ce insatisfacția asociată acestora reflectă interacțiunea complexă dintre factori fizici, psihologici și contextuali, cu un impact semnificativ asupra bunăstării generale [4; 14; 16]. Așa cum explică M. Frisch, percepțiile negative pot fi influențate de probleme fizice precum boli cronice, dizabilități sau lipsa unui stil de viață sănătos, dar și de factori psihologici, cum ar fi depresia, anxietatea sau abuzul de substanțe. Acești factori pot nu doar să agraveze starea fizică, ci și să afecteze percepția asupra propriei sănătăți, generând o imagine negativă asupra capacităților individuale și asupra stării generale de bine [87].

În ceea ce privește stima de sine, nivelul scăzut al satisfacției ($M_2 = -0,54$), este adesea asociat cu un sentiment de inadecvare, determinat de discrepanța dintre obiectivele percepute ca esențiale și realizările obținute. Această disonanță poate afecta încrederea în sine și poate conduce la emoții negative, cum ar fi frustrarea și dezamăgirea. Similar, aria jocului ($M_6 = -0,46$), care implică activități recreative și hobby-uri, este strâns legată de regenerarea emoțională. Insatisfacția în această arie poate reflecta o reducere semnificativă a implicării în activități plăcute, cauzată de lipsa de timp, problemele de sănătate sau oboseala, ceea ce contribuie la diminuarea capacității de gestionare a stresului și a stării emoționale. În aria iubirii, nivelul redus de satisfacție ($M_{10} = -0,65$) este influențat de statutul relațional. Pentru cei aflați într-o relație, conflictele sau lipsa intimității emoționale pot genera tensiuni și nemulțumiri. În schimb, pentru persoanele singure, insatisfacția poate fi explicată prin dorința neîmplinită de apropiere emoțională sau sentimentul de pierdere asociat cu văduvia sau divorțul, ceea ce contribuie la o stare psihologică de singurătate și vulnerabilitate. În mod similar, relațiile cu prietenii ($M_{11} = -0,53$) joacă un rol esențial în sprijinul emoțional, iar insatisfacția în această arie poate reflecta înstrăinarea, conflictele sau lipsa conexiunilor apropiate, accentuând singurătatea.

Relațiile familiale sunt, de asemenea, relevante pentru bunăstarea emoțională. În cazul relației cu copiii ($M_{12} = -0,23$), insatisfacția poate rezulta din dificultăți de comunicare, conflicte sau îndepărtarea emoțională, dar și din neîmplinirea dorinței de a avea copii, ceea ce poate crea un gol emoțional profund. Relațiile cu rudele ($M_{13} = -0,53$) reflectă adesea tensiuni similare, precum înstrăinarea sau conflictele familiale, care pot slăbi sprijinul social perceput și pot genera sentimente de dezamăgire. Aria comunității ($M_{16} = -0,67$) înregistrează cel mai scăzut nivel de satisfacție, sugerând o percepție negativă asupra mediului social. Factori precum lipsa siguranței, oportunităților de angajare sau facilităților recreative și culturale sunt frecvent menționați ca surse ale insatisfacției, contribuind la sentimentul de deconectare socială [4]. Această deconectare poate accentua sentimentul de alienare, reducând și mai mult bunăstarea psihologică [87]. Rezultatele evidențiază interdependența dintre sănătatea fizică, relațiile sociale și factorii contextuali, oferind o înțelegere cuprinzătoare a dificultăților emoționale și psihologice care contribuie la insatisfacția

generală în diferite arii ale vieții. Ele subliniază importanța intervențiilor care să vizeze atât cauzele psihologice, cât și pe cele contextuale, pentru a sprijini o îmbunătățire semnificativă a calității vieții.

Pentru o înțelegere mai bună a relației dintre singurătate și calitatea vieții vârstnicilor, ne-am propus să analizăm, de asemenea, interacțiunea dintre singurătate și diferitele arii individuale ale calității vieții (Anexa 7, Tabelul 11). În acest scop, pe lângă calcularea datelor statistice descriptive pentru ariile calității vieții am inclus și corelațiile Spearman pentru fiecare arie a vieții, în relația cu singurătatea (Anexa 8, Tabelul 13). Analiza evidențiază o relație semnificativă statistic, negativă, între majoritatea ariilor calității vieții și singurătate, subliniind relevanța acestui aspect în cadrul studiului de față. Între singurătate și satisfacția față de sănătate, am identificat o corelație semnificativă statistic ($p < 0,01$), cu un coeficient de corelație negativ ($r = -0,484$), cu un nivel de intensitate medie al efectului. În acest context, valorile mari ale scorului pentru singurătate indică un nivel ridicat de singurătate, iar valorile mari pentru satisfacția față de sănătate reflectă un nivel ridicat de satisfacție. Rezultatele sugerează o relație invers proporțională: persoanele mai puțin satisfăcute de sănătatea lor tind să resimtă un nivel mai ridicat de singurătate, în timp ce persoanele mulțumite de starea lor de sănătate manifestă un nivel mai scăzut de singurătate. Aceeași relație invers proporțională este evidentă și în cazul relației dintre singurătate, pe de o parte, și față de satisfacția privind alte arii ale calității vieții. Corelațiile negative semnificative statistic sunt următoarele: stima de sine ($r = -0,552$, $p < 0,01$), iubirea ($r = -0,475$, $p < 0,01$), jocul ($r = -0,550$, $p < 0,01$), prietenii ($r = -0,567$, $p < 0,01$), copiii ($r = -0,554$, $p < 0,01$), rudele ($r = -0,497$, $p < 0,01$) și comunitatea ($r = -0,395$, $p < 0,01$).

Corelațiile identificate sunt semnificative din punct de vedere statistic și prezintă o direcție negativă, ceea ce înseamnă că, pe măsură ce nivelul de satisfacție în diverse arii ale vieții crește, nivelul de singurătate scade. În ceea ce privește intensitatea efectului, s-au observat corelații de intensitate medie între nivelul de singurătate și ariile sănătate, iubire, prieteni și comunitate, indicând o legătură moderată între aceste variabile. În schimb, relațiile dintre nivelul de singurătate și ariile stima de sine, joc, copiii și rudele prezintă o intensitate mare, sugerând o legătură mai puternică între aceste domenii ale vieții și percepția singurătății. Aceste rezultate subliniază existența unei relații consistente și semnificative între nivelul de singurătate și gradul de satisfacție în ariile analizate, evidențiind rolul important pe care acești factori îl joacă în influențarea percepției subiective a singurătății la persoanele vârstnice.

Rolul trăsăturilor de personalitate în amplificarea sau diminuarea singurătății la persoanelor vârstnice. Pentru a verifica ultima ipoteză operațională, H_4 , conform căreia există o corelație semnificativă statistic între nivelul de singurătate al vârstnicilor și trăsăturile de

personalitate, am utilizat datele obținute prin aplicarea chestionarului de personalitate Eysenck și a scalei de singurătate UCLA. Datele rezultate au fost analizate statistic pentru a atinge obiectivul conform căruia ne propunem să determinăm relația dintre percepția singurătății la persoanele de vârstă a treia și dimensiunile personalității. Normalitatea distribuției pentru cele trei dimensiuni ale personalității a fost verificată utilizând testul Kolmogorov-Smirnov. Rezultatele indică valori semnificative statistic ($p < 0,05$) pentru toate cele trei dimensiuni, aspect determinat de valori ridicate ale eterogenității (coef.boltire = $-1,01 \div -0,91$), dar cu valori foarte reduse ale asimetriei (coef.asimetrie = $-0,23 \div 0,11$), prezentate în Anexa 3, Tabelul 3, aspecte ce permit utilizarea metodelor statistice parametrice pentru analiza relației dintre variabile cu respectarea condiției de omogenitate a varianțelor.

Scorurile obținute pentru extroversie, nevrotism și psihotism sunt în limitele unui nivel mediu, având în vedere că valorile posibile sunt cuprinse între 0 (minim) și 12 (maxim). Scorurile medii calculate pentru eșantionul de 200 de persoane sunt următoarele: $M_1 = 6,26$ pentru extroversie, $M_2 = 6,21$ pentru nevrotism și $M_3 = 6,05$ pentru psihotism, conform datelor prezentate în Anexa 3, Tabelul 3. Valorile sugerează o distribuție echilibrată a trăsăturilor de personalitate în cadrul eșantionului studiat. Pentru a asigura validitatea răspunsurilor, am utilizat scala de minciună inclusă în chestionarul Eysenck, cu o valoare maximă acceptată de 4. În conformitate cu literatura de specialitate, valorile de peste 5 indică o dezirabilitate socială ridicată a răspunsurilor, ceea ce ar putea afecta validitatea datelor [79]. Analiza rezultatelor arată că niciun respondent nu a depășit pragul de 4, confirmând validitatea răspunsurilor colectate.

Analiza scorurilor obținute prin chestionarul de personalitate Eysenck indică faptul că nivelurile de extroversie variază în rândul persoanelor vârstnice studiate. În acest context, scorurile mai mari reflectă trăsături de personalitate mai pronunțate, iar clasificarea scorurilor în trei categorii descriptive: nivel scăzut (0-4), nivel mediu (5-8) și nivel ridicat (9-12), permite o interpretare detaliată a datelor. Conform datelor prezentate în Figura 2.16, distribuția nivelurilor de extroversie în rândul persoanelor vârstnice evidențiază o predominanță a scorurilor medii (40,3%), a scorurilor medii (40,3%), indicând un echilibru între socializare și introspecție, ceea ce sprijină integrarea socială și gestionarea singurătății.

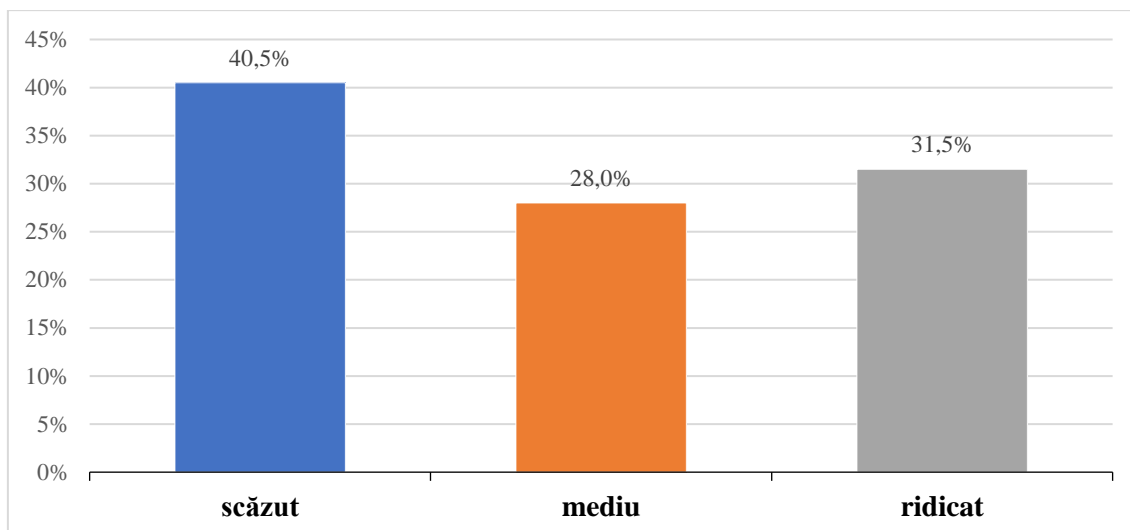


Figura 2.16. Distribuția nivelului de extroversie în rândul vârstnicilor

Aproximativ 31,3% dintre vârstnici au niveluri scăzute de extroversie, asociate cu retragerea socială și riscul de izolare, influențate de factori precum pierderi emoționale sau diminuarea oportunităților sociale. Persoanele cu niveluri ridicate de extroversie (27,9%) manifestă o deschidere socială crescută, dar sunt adesea limitate de factori externi precum mobilitatea redusă sau restructurarea rețelelor sociale. Aceste date reflectă diversitatea trăsăturilor de personalitate și influența lor asupra adaptării sociale la vârsta a treia. Nivelul de nevrotism al eșantionului studiat este, de asemenea, preponderent mediu (38%), conform datelor prezentate în Figura 2.17, sugerând o tendință moderată de a experimenta emoții negative și o adaptare generală la provocările vieții.

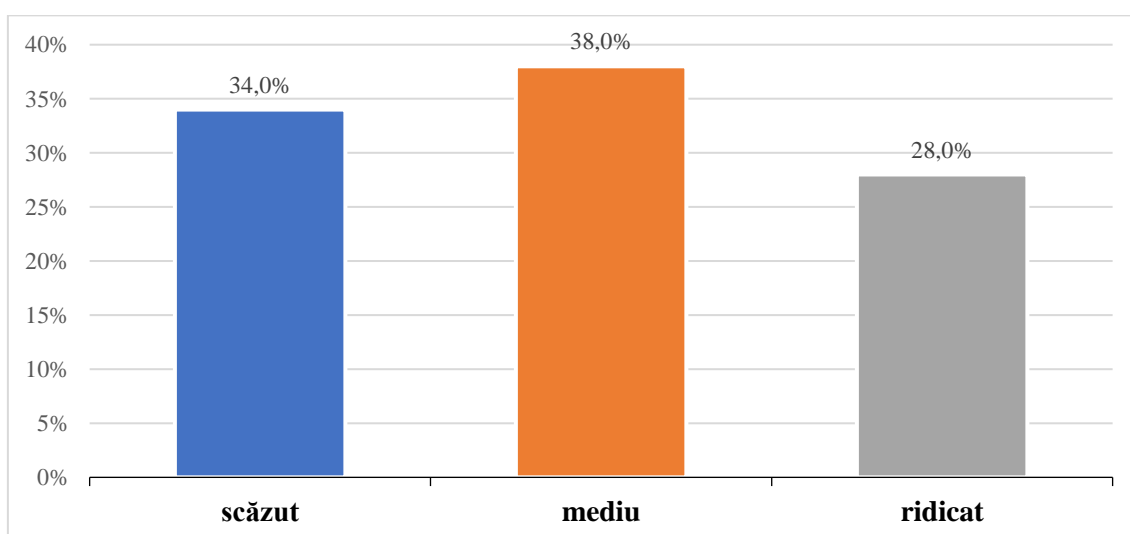


Figura 2.17. Distribuția nivelului de nevrotism în rândul vârstnicilor

Nivelurile scăzute (34%) reflectă o stabilitate emoțională crescută și o bună capacitate de gestionare a stresului, favorizând o adaptare mai ușoară la schimbările vârstei a treia. În schimb, nivelurile ridicate (28%) sunt asociate cu o susceptibilitate mai mare la anxietate și instabilitate emoțională, ceea ce poate crește riscul de izolare socială și vulnerabilitate. Această diversitate subliniază relația dintre stabilitatea emoțională și provocările psihosociale ale vârstei înaintate, evidențiind necesitatea sprijinului emoțional pentru cei mai vulnerabili. Distribuția nivelurilor de psihotism, conform Figura 2.18, arată o preponderență a nivelurilor medii (49,5%), sugerând un echilibru în comportamentele interpersonale.

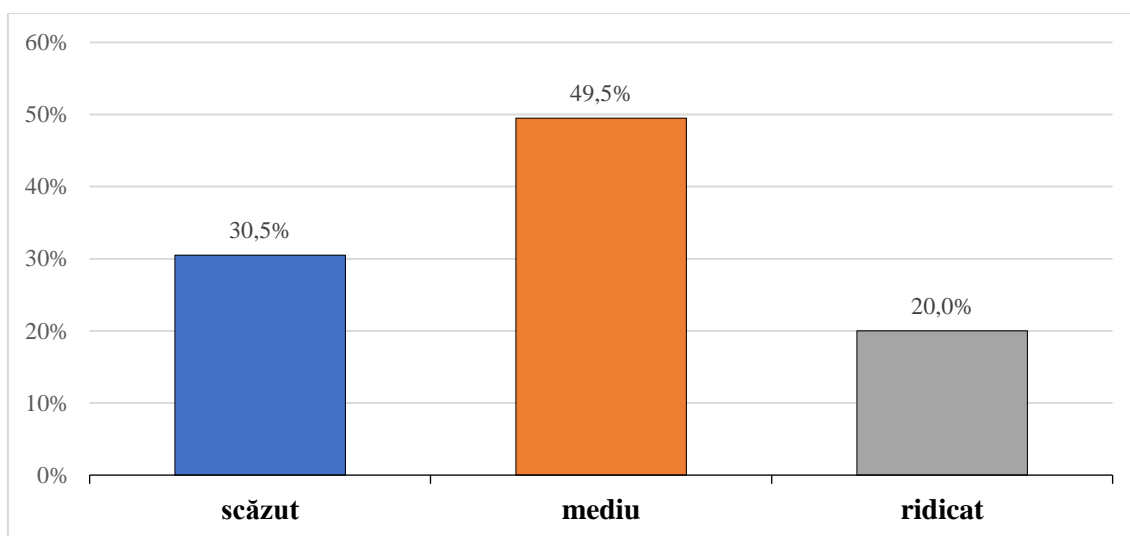


Figura 2.18. Distribuția nivelului de psihotism în rândul vârstnicilor

Nivelurile scăzute (30,5%) indică o adaptare socială pozitivă, asociată cu empatie și cooperare, în timp ce nivelurile ridicate (20%) reflectă impulsivitate și rigiditate emoțională. Această diversitate subliniază o adaptare socială predominant pozitivă, dar evidențiază necesitatea sprijinului emoțional pentru persoanele cu niveluri ridicate, mai vulnerabile la izolare socială. Atunci când analizăm trăsăturile de personalitate ale vârstnicilor în funcție de mediul lor de rezidență, diferențiind între persoanele instituționalizate și cele neinstituționalizate, se evidențiază o serie de diferențe semnificative. Conform datelor din Figura 2.19, un nivel ridicat de extroversie este mai frecvent întâlnit în rândul persoanelor instituționalizate (38%) comparativ cu cele care trăiesc în mediul familial (18%).

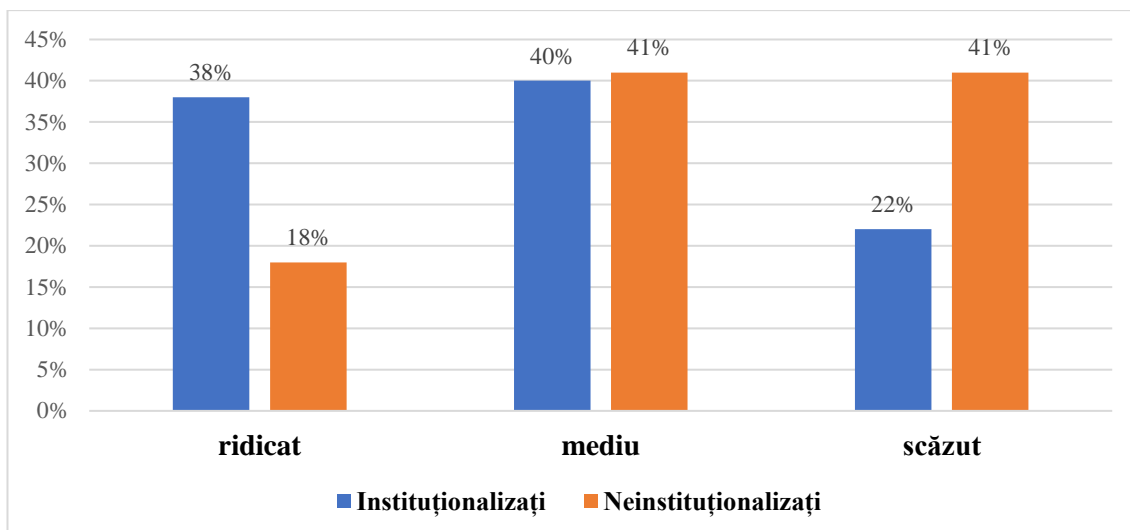


Figura 2.19. Nivelul de extroversie în rândul vârstnicilor în raport cu mediul de rezidență

Acesta poate indica o tendință mai mare de a căuta interacțiuni sociale în medii instituționale, unde interacțiunile sunt structurate și frecvente. Conform Figurii 2.20, se observă o prevalență mai mare a nevrotismului în rândul persoanelor vârstnice instituționalizate (38%), comparativ cu cele neinstituționalizate.

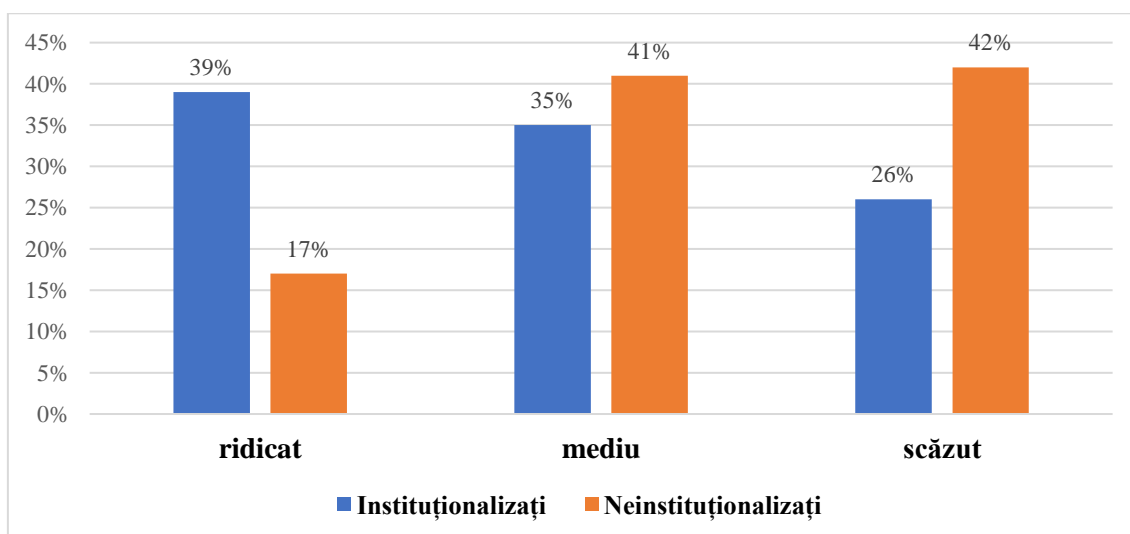


Figura 2.20. Nivelul de nevrotism în rândul vârstnicilor în raport cu mediul de rezidență

Diferența în prevalența nevrotismului între persoanele vârstnice instituționalizate și cele neinstituționalizate sugerează o susceptibilitate crescută la emoții negative în cazul celor instituționalizați. Aceasta poate fi explicată prin pierderea autonomiei și adaptarea la un mediu mai rigid, caracterizat prin rutine impuse și interacțiuni controlate. Conform Figurii 2.21, în cazul nivelului de psihotism, există o proporție oarecum mai mică de persoane neinstituționalizate cu

niveluri ridicate (13%, față de 27%) și medii (45%, față de 54%), însă o proporție mult mai mare de persoane cu un nivel scăzut care se află în mediul familial (42%, față de 19% din mediul instituționalizat).

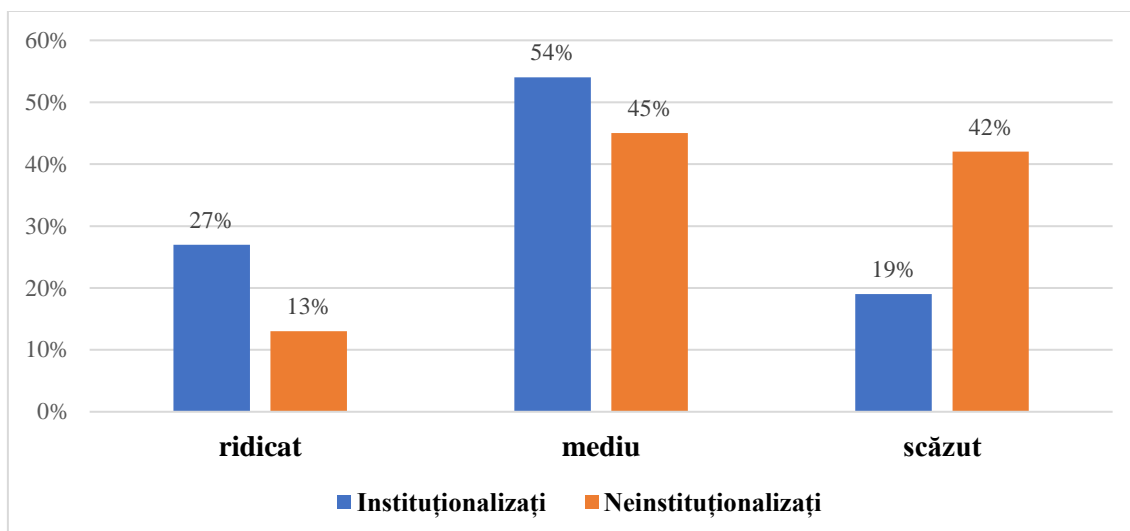


Figura 2.21. Nivelul de psihotism în rândul vârstnicilor în raport cu mediul de rezidență

Diferențele observate pot reflecta provocările specifice mediului instituționalizat, precum limitările sociale și constrângerile psihologice. Rezultatele evidențiază influența mediului de viață asupra trăsăturilor de personalitate ale vârstnicilor, indicând că mediul instituționalizat este asociat cu frecvențe mai mari ale extroversiei și nevrotismului, în timp ce mediul familial este corelat cu un nivel mai mare de stabilitate emoțională și comportamentală.

Conform Tabelului 2.9, observăm diferențe între valorile medii ale scorurilor pentru cele trei scale de personalitate, în funcție de mediul de rezidență.

Tabelul 2.9. Analiza distribuțiilor de scor la Chestionarul de Personalitate Eysenck în raport cu mediul de rezidență

		N	Media	Abatere std.	Eroare std.	Minim	Maxim
Extroversie	Instituționalizat	100	7.07	3.23	0.32	0	12
	Neinstituționalizat	100	5.46	3.17	0.32	0	12
	Total	200	6.27	3.29	0.23	0	12
Nevrotism	Instituționalizat	100	7.03	3.25	0.32	0	12
	Neinstituționalizat	100	5.38	3.08	0.31	0	12
	Total	200	6.21	3.26	0.23	0	12
Psihotism	Instituționalizat	100	6.87	2.84	0.28	0	12
	Neinstituționalizat	100	5.24	2.66	0.27	0	12

	Total	200	6.06	2.86	0.20	0	12
--	-------	-----	------	------	------	---	----

Astfel, persoanele vârstnice instituționalizate prezintă valori medii mai mari pentru extroversie ($M_1 = 7,07$), comparativ cu cele din mediul familial ($M_2 = 5,46$). De asemenea, scorurile medii pentru nevrotism sunt mai ridicate în rândul persoanelor instituționalizate ($M_1 = 7,03$), față de cele neinstituționalizate ($M_2 = 5,38$). În ceea ce privește psihotismul, media scorurilor este, de asemenea, mai mare pentru persoanele instituționalizate ($M_1 = 6,87$) decât pentru cele aflate în cadrul familiei ($M_2 = 5,24$). Aceste rezultate sugerează o influență semnificativă a mediului de rezidență asupra trăsăturilor de personalitate măsurate.

Pentru a determina existența unor diferențe statistice semnificative între trăsăturile de personalitate evaluate prin Chestionarul Eysenck (extroversie, nevrotism și psihotism) în funcție de mediul de rezidență al persoanelor vârstnice, am aplicat analiza varianței (ANOVA). Aceasta a indicat diferențe semnificative între medii ($p = 0,001$) pentru toate cele trei trăsături examinate. În plus, pentru a evalua corelațiile dintre singurătate și trăsăturile de personalitate măsurate prin chestionarul Eysenck, am efectuat teste de corelație Spearman. Conform rezultatelor prezentate în Anexa 6, Tabelul 10, au fost identificate corelații semnificative din punct de vedere statistic între singurătate și extroversie, singurătate și nevrotism, precum și între singurătate și psihotism, fiecare având $p < 0,01$. Aceste rezultate subliniază legături relevante între factorii examinați. În fiecare dintre cele trei cazuri analizate, s-a observat o corelație pozitivă de intensitate moderată între experiența singurătății și trăsăturile de extroversie, cu un coeficient de corelație $r_o = 0,518$, conform datelor prezentate în Tabelul 2.10.

Tabelul 2.10. Corelația Spearman între singurătate și extroversie

		Singurătate	Extroversie
Singurătate	Corelația Spearman	---	0.518**
Extroversie	Corelația Spearman	0.518**	---
**. Corelația este semnificativă $p(\text{bi-direcțional}) < 0.01$			

Acest rezultat sugerează o asociere între nivelurile mai ridicate de singurătate și o predispoziție către trăsături de personalitate asociate extroversiei. Deși extrovertiții prezintă o nevoie accentuată de interacțiune socială, nivelurile ridicate de singurătate pot apărea atunci când așteptările privind calitatea și frecvența relațiilor sociale nu sunt îndeplinite. Această vulnerabilitate se explică prin nevoia crescută de conexiune și validare socială, asociată cu standardele ridicate impuse relațiilor interpersonale [96]. În cazul vârstnicilor, limitările sociale specifice, precum reducerea rețelelor sociale și a interacțiunilor frecvente, amplifică această

experiență, subliniind impactul trăsăturilor de personalitate asupra singurătății [123]. Literatura de specialitate subliniază că vârstnicii cu trăsături mai extrovertite experimentează adesea nivele mai ridicate de singurătate [3; 137]. Aceasta poate apărea atunci când așteptările sociale ale persoanelor extrovertite nu sunt îndeplinite, subliniind astfel importanța calității interacțiunilor sociale în prevenirea singurătății [8]. P. Panwar, R. Kumar și X. Belsiyal au identificat acest fenomen ca fiind rezultatul decalajului dintre dorința de implicare socială a indivizilor și resursele disponibile pentru a răspunde acestor nevoi [177]. În plus, schimbările legate de îmbătrânire, precum pierderea rețelelor sociale extinse, retragerea din activitățile sociale și scăderea accesibilității la contacte sociale frecvente, pot amplifica singurătatea chiar și la indivizii extrovertiți [84]. Analiza datelor din Tabelul 2.11 relevă o corelație de mare intensitate între nivelurile de singurătate și nevrotism, evidențiată printr-un coeficient de corelație $r_o=0.616$.

Tabelul 2.11. Corelația Spearman între singurătate și nevrotism

		Singurătate	Nevrotism
Singurătate	Corelația Spearman	---	0.616**
Nevrotism	Corelația Spearman	0.616**	---
** . Corelația este semnificativă $p(\text{bi-direcțional}) < 0.01$			

Acesta indică o asociere puternică între creșterea singurătății și manifestările de instabilitate emoțională, caracteristice nevrotismului, precum toleranța scăzută la stres, anxietatea crescută și vulnerabilitatea la experiențe negative. Din perspectivă psihologică, această relație poate fi explicată printr-o influență reciprocă. Pe de o parte, persoanele cu niveluri ridicate de nevrotism tind să perceapă situațiile sociale ca fiind mai stresante și să experimenteze mai pronunțat singurătatea, chiar și în prezența altor persoane. Pe de altă parte, singurătatea poate amplifica trăsăturile asociate nevrotismului, intensificând anxietatea și stresul emoțional. Această interacțiune poate crea un cerc vicios, în care cele două variabile se pot potența reciproc [260].

Literatura existentă confirmă această interdependență, evidențiind, de asemenea, variabilitățile în funcție de gen. Studiile realizate de A. Abdellaoui, și colaboratorii săi, bărbații vârstnici cu niveluri ridicate de nevrotism raportează frecvent nivele superioare de singurătate [3]. Aceasta se datorează percepțiilor negative despre sine și relațiile interpersonale, care îi fac mai vulnerabili la singurătate. Corelația dintre singurătate și psihotism, care poate fi încadrată în nivelul mediu (coeficient de corelație $r_o = 0,538$), conform datelor cuprinse în Tabelul 2.12, arată că există o relație semnificativă între singurătate și psihotism.

Tabelul 2.12. Corelația Spearman între singurătate și psihotism

		Singurătate	Psihotism
Singurătate	Corelația Spearman	---	0.538**
Psihotism	Corelația Spearman	0.538**	---
**. Corelația este semnificativă $p(\text{bi-direcțional}) < 0.01$			

Rezultatele sugerează că persoanele care experimentează niveluri crescute de singurătate pot manifesta trăsături de personalitate asociate psihotismului, cum ar fi excentricitatea, creativitatea sau o perspectivă neconvențională asupra lumii. Această asociere evidențiază o interacțiune complexă, în care singurătatea poate amplifica trăsăturile neobișnuite, cum ar fi gândirea nonconformistă sau dificultățile în relațiile sociale, accentuând însingurarea. În același timp, singurătatea poate stimula introspecția și creativitatea, caracteristici frecvent asociate psihotismului. Literatura de specialitate confirmă influența singurătății asupra manifestării trăsăturilor de personalitate neconvenționale, subliniind complexitatea acestei relații și necesitatea unei înțelegeri mai profunde a mecanismelor care o susțin [140; 207].

Având în vedere că ne-am propus să aflăm, de asemenea, dacă relația dintre singurătate și stările emoționale negative este mediată de trăsăturile de personalitate, a fost necesar să se determine dacă includerea factorilor de personalitate studiați într-un model de regresie liniară pentru predicția nivelului de singurătate (UCLA), bazat pe stres, anxietate și depresie, conduce la o îmbunătățire semnificativă din punct de vedere statistic a capacității de predicție. În acest sens, a fost aplicat un model de regresie liniară multiplă ierarhică, începând cu un model inițial care includea factorii socio-demografici (mediul de viață, intervalul de vârstă, starea de sănătate și nivelul de studii), pentru care s-a obținut semnificație statistică în diferențierea nivelului de singurătate. În pasul 2 al analizei, au fost adăugate stările emoționale negative (stres, anxietate, depresie), iar în pasul 3, s-au introdus factorii de personalitate (extroversie, nevrotism și psihotism). Rezultatele, inclusiv componentele semnificative statistic, sunt prezentate în Tabelul 2.13.

Tabelul 2.13. Sumarul modelului ierarhic de predicție propus

Model	R	R ²	E.S.E	Statistica modificărilor de predicție				
				R ² modificare	F modificare	df1	df2	p
1	0.491	0.241	13.45	0.241	31.24	2	197	<0.001
2	0.680	0.463	11.34	0.222	80.97	1	196	<0.001
3	0.697	0.486	11.12	0.024	8.93	1	195	0.003
1. Variabilă: Mediu de viață, Stare de sănătate								
2. Variabilă: Mediu de viață, Stare de sănătate, Anxietate								

3. Variabilă: Mediu de viață, Stare de sănătate, Anxietate, Nevrotism

Analiza regresiei liniare multiple a arătat că, dintre factorii socio-demografici, mediul de viață și starea de sănătate au o capacitate predictivă semnificativă asupra nivelului de singurătate, cu un coeficient de determinare $R^2 = 0,241$, valoarea $F = 31,24$ și un nivel de semnificație $p < 0,001$. Aceste rezultate sugerează că variabilele socio-demografice incluse în model explică o proporție semnificativă din variația nivelului de singurătate al participanților. Adăugarea anxietății la model a condus la o îmbunătățire semnificativă a capacității de predicție, cu un coeficient de determinare $R^2 = 0,463$, iar diferența de informație adăugată a fost semnificativă statistic ($F = 80,97$; $p < 0,001$). În ceea ce privește factorii de personalitate, nivelul de nevrotism a contribuit la creșterea capacității de predicție ($R^2 = 0,486$), iar această creștere a fost semnificativă statistic ($F = 8,93$; $p = 0,003$).

Analiza coeficienților modelului final de regresie liniară indică faptul că mediul de viață este un predictor pozitiv semnificativ statistic al nivelului de singurătate, cu o valoare $B = 8,41$ ($SE = 1,94$), $t = 2,99$ și $p < 0,001$ (Tabelul 2.14).

Tabelul 2.14. Coeficienții modelului ierarhic de predicție propus

Model	Coeficienți nestandardizați		Coeficienți standardizați	t	p	IC 95.0% pentru B	
	B	Eroare std.	Beta			Lim. Inf.	Lim. Sup.
(Constant)	32.57	3.63		8.97	<0.001	25.41	39.73
Mediu de viață (instituționalizat)	8.41	1.94	0.27	2.99	<0.001	4.58	12.73
Starea de sănătate	-3.99	1.31	-0.175	-3.04	0.003	-6.58	-1.41
Anxietate	0.52	0.11	0.371	4.63	<0.001	0.30	0.74
Nevrotism	1.11	0.37	0.235	2.99	0.003	0.38	1.84
Variabila prezisă: Singurătate							

Aceasta sugerează că nivelul de singurătate este cu 8 unități mai mare în cazul persoanelor din mediul instituționalizat, comparativ cu cele care locuiesc cu familia. De asemenea, starea de sănătate este un predictor negativ semnificativ statistic al singurătății ($B = -3,99$; $SE = 1,31$; $t = -3,04$; $p = 0,003$), indicând un nivel mai scăzut al singurătății în rândul celor cu o stare de sănătate bună și satisfăcătoare, în comparație cu cei care suferă de boli cronice. Anxietatea se prezintă ca un predictor pozitiv semnificativ statistic al singurătății, cu o valoare $B = 0,52$ ($SE = 0,11$), $t = 4,63$ și $p < 0,001$, ceea ce sugerează o asociere între nivelurile ridicate de singurătate și nivelurile

mai mari de anxietate ($\beta = 0,371$). În mod similar, nevrotismul este un predictor pozitiv semnificativ statistic al nivelului de singurătate ($B = 1,11$; $SE = 0,37$; $t = 2,99$; $p = 0,003$), indicând o asociere între nivelurile ridicate de singurătate și nivelurile mai mari de nevrotism ($\beta = 0,253$).

Psihologic, aceste rezultate sugerează că anxietatea poate intensifica trăsăturile de nevrotism, caracterizate prin instabilitate emoțională și sensibilitate crescută la stres, iar acest lucru poate influența și psihotismul, favorizând o perspectivă mai neconvențională și uneori excentrică. De asemenea, relația dintre stres și cele trei trăsături de personalitate este semnificativă din punct de vedere statistic. Coeficientul de corelație este considerabil, având în vedere că am obținut un coeficient $R^2 = 0,358$ în cazul extroversiei, $R^2 = 0,423$ în cazul nevrotismului și $R^2 = 0,334$ în cazul psihotismului. Aceste valori indică faptul că stresul influențează în mod semnificativ nevrotismul, subliniind susceptibilitatea crescută a persoanelor cu această trăsătură la factori de stres. Din punct de vedere psihologic, aceste rezultate sugerează că stresul poate amplifica trăsături precum anxietatea, iritabilitatea și instabilitatea emoțională, în special în cazul persoanelor cu un nivel ridicat de nevrotism. În final, am obținut coeficienți p care confirmă relația semnificativă statistic dintre depresie și trăsăturile de personalitate, în special extroversie ($R^2 = 0,448$), nevrotism ($R^2 = 0,463$) și psihotism ($R^2 = 0,562$). Psihologic, aceste rezultate sugerează că depresia poate intensifica trăsături de personalitate asociate cu retragerea socială, instabilitatea emoțională și gândirea neconvențională, amplificând tendințele către izolare și introspecție excesivă [261].

Trăsăturile de personalitate joacă un rol important în modul în care stările emoționale negative afectează individul [140]. Persoanele cu niveluri ridicate de nevrotism sau psihotism sunt mai susceptibile la efectele negative ale stresului, anxietății și depresiei, ceea ce poate contribui la perpetuarea unor stări de izolare și la accentuarea trăsăturilor disfuncționale. Totodată, efectul depresiei asupra extroversiei indică o reducere a motivației sociale și a energiei interacțiunilor sociale, ceea ce poate duce la retragere și singurătate crescută. Conform datelor obținute, am confirmat a patra ipoteză operațională, conform căreia există o corelație semnificativă statistic între nivelul de singurătate al vârstnicilor și trăsăturile de personalitate.

Analiza efectuată asupra datelor colectate prin intermediul chestionarului de personalitate Eysenck și a scalei de singurătate UCLA a relevat corelații semnificative statistic între singurătate și extroversie, nevrotism și psihotism. Detaliind aceste corelații, s-a observat că singurătatea este asociată cu o ușoară tendință de a avea trăsături de personalitate asociate cu extroversia. De asemenea, s-a identificat o legătură puternică între singurătate și nevrotism, indicând că persoanele singure pot prezenta trăsături de personalitate asociate cu instabilitatea emoțională. În cazul relației dintre singurătate și psihotism, s-a evidențiat o asociere semnificativă, indicând că persoanele singure pot avea trăsături asociate cu impulsivitatea și căutarea de senzații.

În concluzie, studiul a analizat factorii determinanți ai singurătății la vârstnici, evidențiind interacțiunea dintre factori socio-demografici, stări emoționale negative, calitatea vieții și trăsăturile de personalitate. Rezultatele confirmă cercetările anterioare și subliniază necesitatea unor intervenții personalizate, adaptate vulnerabilităților fiecărui individ [3]. Analiza datelor a arătat o corelație semnificativă între acești factori, oferind un cadru pentru dezvoltarea de politici și programe destinate vârstnicilor. De asemenea, cercetarea a contribuit la conturarea portretului psihologic al vârstnicului cu un nivel ridicat de singurătate, subliniind importanța adaptării strategiilor de sprijin la nevoile specifice ale fiecărei categorii.

2.3. Profilul psihologic al vârstnicului cu un nivel semnificativ crescut de singurătate în raport cu variabilele cercetate

Examinarea datelor obținute în cadrul experimentului constatativ, atât din perspectiva comparativă, cât și corelațională, a furnizat o premisă valoroasă pentru conceptualizarea profilului psihologic al persoanei în vârstă de regresie, marcată de un nivel ridicat de singurătate. Conturarea unui astfel de profil al vârstnicului care trăiește intens această condiție, contribuie la o înțelegere aprofundată a particularităților experienței sale și constituie o bază esențială pentru dezvoltarea intervențiilor adaptate nevoilor specifice. Studiul realizat a evidențiat interacțiunea dintre factorii socio-demografici, emoțiile negative, calitatea vieții și trăsăturile de personalitate, care influențează semnificativ percepția singurătății. Vârstnicii din mediul instituționalizat și cei din mediul familial au fost evaluați din punct de vedere psihologic, iar diferențele observate între cele două grupuri au evidențiat atât vulnerabilitățile comune, cât și specificitățile fiecărui context în parte. Descrierea psihologică a vârstnicului singuratic evidențiază particularități cognitive, emoționale și comportamentale, influențate de regresii caracteristice acestei etape a vieții. Indiferent de mediul în care trăiesc, experiența singurătății dobândește trăsături distinctive, păstrând în același timp aspecte comune care reflectă provocările îmbătrânirii.

Vârstnicul aflat în mediul instituționalizat se confruntă cu o serie de particularități psihologice influențate de pierderea mediului familial și adaptarea la un mediu rigid și standardizat. Din perspectivă cognitivă, se remarcă un declin al funcțiilor executive, manifestat prin afectarea memoriei episodice și diminuarea capacității de procesare a informațiilor, fenomen agravat de monotonia rutinei zilnice și de lipsa stimulării intelectuale adecvate. Acest declin se poate accentua în special în mediile izolate, unde stimuli cognitivi sunt limitați, iar interacțiunile sociale sunt mai reduse. În acest context, vârstnicii pot recurge la amintirile din trecut ca mecanism de protecție psihologică, încercând să compenseze deficitul de stimulare și să mențină un sentiment de coerență și continuitate în viața lor. Această retragere în trecut poate avea un rol important în

păstrarea unei identități stabile, dar poate contribui și la singurătate, amplificând deconectarea față de realitatea prezentă. În plus, se observă o tendință de reducere a inițiativei și o preferință pentru activități care nu necesită decizii complexe, ceea ce poate indica o scădere a încrederii în propriile abilități cognitive și capacitatea de a face față cerințelor zilnice. Această diminuare a autonomiei este adesea însoțită de o dependență mai mare față de îngrijitori, mai ales în mediul instituționalizat, unde resursele și suportul sunt structurate într-un cadru rigid. Astfel, vârstnicii pot experimenta o intensificare a inutilității și de subminare a autonomiei personale, ceea ce poate duce la o diminuare suplimentară a stimei de sine și la o percepție negativă asupra propriei vieți. Contextul instituțional, cu reglementările și normele sale, poate amplifica aceste efecte, limitând oportunitățile de implicare activă și reducând încrederea în capacitatea de a contribui la propria îngrijire sau la viața socială.

Pe plan emoțional, vârstnicii instituționalizați se confruntă cu stări frecvente de labilitate afectivă, cu oscilații între stări de anxietate, melancolie, tristețe și iritabilitate. Aceste stări sunt amplificate de separarea de familie și de pierderea rolurilor sociale tradiționale. În absența relațiilor autentice, care sunt specifice unui mediu familial, sentimentul de abandon și alienare devine prevalent. Totuși, predictibilitatea rutinei zilnice și interacțiunile regulate cu personalul asigură un grad limitat de stabilitate emoțională, însă aceste relații rămân în general superficiale și nu contribuie semnificativ la reducerea singurătății. Comportamentul vârstnicului instituționalizat este adesea caracterizat de pasivitate și retragere socială, favorizând rutinele simple și repetitive, care oferă o senzație de siguranță temporară. Cu toate acestea, pierderea autonomiei și constrângerile impuse de mediul standardizat generează frustrare și manifestări emoționale intense, cum ar fi iritabilitatea și agresivitatea, ceea ce determină o izolare progresivă. Această izolare este agravată de dificultatea de a stabili relații autentice și de stigmatizarea asociată cu înaintarea în vârstă, intensificând alienarea și separarea socială.

Vârstnicul din mediul familial, deși beneficiază de proximitatea celor dragi, poate experimenta un nivel ridicat de singurătate din cauza unui sprijin emoțional insuficient sau a tensiunilor intergeneraționale. Cognitiv, acești vârstnici adesea se concentrează pe aspecte negative ale prezentului și viitorului, în timp ce idealizează trecutul, interpretând relațiile familiale ca fiind neadecvate sau lipsite de semnificație afectivă. Această percepție fragilizează imaginea de sine și amplifică teama de abandon sau de instituționalizare. Cu toate acestea, memoria semantică rămâne conservată, ceea ce le permite să se ancoreze în experiențele trecute pentru a-și menține coerența identitară. Emoțional, aceștia oscilează între recunoștință față de familie și frustrări legate de percepția unei implicări insuficiente din partea celor apropiați. Pierderile semnificative, precum decesul partenerului sau deteriorarea sănătății, pot contribui la creșterea riscului de depresie și

anxietate. Totuși, paradoxul bunăstării subiective le permite să se concentreze adesea asupra emoțiilor pozitive și să evite stimulii negativi, ceea ce le susține o anumită formă de reziliență emoțională. Comportamental, vârstnicii din mediul familial prezintă frecvent o tendință de retragere autoimpusă, utilizată ca strategie de evitare a conflictelor familiale și de autoprotecție emoțională. În efortul de a compensa acest gol afectiv, mulți își concentrează energia pe activități domestice sau comunitare, căutând să-și reafirme utilitatea și să-și mențină stima de sine. Totuși, absența unui rol activ și semnificativ în cadrul familiei poate intensifica sentimentul de neapartenență și de marginalizare, afectând negativ echilibrul psihologic .

La nivel general, vârstnicul singuratic, indiferent de mediul de viață, se confruntă cu o serie de provocări psihologice interconectate, care includ regresii cognitive, vulnerabilitate emoțională, retragere comportamentală și dificultăți de integrare socială. Pierderea rolurilor sociale și rețelele de sprijin superficiale contribuie la sentimentul de inutilitate, în timp ce lipsa stimulării intelectuale și interacțiunilor semnificative accelerează declinul cognitiv. Nevoia constantă de validare și afecțiune alimentează dorința de relații autentice și apartenență. Vârstnicii care se confruntă cu un nivel ridicat de singurătate sunt, adesea, influențați de o combinație complexă de factori socio-demografici, emoționali și de personalitate. Aceștia sunt, în special, femeii care au un nivel educațional scăzut, un statut marital deficitar și lipsa sprijinului familial. În plus, lipsa resurselor economice, vârsta înaintată, problemele de sănătate fizică și mentală, precum și tulburările emoționale agravează aceste vulnerabilități, diminuându-le posibilitățile de a participa activ în activități sociale sau profesionale. Aceste condiții amplifică inutilitatea, iar regresiiile cognitive și emoționale contribuie la un declin al calității vieții. Fragilitatea emoțională și dificultatea de a face față stresului devin trăsături esențiale ale acestui profil psihologic. Absența unui sprijin social adecvat perpetuează abandonul și alienarea, exacerbând izolarea și întărind excluderea.

Acest portret evidențiază necesitatea unor intervenții psihologice adaptate, care să răspundă specificului fiecărui mediu de viață, dar și universalității provocărilor asociate acestei etape a existenței. Intervențiile trebuie să sprijine resursele cognitive, să consolideze reziliența emoțională și să faciliteze integrarea socială prin rețele de sprijin autentice. Programele de intervenție trebuie să includă activități de stimulare intelectuală, suport emoțional și oportunități pentru interacțiuni semnificative, contribuind la revalorificarea contribuției vârstnicilor în comunitate. Acest portret subliniază necesitatea unor intervenții psihologice personalizate, care să răspundă provocărilor specifice vârstei înaintate și să diminueze efectele singurătății. Studiul oferă o bază solidă pentru dezvoltarea programelor de intervenție ce sprijină stimularea cognitivă, gestionarea emoțională și integrarea socială, respectând individualitatea vârstnicilor. Cercetările evidențiază legătura dintre singurătate și factori socio-emoționali, susținând necesitatea programului formativ pentru

îmbunătățirea stării psihologice și sociale a vârstnicilor. Intervențiile trebuie să faciliteze o îmbătrânire activă, promovând o calitate înaltă a vieții.

2.4. Concluzii la capitolul 2

Prezentăm în continuare, într-o formă sintetică, rezultatele studiului care evidențiază complexitatea singurătății la vârstnici, prin analiza multiplelor dimensiuni ale acesteia și sublinierea interacțiunii factorilor determinanți.

1. Nivelul de singurătate la vârstnici este influențat semnificativ de mediul de rezidență, persoanele instituționalizate fiind mai vulnerabile la singurătate socială și emoțională decât cele din mediul familial. Adaptarea mediului instituțional prin strategii psihosociale care facilitează conectarea socială poate reduce singurătatea și sprijini sănătatea emoțională și calitatea vieții.

2. Vârsta înaintată, în special peste 65 de ani, este asociată cu un nivel ridicat de singurătate, subliniind necesitatea implementării unor strategii adaptate care să sprijine integrarea socială și funcțională în această etapă a vieții.

3. Starea civilă influențează semnificativ singurătatea, cei divorțați, necăsătoriți sau văduvi fiind mai vulnerabili, ceea ce subliniază importanța intervențiilor psihosociale care să promoveze sprijinul afectiv și conectarea socială pentru bunăstarea emoțională.

4. Starea de sănătate influențează semnificativ nivelul de singurătate la vârstnici, afectând în mod direct calitatea vieții acestora. Abordările integrate, care combină îngrijirea medicală cu sprijinul social, sunt fundamentale pentru reducerea singurătății și îmbunătățirea bunăstării generale în această etapă a vieții.

5. Nivelul educațional scăzut este un factor semnificativ al vulnerabilității la singurătate, subliniind necesitatea intervențiilor educative și a sprijinului comunitar pentru reducerea izolării și promovarea incluziunii sociale.

6. Stările emoționale negative, precum depresia, anxietatea și stresul, sunt puternic corelate cu singurătatea la vârstnici, evidențiind importanța intervențiilor psihologice care să gestioneze aceste stări pentru diminuarea izolării și susținerea bunăstării emoționale.

7. Calitatea vieții se corelează pozitiv cu nivelul de singurătate, persoanele cu o calitate a vieții scăzută fiind mai vulnerabile, mai ales în mediul instituționalizat, subliniind necesitatea strategiilor integrate pentru îmbunătățirea bunăstării generale.

8. Trăsăturile de personalitate, în special nevrotismul, extroversia și psihotismul, influențează semnificativ singurătatea. Nevroticismul amplifică vulnerabilitatea prin instabilitate emoțională, extroversia este insuficientă în lipsa relațiilor de calitate, iar psihotismul contribuie la dificultăți în menținerea relațiilor social

3. AMELIORARE SINGURĂȚĂȚII LA VÂRSTA DE REGRESIE ÎN CONTEXT EXPERIMENTAL

3.1. Elaborarea, implementarea și evaluarea programului de intervenție psihologică în vederea diminuării singurătății la persoanele în vârstă de regresie

Având în vedere creșterea preocupărilor sociale și academice legate de singurătatea la vârstnici, devine din ce în ce mai importantă focalizarea pe dezvoltarea și evaluarea programelor de intervenție psihosocială și psihoterapeutică [143]. Cercetările din literatura de specialitate indică faptul că persoanele vârstnice sunt expuse la o varietate de factori de risc, printre care se numără stresul asociat cu pensionarea, depresia rezultată din pierderea persoanelor dragi și anxietatea generată de incertitudinile privind viitorul și dificultățile materiale [125]. Acești factori contribuie semnificativ la exacerbarea bolilor cronice și a tulburărilor psihice, care, la rândul lor, intensifică singurătatea [19]. În cadrul experimentului constatativ realizat în acest studiu, s-a identificat o corelație pozitivă semnificativă între nivelul de singurătate și calitatea vieții, precum și între singurătate și stările emoționale negative, cum ar fi anxietatea, depresia și stresul. Aceste rezultate evidențiază necesitatea unor intervenții specifice, care să abordeze atât simptomele emoționale, cât și factorii sociali și economici ce contribuie la creșterea singurătății în rândul vârstnicilor.

Scopul experimentului formativ rezidă în elaborarea, implementarea și estimarea eficacității programului de intervenție psihologică destinat diminuării singurătății în rândul persoanelor în vârstă de regresie.

Obiectivele generale ale experimentului sunt redată în continuare:

1. Elaborarea programului de intervenție psihologică pentru diminuarea nivelului de singurătate, prin ameliorarea sentimentelor negative de stres, anxietate și depresie, respectiv prin îmbunătățirea unor aspecte ale calității vieții.
2. Implementarea programului de intervenție psihologică în rândul populației vârstnice.
3. Analizarea comparativă a grupului formativ și grupului de control în urma intervenției psihologice.
4. Identificarea efectelor programului de intervenție psihologică asupra nivelului de singurătate, calității vieții, stărilor emoționale și trăsăturilor de personalitate la persoanele vârstnice la persoanele vârstnice.
5. Determinarea relației dintre caracteristicile socio-demografice ale participanților și efectele programului de intervenție psihologică.

6. Evaluarea eficienței programului de intervenție psihologică în raport cu nivelul de singurătate.

Ipoteza experimentului formativ: Presupunem că implementarea programului de intervenție psihologică, bazat pe o abordare integrată, va conduce la o reducere semnificativă a nivelului de singurătate în rândul persoanelor în vârstă de regresie.

Variabila independentă analizată în acest studiu este reprezentată de participarea la programul structurat de intervenție psihologică.

Variabilele dependente examinate includ nivelul de singurătate, stările emoționale (evaluate prin nivelurile de anxietate, depresie și stres), calitatea vieții și trăsăturile de personalitate, cum ar fi extroversia, nevrotismul, psihotismul și tendința de a distorsiona realitatea. În plus, pentru a identifica eventualele diferențe în răspunsurile vârstnicilor la intervenție, se vor analiza și variabile socio-demografice, precum nivelul educațional, mediul de viață (instituționalizat sau familial), starea civilă, ocupația, starea de sănătate și afilierea religioasă.

Cadru experimental: Studiul a utilizat un design test-retest aplicat atât grupului experimental formativ (GE), cât și grupului de control (GC) [126]. Această abordare a permis compararea rezultatelor înainte și după intervenție, asigurând validarea ipotezei și evidențierea impactului programului.

Descrierea eșantionului de cercetare și locului desfășurării programului. Eșantionul de cercetare a fost compus din 24 de subiecți, selectați din eșantionul celor care au participat la experimentul de constatare, și au manifestat un nivel foarte ridicat sau moderat de singurătate, conform Scalei UCLA. Criteriul de selecție a fost nivelul de singurătate, iar participanții au fost împărțiți în două grupuri: grupul experimental (GE) și grupul de control (GC), fiecare grup fiind format din câte 12 respondenți. Pentru a asigura o reprezentare echilibrată a mediilor de viață, participanții au fost selectați astfel încât să includă atât persoane instituționalizate, cât și neinstituționalizate, câte 6 pentru fiecare categorie.

De asemenea, s-a acordat o atenție deosebită echilibrului pe criteriul de gen, astfel că am asigurat o distribuție egală între femei și bărbați în ambele grupuri, atât în GE, cât și în GC. Vârsta participanților a variat între 64 și 75 de ani, cu o medie de 71,5 ani pentru grupul experimental și 70,3 ani pentru grupul de control. Toți participanții provin din mediul urban, fapt care a contribuit la accesibilitatea acestora la programul de intervenție psihologică, asigurându-le suport adecvat pe parcursul demersului. Variabilele suplimentare măsurate în cadrul cercetării au fost aleatorii, iar selecția participanților a urmărit obținerea unei diversități corespunzătoare.

Programul de intervenție a avut loc în perioada noiembrie 2023 - martie 2024 și a constat în 15 ședințe de terapie de grup. Intervențiile au fost organizate astfel încât să se desfășoare cu o

frecvență de o ședință pe săptămână, pe parcursul întregii perioade menționate. Structura și conținutul ședințelor au fost concepute pentru a răspunde diversității și complexității nevoilor participanților, asigurând astfel un cadru propice pentru realizarea obiectivelor stabilite. Fiecare ședință de intervenție psihologică a avut o durată medie de 2 ore, cu un interval variabil între 90 și 120 de minute, în funcție de sarcinile și obiectivele specifice fiecărei sesiuni.

Intervenția a fost concepută pentru a răspunde nevoilor specifice ale participanților, prin adaptarea conținutului programului la particularitățile fiecărui grup. Ședințele s-au desfășurat la Centrul Rezidențial de Îngrijire și Asistență pentru Persoane Dependente Berceni, oferind un mediu accesibil participanților cu dificultăți de mobilitate și facilitând integrarea intervenției în rutina zilnică. Decizia de a organiza ședințele în această locație a fost influențată atât de considerente practice, cât și de intenția de a diminua reticența manifestată de persoanele din mediul familial, prin familiarizarea acestora cu condițiile și activitățile desfășurate în centrele de îngrijire [286]. Alegerea locației a permis, de asemenea, ajustarea intervenției la nevoile și provocările specifice fiecărui grup, contribuind la personalizarea și eficiența programului. Această abordare a facilitat relaționarea eficientă cu participanții și a optimizat impactul intervenției.

Fundamentarea și analiza metodologică a programului de intervenție psihologică: abordări teoretice, tehnici și etape aplicative. Programul de intervenție psihosocială elaborat în cadrul acestui studiu își propune să diminueze singurătatea în rândul persoanelor vârstnice, fundamentându-se pe concluziile evaluărilor inițiale, care au evidențiat o corelație semnificativă între singurătate și variabile psihologice, precum depresia, anxietatea, calitatea scăzută a vieții și trăsăturile de personalitate [81]. Elaborarea acestui program a fost precedată de o evaluare detaliată a contextului personal și social al vârstnicilor, utilizând instrumente specifice de măsurare a singurătății [266].

Intervenția psihosocială propusă vizează reducerea singurătății și se concentrează pe dezvoltarea abilităților sociale, strategiilor de coping și rezilienței emoționale, aspecte esențiale pentru îmbunătățirea calității vieții [1]. Aceasta contribuie la îmbunătățirea stării generale de bine, oferind vârstnicilor o viață mai activă și mai semnificativă. Prin activități structurate, vârstnicii sunt sprijiniți să-și recunoască și să-și gestioneze vulnerabilitățile în relațiile interpersonale, să își dezvolte abilități de comunicare și empatie, și să construiască relații sociale mai solide, promovând astfel o viață activă. Intervenția a fost adaptată în funcție de profilul psihologic al vârstnicilor, pentru a răspunde nevoilor lor specifice. Această abordare personalizată a sprijinit atingerea obiectivelor, contribuind astfel la reducerea singurătății și îmbunătățirea calității vieții participanților.

Programul utilizează o gamă variată de intervenții terapeutice validate științific, incluzând metode și tehnici adaptate nevoilor specifice ale persoanelor în vârstă de regresie. Literatura de specialitate susține eficiența acestor metode în diminuarea singurătății, evidențiind totodată absența unui consens cu privire la superioritatea unei intervenții specifice [81; 259]. Această diversitate metodologică justifică adoptarea unei abordări flexibile și personalizate, care răspunde cerințelor individuale ale vârstnicilor, ținând cont de contextul lor psihosocial și de condițiile de viață [28]. În cadrul programului au fost implementate metode specifice, adaptate particularităților fiecărei abordări terapeutice. Acestea includ terapia cognitiv-comportamentală, terapia rațional-emotivă și comportamentală, terapia reminiscentă, terapia prin artă și terapia familială sistemică, fiecare metodă fiind aleasă pentru a răspunde nevoilor individuale ale participanților și pentru a sprijini procesul terapeutic [66; 75; 101].

Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) conceptualizează individul ca un agent activ, care interacționează cu mediul prin interpretări și evaluări proprii, exprimate sub formă de gânduri și imagini care pot fi modificate [75]. Această abordare terapeutică vizează identificarea și restructurarea gândurilor disfuncționale sau iraționale, care contribuie la apariția unor emoții și comportamente neadaptative. TCC pune un accent deosebit pe colaborarea strânsă între terapeut și client, concentrându-se pe dezvoltarea abilităților de coping și a strategiilor de rezolvare a problemelor, pentru a sprijini schimbări semnificative și durabile în viața individului.

Cercetările realizate de A. Rosiana, P. Krisbiyanto și A. Solikin (2020), au evidențiat eficiența TCC în diminuarea singurătății la vârstnici, o problemă semnificativă în această etapă a vieții, care poate afecta considerabil starea de bine a acestora [164]. Terapia cognitiv-comportamentală se dovedește a fi o metodologie eficientă pentru abordarea singurătății specifice vârstei înaintate, oferind un cadru terapeutic prin care se pot modifica percepțiile negative și comportamentele de retragere, care contribuie la consolidarea acestora. Aplicarea tehnicilor TCC le permite vârstnicilor să identifice și să modifice gândurile și convingerile care stau la baza singurătății, încurajând totodată, adoptarea unor comportamente care favorizează interacțiunile sociale și îmbunătățirea bunăstării emoționale [81].

Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) se fundamentează pe principii și tehnici specifice, aplicate într-un cadru structurat, pentru a aborda percepțiile negative autoimpuse și comportamentele de evitare socială, care contribuie la singurătate. Aceste tehnici sunt orientate spre atingerea unor obiective precise, într-un interval de timp relativ scurt. Prin conștientizarea interacțiunilor dintre gânduri, emoții și comportamente, vârstnicii pot învăța să identifice și să modifice gândurile și convingerile care stau la baza singurătății, fiind încurajați să adopte

comportamente ce susțin conectarea și bunăstarea socială [261]. Această abordare este deosebit de relevantă pentru vârstnici, având în vedere că singurătatea reprezintă o provocare majoră în această etapă a vieții. Un principiu fundamental al terapiei cognitiv-comportamentale este educația psihologică, care îi ajută pe vârstnici să înțeleagă legătura dintre gânduri, emoții și comportamente, și să devină conștienți de aceste interacțiuni în viața de zi cu zi [80]. Acest proces de conștientizare este esențial pentru identificarea și modificarea modelelor disfuncționale de gândire, facilitând astfel inițierea schimbării.

În cadrul acestei abordări, sunt remarcate trei principii cheie: principiul accesului, ipoteza mediației și ipoteza schimbării [66]. Principiul accesului presupune că procesele de gândire ale unei persoane nu sunt inconștiente, ci pot fi aduse în conștient prin aplicarea unor tehnici specifice, făcându-le accesibile. Ipoteza mediației sugerează că răspunsurile emoționale nu sunt reacții directe la situațiile externe, ci sunt mediate de gândurile individului, care le interpretează și le atribuie semnificație. Astfel, răspunsurile emoționale sunt rezultatul unui proces cognitiv de interpretare a unei situații. Pe baza acestor principii, ipoteza schimbării propune că, având în vedere că gândurile sunt accesibile și mediază răspunsurile emoționale, este posibilă modificarea reacțiilor la anumite situații prin schimbarea gândurilor asociate acestora.

Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) utilizează tehnici specifice, precum disputarea gândurilor iraționale, tehnici de relaxare, expunerea treptată și restructurarea cognitivă, toate aplicate pentru a atinge obiective terapeutice clare într-un timp relativ scurt. Un aspect esențial al TCC este aplicarea acestor tehnici în viața de zi cu zi, prin teme pentru acasă, ceea ce facilitează generalizarea și consolidarea schimbărilor [66]. Un element cheie în procesul terapeutic este metoda celor 4R (recontextualizare, reformulare, rezumare și întărire), care contribuie la consolidarea alianței terapeutice și la sprijinirea progresului vârstnicilor [66]. Recontextualizarea permite vârstnicului să își concentreze atenția asupra problemei centrale, prin reformularea situației în termeni care să susțină explorarea și clarificarea dificultăților, păstrând totodată limbajul său specific.

Reformularea presupune reinterpretarea sentimentelor și dificultăților exprimate, facilitând o conștientizare mai profundă a acestora și o exprimare mai clară a emoțiilor. Rezumarea ajută la consolidarea progreselor realizate în cadrul sesiunilor, subliniind punctele cheie și clarificând obiectivele viitoare. Întărirea constă în recunoașterea și validarea schimbărilor pozitive, consolidând comportamentele și gândirea adaptive. Aceste tehnici sunt integrate într-un cadru de colaborare terapeutică, care susține vârstnicul să aplice noi strategii de gândire și comportament, facilitând astfel procesul de schimbare [75].

În completare, TCC include și tehnici interactive, precum jocurile de rol și jocurile de rol inversat, care dezvoltă încrederea în sine și încurajează empatia [2]. Aceste activități contribuie la întărirea legăturilor interpersonale și la creșterea abilității de a înțelege și de a răspunde adecvat la nevoile celor din jur. De asemenea, activități precum jocul prenumelor, în care participanții își asociază numele cu o trăsătură pozitivă personală, sunt utile pentru îmbunătățirea stimei de sine și pentru încurajarea unei viziuni mai favorabile asupra propriei persoane [80]. Tehnici suplimentare, precum identificarea și disputarea gândurilor automate, ajută la conștientizarea și restructurarea gândirii iraționale, iar exercițiul celor trei coloane permite o analiză obiectivă a gândurilor și emoțiilor, sprijinind o evaluare rațională a acestora [36]. Tehnicile de relaxare și mindfulness sunt esențiale pentru gestionarea anxietății sociale și pentru promovarea unei stări de calm, având un impact semnificativ asupra vârstnicilor, care se confruntă adesea cu anxietăți legate de interacțiunile sociale și de adaptarea la schimbările din viața lor [102].

Terapia emotiv-rațională și comportamentală (REBT) constituie o metodă eficientă și adaptată nevoilor vârstnicilor care se confruntă cu un nivel ridicat de singurătate, având rezultate similare celor obținute prin terapia cognitiv-comportamentală în acest context [213]. Bazată pe interdependența dintre gânduri, emoții și comportamente, REBT oferă un cadru terapeutic pentru identificarea și corectarea tiparelor disfuncționale, contribuind astfel la diminuarea singurătății și îmbunătățirea bunăstării emoționale [75]. Această abordare vizează înlocuirea convingerilor iraționale ale vârstnicilor cu convingeri raționale, printr-un proces educativ ce le permite să identifice și să corecteze tiparele disfuncționale, oferindu-le instrumentele necesare pentru a înțelege impactul negativ al acestora asupra stării lor emoționale și comportamentale [75]. Conform clasificării lui W. Dryden, convingerile iraționale sunt prezentate și contextualizate cu exemple specifice vârstnicilor afectați de singurătate, iar acestea sunt structurate pentru a facilita înțelegerea și corectarea lor. (Figura 3.1.) [164].

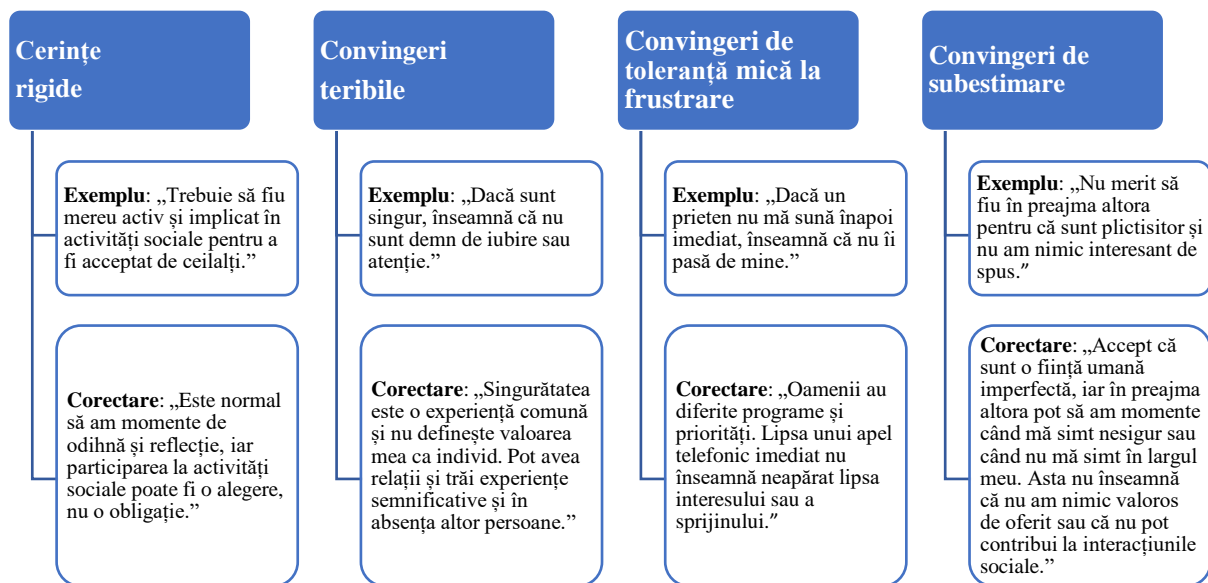


Fig. 3.1. Convingeri iraționale la vârstnicii cu nivel ridicat de singurătate

Principiile fundamentale ale REBT se bazează pe ideea că gândurile și emoțiile sunt strâns interconectate și că modul în care acestea sunt percepute și gestionate influențează profund starea emoțională și comportamentală a individului. În cazul vârstnicilor care experimentează singurătatea, terapia oferă un cadru în care aceștia pot explora și înțelege mai bine conexiunea dintre gânduri, emoții și comportamente, identificând și corectând modelele de gândire și comportament care contribuie la însingurare [3]. Procesul educativ urmărește familiarizarea participanților cu convingerile iraționale, impactul lor negativ și tehnicile prin care acestea pot fi corectate în viața cotidiană. REBT completează intervenția prin tehnici specifice destinate corectării gândirii iraționale [75].

Dezbaterea irațională permite participanților să analizeze critic credințele disfuncționale și să dezvolte o perspectivă mai rațională, iar exercițiile de restructurare cognitivă ajută la înlocuirea gândurilor negative cu alternative constructive, promovând astfel flexibilitatea cognitivă [213]. Tehnici suplimentare, precum scaunul fierbinte, oferă un cadru sigur pentru explorarea problemelor personale, încurajând autoreflexia și dezvoltarea de noi perspective prin feedback-ul grupului. Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) și terapia rațional-emoțională și comportamentală (REBT) au fost componente esențiale ale programului, contribuind la modificarea gândurilor negative și la îmbunătățirea stimei de sine, factori esențiali în gestionarea singurătății [75].

Terapia prin artă a fost integrată cu succes în cadrul intervenției, demonstrându-se o metodă eficientă și promițătoare în abordarea și gestionarea singurătății la persoanele vârstnice [12]. Studiile subliniază impactul semnificativ al acestei terapii în ameliorarea singurătății, validând beneficiile în reducerea izolării sociale și emoționale, precum și în promovarea conectării

sociale [12]. Această abordare terapeutică facilitează introspecția și exprimarea emoțiilor prin diverse forme de creație artistică, precum pictura, sculptura sau colajul, oferind un cadru sigur și creativ pentru manifestarea sinelui și stimularea interacțiunii sociale [12; 267]. Un beneficiu major al terapiei prin artă constă în capacitatea de a accesa emoțiile profunde, chiar și atunci când exprimarea verbală este dificilă. Acest proces ajută vârstnicii să își descopere resursele interioare și să adopte o perspectivă mai echilibrată asupra singurătății, contribuind la afirmarea individualității și la îmbunătățirea bunăstării emoționale și sociale [164].

Principiile fundamentale ale terapiei prin artă includ promovarea unei conexiuni profunde cu sinele, facilitând explorarea și exprimarea sentimentelor care sunt greu de verbalizat. Aceasta ajută la depășirea barierelor de comunicare și oferă un spațiu liber pentru manifestarea autentică a sinelui. În plus, terapia prin artă sprijină dezvoltarea unei viziuni mai echilibrate asupra relațiilor interpersonale, contribuind la creșterea stimei de sine. Un alt principiu important al terapiei prin artă este încurajarea autodescoveririi și dezvoltării individualității prin diverse forme de exprimare artistică. Indiferent de mijlocul artistic ales — pictură, sculptură, desen sau colaj — arta le permite vârstnicilor să își exprime liber gândurile, emoțiile și experiențele, dezvoltându-și abilități creative într-un cadru liber și neconvențional [12].

Terapia prin artă creează un mediu sigur și susținător în care participanții se pot conecta cu propriile lor resurse interioare, explorând și exprimându-și emoțiile într-un mod autentic, fără teama de judecată. Activitățile de colaj emoțional permit reprezentarea vizuală a stărilor interioare, facilitând conștientizarea și exprimarea acestora [135]. De asemenea, modelarea lutului oferă o modalitate tactilă și simbolică de explorare a emoțiilor, având beneficii semnificative în reducerea stresului și îmbunătățirea stării emoționale. Terapia prin dans și mișcare, adaptată nevoilor vârstnicilor, sprijină exprimarea corporală și contribuie la îmbunătățirea stării emoționale, consolidând, în același timp, conexiunile sociale prin interacțiuni de grup.

Principiile fundamentale ale acestei terapii sunt esențiale în sprijinirea vârstnicilor în procesul de integrare și vindecare emoțională. Procesul creativ stimulează autorefecția, aprofundând înțelegerea trăirilor personale, și promovează, de asemenea, socializarea și dezvoltarea conexiunilor interpersonale cu ceilalți participanți. În plus, terapia prin artă se completează cu alte abordări complementare, cum ar fi terapia muzicală, care, conform studiilor realizate de K.D. Ray și E.T. Götell, are un impact pozitiv semnificativ asupra ameliorării depresiei, anxietății și altor afecțiuni cronice, contribuind, totodată, la îmbunătățirea generală a sănătății și calității vieții [14; 204].

Terapia reminiscentă s-a dovedit a fi o metodă eficientă în diminuarea singurătății și îmbunătățirea stării de bine a vârstnicilor, având un impact semnificativ asupra bunăstării

psihologice și sociale [60; 101]. Bazată pe rememorarea și împărtășirea experiențelor personale, această terapie oferă sens și coerență vieții, contribuind la sentimentul de împlinire și apartenență [266]. Studiile confirmă efectele pozitive ale terapiei reminiscente asupra depresiei, stimei de sine și socializării, fiind deosebit de valoroasă pentru vârstnicii care se confruntă cu pierderi multiple și schimbări ale rolurilor sociale [167]. De exemplu, cercetarea realizată de K.J. Chiang și colaboratorii (2010) a demonstrat că terapia reminiscentă contribuie semnificativ la reducerea depresiei, anxietății și singurătății, îmbunătățind starea de bine psihologică a participanților [60]. În mod similar, G.J. Westerhof și E.T. Bohlmeijer au confirmat efectele benefice ale acestei terapii aplicate în programe structurate, reducând simptomele depresive la vârstnici [275]. De asemenea, D. Hallford și D. Mellor au arătat că terapia reminiscentă facilitează o adaptare psihologică mai bună la pierderile și schimbările asociate îmbătrânirii [101].

Principiile fundamentale ale terapiei reminiscente se bazează pe rememorarea și împărtășirea amintirilor ca un mijloc de consolidare a identității, creștere a stimei de sine și îmbunătățire a relațiilor interpersonale. Această abordare promovează autorefecția asupra trecutului, ajutând vârstnicii să-și reevalueze experiențele de viață și să regăsească sens în evenimentele trăite. Terapia susține, de asemenea, stimularea conexiunilor interpersonale și promovarea înțelegerii intergeneraționale, contribuind la ameliorarea singurătății și îmbunătățirea calității vieții. Activitățile specifice, precum sesiunile de povestire tematică, centrate pe momente semnificative (de exemplu, „cea mai fericită zi din viața mea”), oferă participanților oportunitatea de a împărtăși experiențe și de a descoperi legături comune. Crearea unui album de amintiri, care cuprinde fotografii și obiecte simbolice, stimulează reflecția pozitivă asupra propriei vieți și sprijină interacțiunea socială. Scrierea scrisorilor către sinele tânăr favorizează introspecția și aprecierea parcursului personal, contribuind la auto-acceptare și la o viziune echilibrată asupra trecutului.

Terapia reminiscentă sprijină vârstnicii în procesul de reevaluare și explorare a amintirilor personale, având un impact semnificativ asupra creșterii stimei de sine și a sentimentului de valoare personală. Aceasta este deosebit de valoroasă pentru persoanele în vârstă care se confruntă cu pierderi multiple, inclusiv pierderea rolurilor sociale, a prietenilor și a independenței [4]. Prin împărtășirea experiențelor de viață, vârstnicii pot regăsi conexiuni sociale și pot dezvolta un sentiment mai profund de apartenență, contribuind la o mai bună înțelegere intergenerațională. Astfel, terapia reminiscentă reprezintă o abordare profund umană și accesibilă pentru abordarea experienței singurătății și pentru îmbunătățirea calității vieții vârstnicilor. Aceasta joacă un rol important în facilitarea adaptării psihologice la procesul de îmbătrânire și în sprijinirea integrării vârstnicilor în comunitățile sociale.

Terapia familială sistemică (TFS) conceptualizează familia ca un sistem interdependent, în care fiecare membru, precum și relațiile dintre aceștia, influențează dinamica și funcționarea generală a familiei [128, p.18-21]. Această abordare se concentrează pe rezolvarea problemelor individuale, inclusiv singurătatea, în contextul relațiilor familiale. TFS vizează îmbunătățirea comunicării, consolidarea înțelegerii reciproce și reducerea conflictelor, având un impact semnificativ asupra bunăstării psihologice și sociale a vârstnicilor [128, p. 33-35]. Astfel, terapia promovează un mediu familial mai sănătos, sprijinind vârstnicii să își exprime nevoile și preocupările într-un cadru constructiv și susținător, având un rol important în consolidarea relațiilor familiale și în diminuarea excluziei sociale [133]. Prin identificarea și modificarea tiparelor disfuncționale de relaționare, TFS contribuie la consolidarea legăturilor familiale și la promovarea unui sentiment de apartenență și suport emoțional.

Îmbunătățirea comunicării reduce neînțelegerile, iar vârstnicii pot experimenta o creștere a stimei de sine și reducere semnificativă a singurătății, datorită unui climat familial mai armonios [135]. Abordarea flexibilă și adaptabilă a TFS răspunde nevoilor fiecărei familii, identificând soluții personalizate ce țin cont de dinamica și rolurile membrilor acesteia. Principiile fundamentale ale TFS includ ipotetizarea, circularitatea și neutralitatea [133]. Ipotetizarea presupune formularea de ipoteze referitoare la cauzele singurătății și la dinamica relațiilor familiale, pe baza datelor obținute despre participant, familia sa și contextul social. Aceste ipoteze sunt dezvoltate pe parcursul intervenției și sunt formulate sub forma întrebărilor care încurajează reflecția, cum ar fi: „Am impresia că... și aș vrea să aflu mai multe despre...”. Circularitatea subliniază abordarea relațiilor familiale dintr-o perspectivă globală, ajutând la identificarea și schimbarea convingerilor care susțin conflictele și problemele familiale. Prin întrebări circulare, se rafinează ipotezele, fără a permite răspunsuri simpliste de tip „da” sau „nu”. Neutralitatea presupune menținerea imparțialității pe toată durata intervenției, asigurându-se că niciun participant nu se simte favorizat sau dezavantajat.

Un instrument esențial în cadrul acestei abordări este genograma, care oferă o reprezentare vizuală a arborelui genealogic și a relațiilor dintre membrii familiei [128, p. 129-133]. Genograma permite identificarea tiparelor disfuncționale de relaționare și înțelegerea dinamicii intergeneraționale, facilitând o mai bună înțelegere a impactului acestora asupra comportamentelor și sentimentelor individuale. În plus, tehnica „Intervievarea celui alt internalizat” le oferă participanților oportunitatea de a explora relațiile nerezolvate prin conversații imaginare cu un membru al familiei, stimulând astfel clarificarea conflictelor și reflecția asupra acestora. Alte tehnici, precum „Fă ceva diferit” încurajează schimbarea comportamentelor repetitive prin

abordarea unor noi strategii, contribuind la îmbunătățirea dinamici familiale și la reducerea tensiunilor [161]. Această abordare permite participanților să-și exprime nevoile într-un mod constructiv, generând îmbunătățiri semnificative ale bunăstării lor emoționale. În ansamblu, terapia familială sistemică oferă o abordare eficientă și adaptabilă pentru abordarea singurătății și pentru îmbunătățirea calității vieții vârstnicilor. Prin promovarea unui climat familial mai sănătos, sprijinirea comunicării și identificarea soluțiilor personalizate, TFS contribuie la integrarea vârstnicilor într-un mediu de sprijin emoțional, reducând singurătatea și facilitând o adaptare mai bună la schimbările inerente procesului de îmbătrânire.

Programul de intervenție psihologică, elaborat de noi, este structurat pe trei niveluri distincte: cognitiv, afectiv și comportamental. Fiecare nivel contribuie la diminuarea singurătății și la îmbunătățirea calității vieții vârstnicilor prin abordări psihoterapeutice și de dezvoltare personală [66]. Această opțiune este susținută de literatura de specialitate, care, pe de o parte, confirmă eficiența acestora în reducerea singurătății, iar pe de altă parte, după cum menționează A. Beckers și colaboratorii lui, nu a identificat un tip de intervenție psihologică superioară altora în ceea ce privește eficacitatea [28].

Intervenția cognitivă se concentrează pe identificarea și modificarea distorsiunilor cognitive, definite ca erori sistematice în procesarea informațiilor, care influențează negativ percepțiile și emoțiile asociate singurătății [156]. Printre aceste distorsiuni se numără deducția arbitrară, abstractizarea selectivă, suprageneralizarea, exagerarea și minimizarea, personalizarea și gândirea absolutistă sau dihotomică. Corectarea lor implică aplicarea unor tehnici specifice, precum raționalizarea, reevaluarea experiențelor pozitive și analiza echilibrată a situațiilor, având ca scop reducerea percepțiilor disfuncționale [164].

Un aspect central al intervenției este educația participanților cu privire la natura și cauzele singurătății, prin promovarea conștientizării mecanismelor psihologice implicate. Aceștia sunt încurajați să exploreze și să aplice tehnici cognitive, cum ar fi imaginația ghidată și vizualizarea pozitivă, pentru a-și reconfigura relația cu singurătatea [156; 164]. Aceste abordări urmăresc dezvoltarea unei percepții sănătoase, facilitând adaptarea emoțională și reducerea impactului negativ al singurătății asupra bunăstării psihologice. Prin integrarea tehnicilor specifice și a cunoștințelor relevante, intervenția cognitivă contribuie la crearea unei perspective echilibrate asupra interacțiunilor sociale și oferă un cadru structurat pentru îmbunătățirea sănătății emoționale și a calității vieții persoanelor vârstnice [164].

Intervenția afectivă în programele psihologice pentru vârstnici se concentrează pe recunoașterea, exprimarea și reglarea emoțiilor, având ca obiectiv principal îmbunătățirea sănătății

emoționale și diminuarea singurătății [28]. Procesul implică, în prima etapă, dezvoltarea conștientizării emoționale, prin tehnici precum jurnalul emoțional sau discuțiile ghidate, pentru a facilita înțelegerea generării și manifestării emoțiilor [260]. Ulterior, participanții sunt încurajați să exprime emoțiile într-un mod constructiv, utilizând diverse mijloace, cum ar fi comunicarea verbală, arta sau scrierea, promovând empatia și înțelegerea reciprocă.

Reglarea emoțiilor include utilizarea strategiilor precum mindfulness, respirația controlată și relaxarea musculară, pentru gestionarea eficientă a stărilor emoționale intense, reducând astfel impactul negativ asupra bunăstării [102]. Intervenția pune accent pe conștientizarea influenței emoțiilor asupra comportamentelor sociale, încurajând dezvoltarea empatiei și abilităților de comunicare eficientă [71]. Scopul final este de a spori reziliența emoțională, de a îmbunătăți relațiile sociale și de a promova o stare generală de bine, contribuind astfel la reducerea semnificativă a singurătății în rândul vârstnicilor [85].

Intervenția la nivel comportamental în programele psihologice pentru vârstnici se axează pe identificarea, modificarea și consolidarea comportamentelor care pot contribui la diminuarea singurătății [258]. Această abordare pune accent pe stabilirea obiectivelor comportamentale specifice și măsurabile, cum ar fi participarea la evenimente sociale, inițierea contactelor cu familia și prietenii sau implicarea în activități recreative și de voluntariat [4]. Dezvoltarea abilităților sociale, incluzând competențe de comunicare eficientă și gestionarea anxietății sociale, joacă un rol central.

Tehnicile de expunere graduală sunt utilizate pentru a sprijini vârstnicii în depășirea disconfortului asociat interacțiunilor sociale, contribuind la extinderea zonei de confort și la reducerea comportamentelor de evitare. Monitorizarea progreselor prin jurnale de activități sociale și feedback-ul oferit de terapeuți permit ajustarea obiectivelor și consolidarea comportamentelor pozitive. Adoptarea unui stil de viață activ, care să includă atât activități fizice, precum terapia prin dans, cât și sociale, este esențială pentru îmbunătățirea sănătății fizice și mentale, precum și pentru creșterea oportunităților de socializare. Intervenția comportamentală contribuie astfel la dezvoltarea autonomiei personale, la promovarea implicării comunitare și la întărirea sentimentului de apartenență, având un impact semnificativ asupra calității vieții vârstnicilor și asupra conexiunilor lor sociale [28]. Prin integrarea acestor niveluri, programul oferă o abordare comprehensivă, adaptată nevoilor specifice ale vârstnicilor, pentru a promova bunăstarea psihologică, emoțională și socială.

În cadrul intervenției de grup, o sesiune specială a fost dedicată implicării membrilor familiei participanților, având ca obiectiv principal îmbunătățirea relațiilor familiale prin

promovarea unei comunicări eficiente și a unei înțelegeri reciproce, în vederea diminuării singurătății resimțite de vârstnici. În cazurile în care implicarea directă a familiei nu a fost posibilă, au fost utilizate metode specifice terapiei familiale sistemice, inclusiv „terapia de familie în absența familiei”, pentru a adapta intervenția la situația individuală a participanților [269]. Conceptul de ciclu al vieții familiale oferă un cadru teoretic pentru înțelegerea tranzițiilor și provocărilor specifice fiecărei etape a dezvoltării familiei, precum „sindromul cuibului gol” sau pierderea partenerului de viață [151]. Aceste tranziții influențează dinamica familială și pot exacerba singurătatea și izolarea în rândul vârstnicilor [135]. Adaptarea la noile roluri, cum ar fi cel de bunic, și implicarea în activități familiale comune contribuie la crearea unui sentiment de apartenență și la reducerea izolării sociale [133].

Formatul intervenției reprezintă un factor determinant al eficacității programului, în special pentru vârstnicii afectați de singurătate. Studiile efectuate de M. Aydin și F.Y. Kutlu subliniază avantajele intervențiilor de grup comparativ cu cele individuale, datorită potențialului acestora de a facilita conectarea socială, în special pentru persoanele cu legături sociale limitate [12; 258]. În consecință, programul de intervenție a fost structurat pentru a include atât intervenții de grup, cât și intervenții familiale, adaptate nevoilor individuale ale participanților [81].

Structura și etapele ședințelor de intervenție de grup:

Grupul formativ (GE) a participat la programul de intervenție format din 15 ședințe de grup, organizate conform unui model unitar. Deși conținutul tematic și exercițiile au fost adaptate pentru fiecare sesiune (structura detaliată a acestora fiind prezentată în Anexa 11), întregul program a urmat o structură metodologică clar definită, împărțită în trei etape principale:

Etapa introductivă (10 - 15 minute)

- Introducere, crearea unei atmosfere de siguranță și deschidere, prin activități de încălzire emoțională și stimulare a implicării participanților (5 minute);
- Discuția asupra temelor pentru acasă reprezintă o oportunitate de a consolida continuitatea procesului terapeutic și de a facilita reflecția asupra progresului individual (10 minute);

Etapa de intervenție psihologică (40-60 min)

- Prezentarea și desfășurarea exercițiilor terapeutice interactive menite să faciliteze învățarea prin experiență și să abordeze obiectivele stabilite pentru ședință (40 minute);
- După fiecare exercițiu, discuțiile ghidate oferă cadrul pentru analiza și integrarea experiențelor, încurajând participanții să reflecteze asupra procesului terapeutic (20 minute);

Etapa de consolidare și încheiere (15-20 min)

- Sesiunea se încheie prin rezumarea principalelor idei și concluzii, oferirea de feedback și consolidarea învățării prin reflecții colective (10 minute);
- Explicarea temelor pentru acasă completează ședința, încurajând aplicarea cunoștințelor și abilităților dobândite în contexte cotidiene (5 minute).

Această structură etapizată asigură coerență și echilibru între reflecția personală, interacțiunea de grup și aplicarea practică a strategiilor terapeutice, facilitând atât procesul de învățare, cât și atingerea obiectivelor programului de intervenție [260]. Intervenția psihologică de grup destinată vârstnicilor utilizează o gamă diversificată de exerciții și activități structurate, concepute pentru a aborda complexitatea singurătății [81]. Aceste exerciții integrează tehnici din multiple abordări terapeutice, creând o metodologie cuprinzătoare și adaptabilă la nevoile specifice ale participanților. Programul urmărește reducerea singurătății și promovarea unei vieți sociale active, aplicând intervenții validate științific în cadrul ședințelor de grup [81]. Combinând elemente din terapia cognitiv-comportamentală, terapia prin artă și terapia familială sistemică, intervenția oferă un cadru variat și integrativ, care sprijină participanții în explorarea, procesarea și îmbunătățirea relațiilor sociale și a stării de bine emoționale (Figura 3.2.) [75; 164].

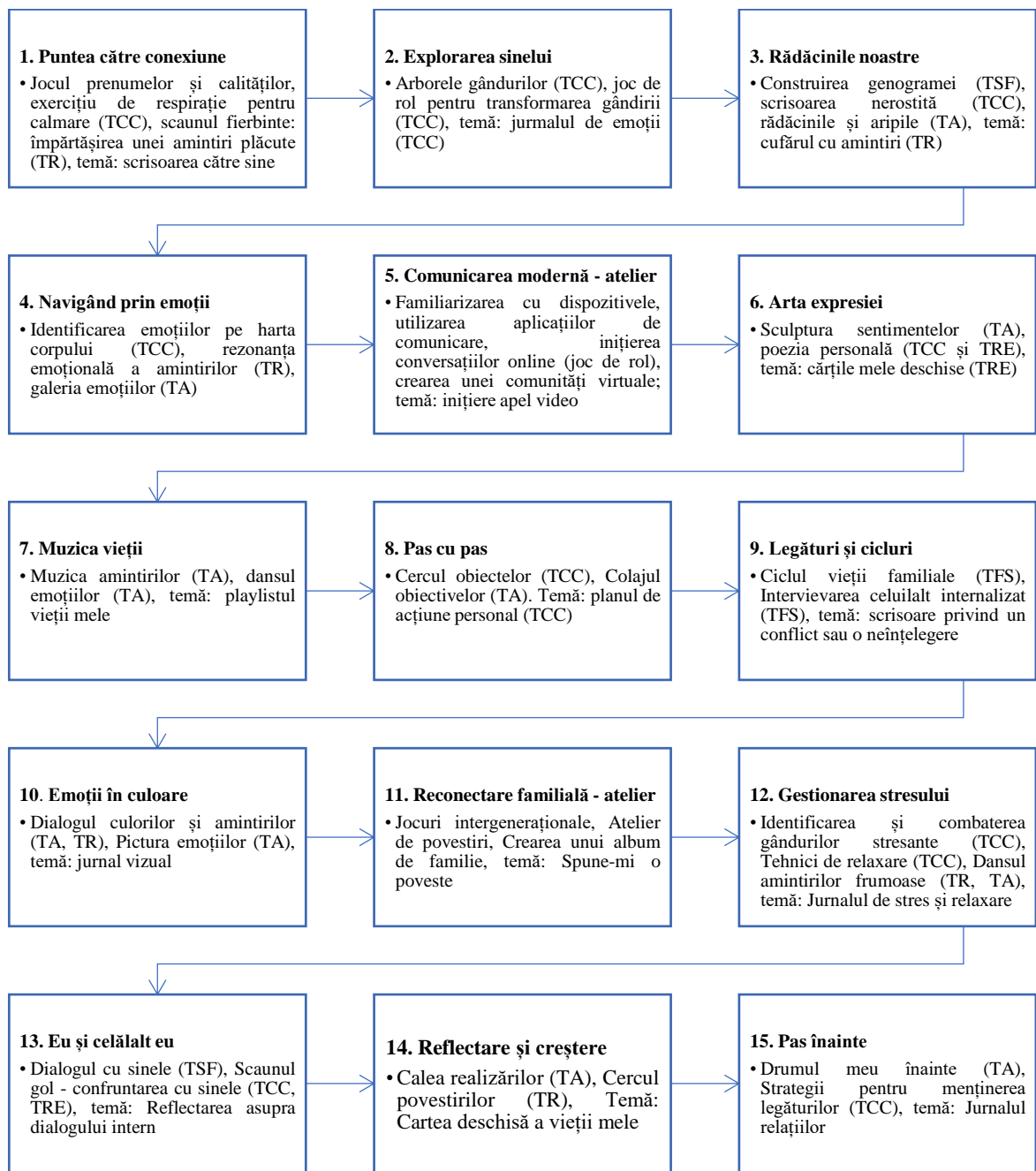


Figura 3.2. Etapele și activitățile intervenției psihologice de grup

Prin integrarea acestor abordări, programul de intervenție sprijină diminuarea singurătății, dezvoltarea unei perspective pozitive asupra relațiilor și îmbunătățirea bunăstării emoționale și sociale a vârstnicilor [81]. Această metodologie cuprinzătoare răspunde nevoilor individuale, promovând schimbarea cognitivă, emoțională și comportamentală într-un cadru sigur și susținător.

3.2. Prezentarea și interpretarea rezultatelor experimentului formativ privind diminuarea singurătății în rândul vârstnicilor

Pentru a evalua ipoteza conform căreia implementarea programului de intervenție psihologică integrat pentru vârstnici va diminua semnificativ singurătatea și va ameliora sănătatea emoțională și calitatea vieții acestora, am colectat datele utilizând patru instrumente psihometrice validate. Instrumentele aplicate, descrise anterior în detaliu în capitolul doi, includ Scala de Singurătate UCLA, Scalele pentru Depresie, Anxietate și Stres (DASS 21-R), Inventarul Calității Vieții (QOLI) și Chestionarul de Personalitate Eysenck (EPQ) [216; 79; 142; 87]. Aceste instrumente au fost selectate pentru a asigura o evaluare cuprinzătoare și obiectivă a efectelor programului asupra participanților.

Analiza eficacității programului de intervenție psihologică în raport cu nivelul de singurătate la persoanele vârstnice. În cadrul analizei, nivelul de singurătate a fost evaluat atât înainte, cât și după implementarea programului, pe eșantionul format din cele două grupuri: grupul experimental (GE) și grupul de control (GC). Rezultatele inițiale au arătat valori medii comparabile între cele două grupuri. Scorurile medii pentru GE au fost $M_1 = 57,92$, cu o abatere standard de $SD_1 = 12,04$, iar pentru GC, $M_2 = 59,00$, cu o abatere standard de $SD_2 = 13,63$. Aceste valori sugerează o omogenitate inițială între cele două grupuri din perspectiva nivelului de singurătate. Această omogenitate a fost confirmată statistic prin testul Mann-Whitney, care a returnat valori de $U = 65,5$ și $p \leq 0,707$. Absența diferențelor semnificative statistice ($p > 0,05$) indică faptul că nivelurile de singurătate percepută erau comparabile între cele două grupuri înainte de intervenție (Anexa 9, Tabel 9.2).

Rezultatele confirmă premisele inițiale ale cercetării, și anume că grupurile GE și GC prezintă caracteristici similare în ceea ce privește nivelul de singurătate înainte de aplicarea intervenției. Acest aspect validează designul experimental și permite o evaluare obiectivă a efectelor programului de intervenție asupra grupului formativ [126]. Rezultatele analizelor comparative pentru GE între etapa de testare inițială și cea de retestare indică o reducere semnificativă a nivelului mediu de singurătate, conform Figurii 3.3.

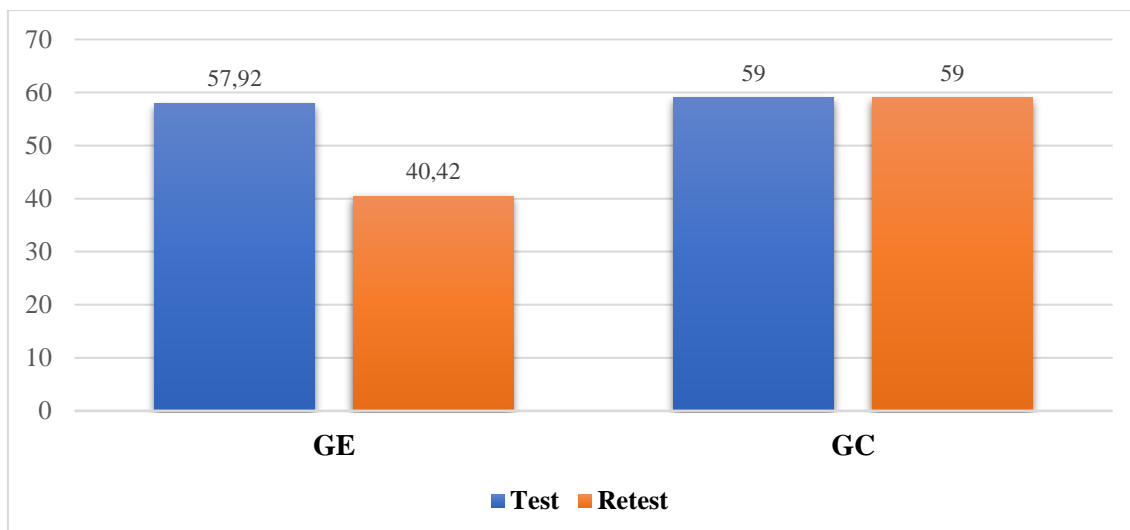


Figura 3.3. Valorile medii la scala de singurătate UCLA (test și retest) pentru GE și GC

Media scorurilor a scăzut de la ($M_1 = 57,92$) la ($M_2 = 40,42$), ceea ce reflectă o ameliorare considerabilă a singurătății în urma intervenției psihologice. Diferența observată între cele două momente temporale indică eficacitatea programului în atingerea obiectivului propus. Aceste rezultate subliniază impactul pozitiv al intervenției asupra reducerii singurătății în rândul vârstnicilor, sprijinind astfel validitatea programului implementat. Pentru a evalua eficacitatea programului de intervenție psihologică asupra nivelului de singurătate, s-a realizat o analiză statistică a rezultatelor obținute de grupul formativ (GE) în două momente distincte: înainte de intervenție (testare inițială) și după intervenție (retestare). Valorile medii ale nivelurilor de singurătate pentru GE sunt prezentate în Tabelul 3.1. (Anexa 9, Tabel 9.3 – 9.4).

Tabelul 3.1. Rezultatele datelor statistice la etapa test/retest privind singurătatea

Media scorurilor		Abaterea std.	Testul <i>t</i> student pentru eșantioane perechi				Testul Wilcoxon	
			Coef. corelație	p	<i>t</i>	p (bidirecțional)	Z	p (bidirecțional)
test	retest							
57.92	40.42	7.86	0.896	<0.01	7.72	<0.001	-3.06	0.002

Semnificația diferențelor dintre cele două evaluări a fost determinată prin aplicarea testului *t* pentru eșantioane dependente, o metodă statistică adecvată pentru măsurători repetate aceluiași grup de participanți dar în momente diferite. Această metodă a fost aplicată pentru a identifica schimbările intervenite în nivelul de singurătate ca urmare a implementării programului de intervenție psihologică. Testul a evidențiat o valoare $t = 7,72$, $p \leq 0,001$, semnificativ mai mică decât pragul convențional de 0,05, ceea ce confirmă diferența semnificativă statistic între nivelurile de singurătate înainte și după intervenție. Valoarea coeficientului de corelație ($r = 0,896$) indică o

corelație pozitivă puternică între valorile obținute la testare și retestare, sugerând consistența datelor și o reducere proporțională a nivelurilor de singurătate. Pentru a verifica robustețea rezultatelor, s-a utilizat și testul Wilcoxon pentru măsuri pereche, având în vedere distribuția potențial asimetrică a datelor. Rezultatele testului Wilcoxon au evidențiat reducerea nivelului singurătății între cele două momente de timp, reducere semnificativă statistic pentru o valoare a testului $Z = -3,06$ la un nivel de semnificație $p < 0,01$.

Diferența semnificativă observată atât prin testul t, cât și prin testul Wilcoxon evidențiază impactul pozitiv al intervenției psihologice asupra nivelului de singurătate în rândul vârstnicilor în grupul formativ. Valorile medii reduse post-intervenție sugerează eficiența programului în diminuarea singurătății, evidențiind reducerea semnificativă a acesteia în etapa de retestare. Aceste constatări susțin validitatea metodologică a intervenției și eficiența acesteia în atingerea obiectivului propus. Efectul programului de intervenție asupra nivelului de singurătate la vârstnici, manifestat prin scăderea acestuia, este detaliat și evidențiat în Figura 3.4.

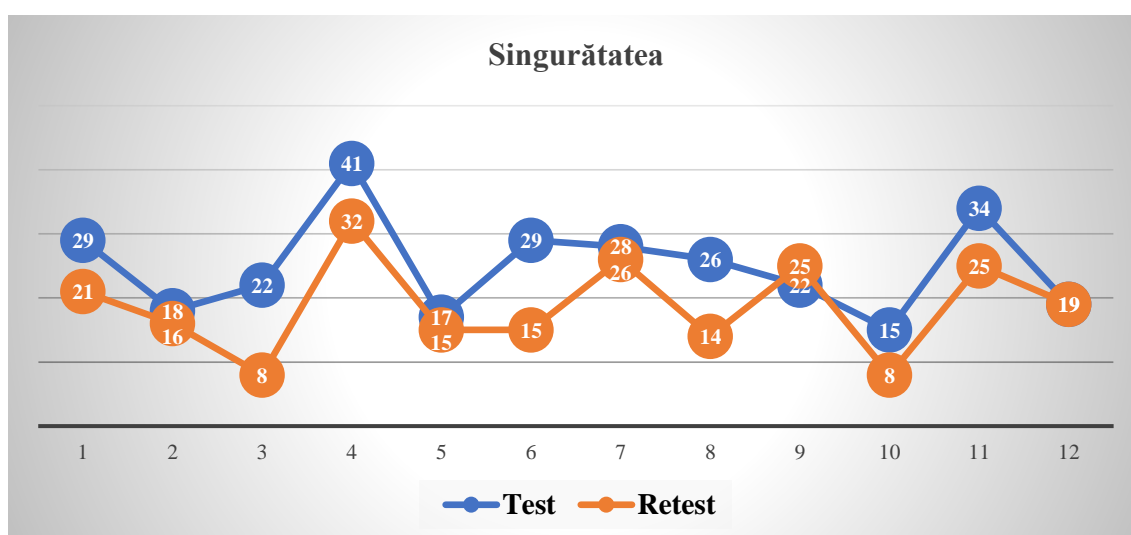


Figura 3.4. Analiza comparativă a singurătății la vârstnicii din grupul experimental (GE)

În cadrul acestei figuri ilustrăm tendința generală de diminuare a singurătății participanților la experiment după finalizarea intervenției, evidențiind valorile mai scăzute ale singurătății în etapa de retest. Rezultatele individuale ale participanților subliniază impactul semnificativ al programului asupra fiecărei persoane. Continuând cu analiza comparativă a grupului formativ cu grupul de control după aplicarea programului de intervenție, obținem rezultate similare. Subliniem diferența identificată între mediile nivelului de singurătate ale celor două grupuri, formativ și de control, în faza ulterioară a implementării programului de intervenție psihologică. La retestare, diferențele dintre GE și GC devin evidente. GE a înregistrat o scădere semnificativă a nivelului de

singurătate ($M_1 = 40,42$, $SD_1 = 16,53$), în timp ce GC a rămas constant ($M_2 = 58,83$, $SD_2 = 14,00$). Testul Mann-Whitney a evidențiat diferențe semnificative între cele două grupuri ($U = 28,50$; $p = 0,012$). Aceste rezultate confirmă impactul pozitiv al programului de intervenție asupra GE și diferențele semnificative statistic între cele două grupuri în etapa finală. În concluzie, analiza a evidențiat o diferență semnificativă din punct de vedere statistic între nivelul de singurătate al vârstnicilor care au participat la program, care a fost semnificativ redus, și cel al grupului de control, care nu a beneficiat de intervenție.

Obiectivul principal al cercetării noastre a fost evaluarea impactului programului de intervenție psihologică asupra nivelului de singurătate la vârstnici, utilizând scala de singurătate UCLA. Analiza evoluției grupului formativ (GE) și a grupului de control (GC) pe parcursul etapelor de testare și retestare ne-a permis identificarea și evidențierea diferențelor semnificative între cele două grupuri, subliniind impactul pozitiv al intervenției psihologice. Rezultatele cercetării indică o reducere semnificativă a nivelului de singurătate în grupul formativ după implementarea programului de intervenție, confirmând astfel eficiența acestuia în diminuarea singurătății. Aceste constatări sunt susținute de literatura de specialitate, care subliniază relevanța intervențiilor psihologice în ameliorarea singurătății la vârstnici [213].

Reducerea semnificativă a singurătății, observată atât în rândul vârstnicilor instituționalizați, cât și al celor neinstituționalizați, a fost asociată cu multiple beneficii psihologice, inclusiv consolidarea relațiilor sociale, sporirea sentimentului de apartenență și îmbunătățirea percepției de sine [71]. Vârstnicii au devenit mai activi în comunitate, ceea ce a contribuit la menținerea sănătății cognitive și fizice. Singurătatea, frecvent asociată cu depresia, anxietatea și riscul crescut de declin cognitiv, a fost atenuată prin intervenții psihologice care au avut un impact semnificativ asupra stării lor mentale și emoționale [81].

Reducerea singurătății a fost însoțită de o integrare socială mai bună, o autoevaluare pozitivă crescută și o scădere semnificativă a simptomelor emoționale negative. De asemenea, vârstnicii au experimentat o mai mare deschidere către activitățile sociale, o mai bună gestionare a stresului și o satisfacție mai mare față de viața lor, ceea ce a contribuit la o îmbunătățire generală a calității vieții. Aceste schimbări au permis vârstnicilor să își reconecteze viața socială, să își îmbunătățească relațiile interpersonale și să sporească sentimentul de împlinire personală, reducând riscurile asociate cu singurătatea cronică.

Programul de intervenție psihologică a integrat tehnici din diverse abordări terapeutice, inclusiv terapia cognitiv-comportamentală (TCC), terapia rațional-emoțională și comportamentală (REBT), terapia prin artă, terapia reminiscentă și terapia familială sistemică, toate contribuind la

reducerea nivelului de singurătate și îmbunătățirea bunăstării emoționale și sociale a vârstnicilor. Tehnicile de relaxare și exercițiile de respirație, precum tehnica „4-2-6”, au fost utilizate pentru gestionarea anxietății și promovarea calmului, ajutând participanții să facă față mai bine situațiilor sociale. Art-terapia, prin activități precum sculptura sentimentelor și pictura emoțiilor, a facilitat exprimarea emoțională și introspecția, contribuind la reducerea singurătății și la creșterea autoaprecierii. În cadrul terapiei TCC, participanții au identificat și modificat gândurile negative prin exerciții precum „Arborele gândurilor” și „Jocul de rol - transformarea gândirii”, contribuind la o percepție mai pozitivă despre sine și relațiile sociale.

Activitățile din „Cercul obiectivelor” au sprijinit stabilirea de obiective sociale realizabile, reducând singurătatea și promovând sentimentul de apartenență. Tehnicile de desensibilizare treptată, aplicate prin „Inițierea conversațiilor online” și „Scaunul fierbinte”, au ajutat vârstnicii să depășească temerile legate de respingere și anxietate socială. Grupurile de suport, facilitate prin aceleași activități, au creat un mediu de susținere și au consolidat conexiunile sociale. Terapia reminiscentțială, prin activități precum „Cufărul cu amintiri” și „Împărtășirea amintirilor plăcute”, a permis participanților să păstreze un sentiment de valoare personală și să se reconecteze cu trecutul lor. Activitățile de reflecție personală („Scrisoarea către sine”), au încurajat acceptarea sentimentelor de singurătate și clarificarea valorilor personale, sprijinind integrarea socială.

Exercițiile de mindfulness, incluse în activități ca „Identificarea emoțiilor pe harta corpului” și „Galeria emoțiilor”, au ajutat participanții să se concentreze pe prezent, reducând îngrijorările legate de trecut sau viitor și promovând echilibrul emoțional. În plus, tehnicile de relaxare și meditația au contribuit la reducerea stresului și îmbunătățirea stării de bine. Programul a inclus și integrarea tehnologiilor moderne, învățând participanții să utilizeze aplicații de mesagerie și videocoll pentru a menține conexiuni sociale, chiar și la distanță, reducând astfel singurătatea.

Implicarea familiilor, prin activități precum „Comunicarea modernă (atelier)” și „Jocurile intergeneraționale”, a sprijinit procesul de învățare și facilitarea comunicării între generații, contribuind la crearea unui mediu favorabil pentru reducerea singurătății. Prin combinarea diferitelor tehnici terapeutice, programul a avut un impact semnificativ în reducerea singurătății, sprijinind persoanele în vârstă de regresie să își gestioneze emoțiile, să îmbunătățească relațiile sociale și să crească calitatea vieții. Aceste abordări sunt susținute de literatura de specialitate, care evidențiază validitatea și relevanța intervențiilor psihologice în sprijinul vârstnicilor, promovând o integrare socială mai eficientă și o îmbunătățire a calității vieții acestora [241; 258].

Analiza eficacității programului de intervenție psihologică în raport cu variabilele socio-demografice ale vârstnicilor. Un alt obiectiv al acestei cercetări experimentale a fost de a analiza

relația dintre caracteristicile socio-demografice ale participanților și efectele programului de intervenție psihologică. Mai precis, ne propunem să investigăm dacă eficacitatea programului diferă în funcție de variabile precum mediu, gen, starea de sănătate, nivelul educațional, ocupația și credința religioasă. Pentru aceasta, am calculat diferențele dintre scorurile obținute la scala de singurătate UCLA, înainte și după intervenție, au fost calculate pentru grupul formativ (GE) și grupul de control (GC), generând o variabilă dependentă Dif - singurătate, ce va fi utilizată în analiza statistică ulterioară. Normalitatea distribuției valorilor acestei variabile a fost evaluată utilizând testul de normalitate Shapiro-Wilk, având în vedere dimensiunea redusă a eșantionului. Rezultatele sunt prezentate în Tabelul 3.2.

Tabel 3.2. Analiza descriptivă și a normalității Shapiro-Wilk pentru diferențele nivelului de singurătate pentru cele două grupuri (GE, GC)

Dif-singurătate	min	max	Media	Abaterea std.	Eroarea std.	Test normalitate Shapiro-Wilk		
						S-W	df	p
GE (N=12)	6	31	17.50	7.86	2.27	0.97	12	0.89
GC (N=12)	-4	4	-1.24	2.21	1.23	0.97	12	0.92

Rezultatele analizei de normalitate au indicat că distribuția datelor este normală atât pentru grupul experimental (GE: $p > 0,89$), cât și pentru grupul de control (GC: $p > 0,92$). Pentru a evalua impactul factorilor socio-demografici asupra modificării nivelului de singurătate, s-a aplicat analiza de varianță ANOVA. În cazul grupului experimental, rezultatele obținute sunt prezentate în Anexa 9, Tabelele 9.6–9.8. Reducerea nivelului de singurătate în funcție de mediul de viață (neinstituționalizat sau instituționalizat) ca urmare a intervenției psihologice nu a atins pragul de semnificație statistică ($F_{(1; 10)} = 3.87$; $p = 0,078 > 0,05$).

Aceste rezultate sugerează că mediul de viață nu influențează semnificativ reducerea nivelului de singurătate, iar programul psihologic a avut un efect similar asupra ambelor grupuri, atât pentru persoanele din mediul familial, cât și pentru cele instituționalizate. Prin urmare, se poate concluziona că intervenția psihologică are un impact pozitiv asupra nivelului de singurătate, fiind eficientă atât pentru vârstnicii din mediul familial, cât și pentru cei instituționalizați, fără diferențe semnificative între cele două grupuri [265]. Acest lucru este valabil și atunci când analizăm genul participanților la studiul formativ ($F_{(1; 10)} = 2.76$; $p = 0,127 > 0,05$) ceea ce indică o diferență nesemnificativă statistic în funcție de gen, sugerând că intervenția a avut aceeași eficiență atât pentru bărbați, cât și pentru femei.

Nivelul de educație al participanților influențează semnificativ eficiența programului de intervenție psihologică în reducerea singurătății vârstnicilor. Analiza ANOVA a relevat că

educația are un impact semnificativ asupra gradului de reducere a singurătății în urma intervenției psihologice aplicate grupului formativ ($F_{(3; 8)} = 11.48$; $p = 0,003 < 0,05$), conform datelor prezentate în Anexa 9, Tabelul 9.6. Participanții cu un nivel de educație post-liceal au înregistrat o reducere mai mare a singurătății ($M_3 = 24,00$; $SD_3 = 3,61$) comparativ cu cei cu studii primare ($M_1 = 12,00$; $SD_1 = 4,12$). Diferențele măsurate înainte și după intervenție sugerează o eficiență mai mare a programului pentru participanții cu studii liceale. În contrast, persoanele cu studii primare au înregistrat o ameliorare moderată a singurătății, cu un scor mediu semnificativ mai mic. Aceste rezultate sugerează că intervenția psihologică este mai eficientă pentru persoanele cu un nivel educațional mai ridicat.

Această evoluție pozitivă mai accentuată în cazul persoanelor cu un nivel educațional mai ridicat este susținută și de compararea mediilor la scala Inova de singurătate UCLA în cele două etape (test și retest) pentru grupurile formativ (GE) și de control (GC), ilustrată în Figura 3.5.

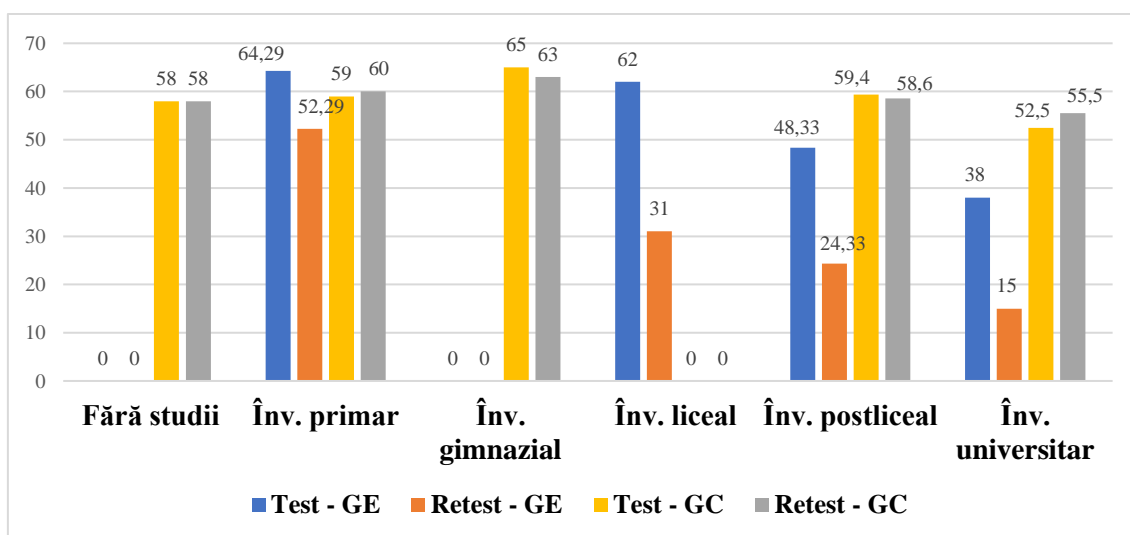


Figura 3.5. Valorile medii test-retest la scala de singurătate UCLA pentru GE și GC în funcție de nivelul educațional

Pentru a evalua relația dintre nivelul de educație și diferența în nivelul de singurătate, am aplicat testul Tukey, care a identificat diferențe semnificative statistice între anumite categorii educaționale. Rezultatele arată că există o diferență semnificativă între participanții cu studii liceale și cei cu studii primare ($p = 0,009$) și între cei cu studii postliceale și cei cu studii primare ($p = 0,011$). Aceste rezultate susțin concluzia că nivelul educațional mai ridicat este asociat cu o eficiență crescută a intervenției psihologice. Educația este asociată cu o mai bună conștientizare a sănătății mentale, abilități de rezolvare a problemelor și o mai mare deschidere către schimbare, ceea ce poate explica impactul pozitiv mai mare asupra reducerii singurătății.

De asemenea, în urma analizei Anova, am identificat o relație semnificativă statistic între schimbarea nivelului de singurătate în urma programului de intervenție și ocupația participanților. Pentru grupul formativ (GE), rezultatele indică o valoare $p = 0,042$, evidențiind o influență semnificativă a ocupației asupra rezultatelor, în timp ce pentru grupul de control (GC) această relație nu a fost semnificativă ($p = 0,913$), conform Anexei 9, Tabelului 9.6. Vârstnicii cu ocupație au înregistrat cel mai mare progres în cadrul programului ($M_1 = 28$, $SD = 0$), reflectând o reducere substanțială a nivelului de singurătate. De asemenea, pensionarii au prezentat o îmbunătățire moderată ($M_2 = 18,67$, $SD = 6,46$), în timp ce persoanele vârstnice fără ocupație au avut o ameliorare mai redusă ($M_3 = 7$, $SD = 1,41$). Diferențele sunt vizibile și în Figura 3.6, care ilustrează scăderea nivelului de singurătate pentru fiecare grup, în funcție de ocupație, la test și retest.

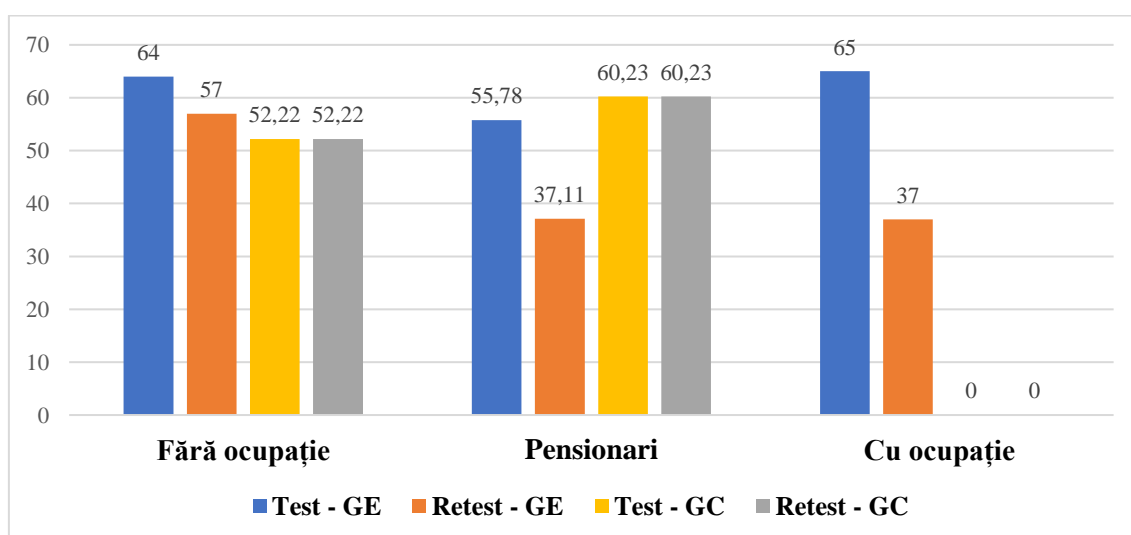


Figura 3.6. Valorile medii test-retest la scala de singurătate UCLA pentru GE și GC în funcție de ocupație

Pentru a analiza în profunzime aceste diferențe, s-a aplicat testul Tukey, care a evidențiat o diferență semnificativă statistic între persoanele vârstnice fără ocupație și cele cu ocupație ($p = 0,049$). Aceste rezultate sugerează că programul de intervenție psihologică a fost mai eficient în diminuarea singurătății pentru vârstnicii cu ocupație comparativ cu cei fără ocupație. Vârstnicii cu ocupație au un rol social activ, care le oferă sens și o rețea de sprijin, factori cruciali în ameliorarea singurătății [266; 271]. Programul de intervenție a amplificat aceste beneficii, încurajând participarea activă și utilizarea resurselor sociale existente. Pe de altă parte, persoanele fără ocupație pot resimți o izolare socială mai accentuată, care le limitează beneficiile obținute din intervenție [135]. Aceste constatări subliniază importanța ocupației profesionale la vârsta a treia

în diminuarea singurătății și evidențiază beneficiile programului psihologic personalizat, care să ia în considerare această variabilă [266].

Totuși, majoritatea variabilelor socio-demografice nu au influențat semnificativ eficiența programului de intervenție psihologică asupra reducerii singurătății. Pe lângă mediul (familiar vs. instituționalizat) și genul participanților, alte variabile la care diferența în nivelul de singurătate înainte și după program nu a fost semnificativă statistic includ: starea de sănătate, starea civilă și credința religioasă. Lipsa unui efect semnificativ pentru aceste variabile indică faptul că intervenția a fost eficientă, indiferent de contextul personal al participanților. Aceste rezultate evidențiază universalitatea abordărilor psihologice utilizate, care se axează pe strategii generale de reducere a singurătății, precum îmbunătățirea relațiilor sociale și creșterea stimei de sine. Detaliile acestor analize sunt prezentate în Anexa 9 subliniind că variabilele respective nu au avut un impact direct asupra beneficiilor obținute în urma intervenției.

Rezultatele cercetării au evidențiat eficiența programului de intervenție psihologică în reducerea semnificativă a nivelului de singurătate la vârstnici, independent de factori precum mediu, gen, stare de sănătate, stare civilă sau credință religioasă. Cu toate acestea, anumite caracteristici socio-demografice, precum nivelul de educație și ocupația participanților, au influențat în mod semnificativ rezultatele. Astfel, vârstnicii cu un nivel educațional mai ridicat și cei cu o activitate profesională continuă au obținut beneficii mai mari din program datorită abilităților cognitive superioare și unui grad mai mare de implicare socială [264]. Aceste rezultate subliniază importanța personalizării intervențiilor psihologice, având în vedere variabilele socio-demografice, pentru a maximiza eficiența acestora în diminuarea singurătății și îmbunătățirea calității vieții vârstnicilor.

Analiza eficacității programului de intervenție psihologică în raport cu sentimentele negative ale vârstnicilor. Ne-am propus să investigăm impactul programului de intervenție psihologică asupra stării emoționale a participanților, cu un accent special pe reducerea stresului, anxietății și depresiei. Pentru a evalua aceste dimensiuni afective, am utilizat testul DASS 21-R, aplicat atât înainte, cât și după implementarea programului de intervenție psihologică, pentru ambele grupuri: grupul formativ (GE) și grupul de control (GC). Pentru început, a fost necesară analiza comparativă a celor două grupuri participante la experiment (GE și GC, în etapa de test), în vederea evitării unor diferențe semnificative la rezultatele instrumentelor aplicate, dar și pentru și a asigura o bază metodologică solidă pentru evaluarea efectelor intervenției.

În urma aplicării instrumentului DASS 21-R, datele obținute arată o omogenitate între cele două grupuri, cu valori similare pentru cele trei scale la etapa de test. Mai exact, la scala de stres, grupul experimental (GE) a obținut o medie de $M_1 = 25$ și o deviație standard de $SD_1 = 7,66$, în

timp ce grupul de control (GC) a avut o medie de $M_2 = 29$ și deviația standard de $SD_2 = 9,95$. La scala de anxietate, diferențele între GE ($M_1 = 27,33$, $SD_1 = 9,99$) și GC ($M_2 = 33,67$, $SD_2 = 9,94$) sunt minore. În ceea ce privește scala de depresie, cele două grupuri prezintă valori asemănătoare, GE având o medie de $M_1 = 27,5$ și $SD_1 = 10,4$, iar GC o medie de $M_2 = 27,08$ și $SD_2 = 7,72$. Pentru a verifica absența diferențelor semnificative statistic între grupul formativ (GE) și grupul de control (GC) în etapa de test, am aplicat testul Mann-Whitney (U). Rezultatele, detaliate în Anexa 11, Tabelul 11.1, confirmă omogenitatea grupurilor în etapa inițială a experimentului, cu următoarele valori obținute pentru scala DASS 21-R: stres: $U = 52$; $p \leq 0,247$; anxietate: $U = 42,5$; $p \leq 0,088$, depresie: $U = 62,5$. Aceste date indică absența diferențelor semnificative statistic între GE și GC, confirmând validitatea metodologică a comparațiilor ulterioare și oferind o bază metodologică solidă pentru evaluarea eficienței intervenției psihologice.

În vederea verificării impactului programului de intervenție psihologică, etapa de retestare a fost realizată prin reaplicarea testului DASS 21-R și analiza statistică a datelor obținute. Această a fost structurată pe două componente principale: pe de o parte, analiza evoluției grupului formativ între etapele de test și retest, utilizând testul Wilcoxon pentru diferențele mediane și testul t student pentru diferențele medii și, pe de altă parte, compararea rezultatelor grupului formativ (GE) în etapa de retest cu cele ale grupului de control (GC) în aceeași etapă utilizând testul U Mann-Whitney pentru a evalua diferențele semnificative statistic între cele două grupuri. Concentrându-ne pe evoluția grupului formativ, ilustrăm în Figura 3.7. mediile obținute atât înainte, cât și după aplicarea programului de intervenție psihologică.

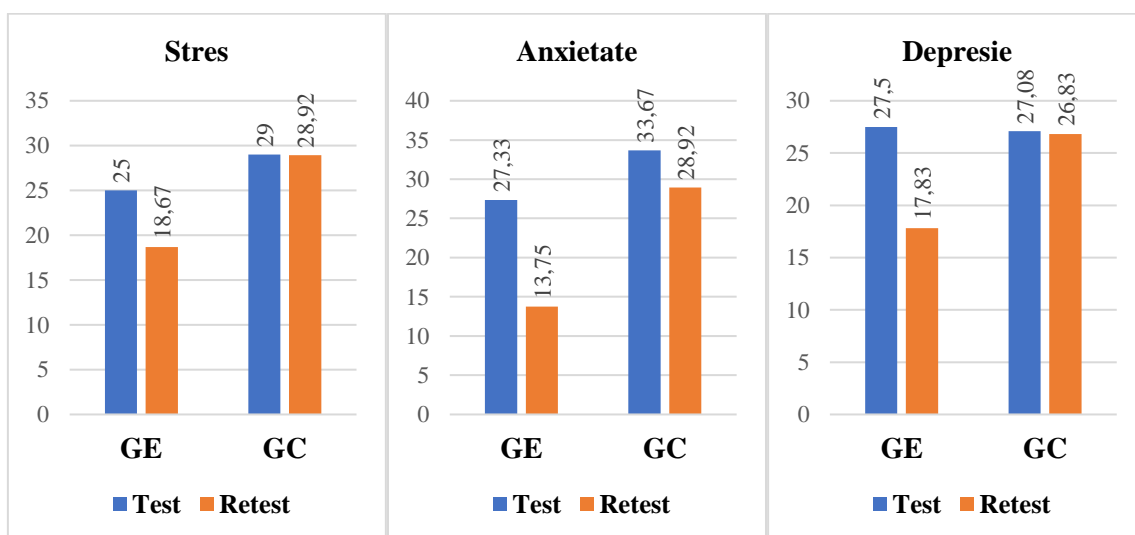


Figura 3.7. Valorile medii test-retest la testul DASS 21-R pentru GE și GC

Compararea valorilor medii pentru nivelurile de stres, anxietate și depresie în grupul formativ (GE) între etapele de test și retest a evidențiat o reducere semnificativă din punct de vedere statistic a acestor stări afective. Astfel, nivelul de stres mediu al grupului formativ a fost inițial $M_1 = 25,00$ ($SD = 7,66$), acesta scăzând la $M_2 = 18,67$ ($SD = 7,39$) după programul de intervenție. În ceea ce privește anxietatea, nivelul mediu inițial a fost $M_1 = 27,33$ ($SD = 9,99$) iar după intervenție acesta a scăzut la $M_2 = 13,75$ ($SD = 3,55$).

De asemenea, nivelul de depresie a înregistrat o schimbare pozitivă pentru starea mentală a persoanelor din grupul formativ: la test valoarea medie a fost $M_1 = 27,50$ ($SD = 10,40$), iar la retest aceasta a scăzut la $M_2 = 17,83$ ($SD = 8,38$). Rezultatele sugerează eficiența programului de intervenție psihologică în reducerea simptomelor de depresie, anxietate și stres, indicând faptul că intervențiile au abordat în mod eficient mecanismele psihologice implicate în menținerea stărilor emoționale negative. Aceste evoluții pozitive evidențiază impactul semnificativ al programului asupra îmbunătățirii stării psihologice a participanților.

În vederea determinării existenței unei diferențe semnificative statistic între valorile medii obținute de grupul formativ înainte și după implementarea de intervenție psihologică, am aplicat testul *t* student. Rezultatele obținute sunt prezentate în Tabelul 3.3 și demonstrează o scădere semnificativă a nivelurilor de stres, anxietate și depresie.

Tabelul 3.3. Rezultatele statistice la etapa test/retest privind starea afectivă (GE)

DASS 21-R	Media scorurilor		Eroarea std.	Testul <i>t</i> student				Testul Wilcoxon	
	Test	Retest		Val. corel.	Semn.	Val. testului <i>t</i>	p	Z	p
Stres	25	18.67	5.65	0.719	0.008	3.89	0.003	-2.59	0.010
Anxietate	27.33	13.75	8.46	0.577	0.049	5.56	$p < 0.001$	-3.06	0.002
Depresie	27.50	17.83	7.05	0.738	0.006	4.75	0.001	-2.94	0.003

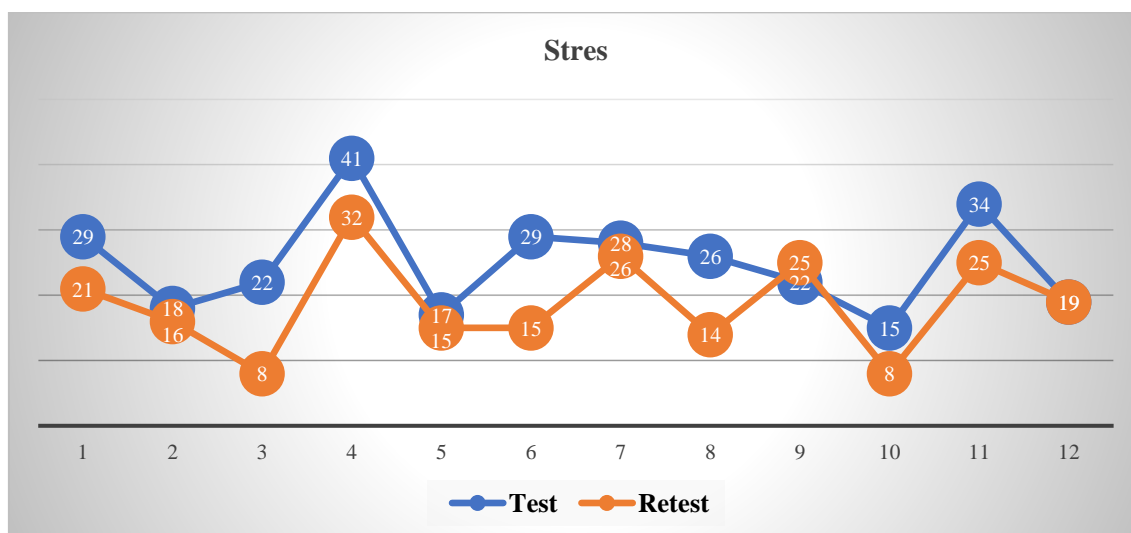
Pentru stres, valoarea $t = 3,89$ și corelația $r = 0,719$, indică o relație puternică între scorurile la test și retest. Valoarea $p \leq 0,003$ confirmă o scădere semnificativă statistic a nivelului de stres în rândul participanților după aplicarea intervenției. În cazul anxietății, testul *t* aplicat pentru analiza diferențelor între test și retest a evidențiat o valoare a corelației de $r = 0,577$, indicând o relație moderată între măsurătorile realizate înainte și după intervenție. Pragul de semnificație, $p \geq 0,001$ confirmă o reducere semnificativă din punct de vedere statistic a nivelului de anxietate în urma programului de intervenție psihologică. În ceea ce privește depresia, valoarea corelației $r =$

0,738, sugerează o relație puternică și pozitivă între scorurile la test și retest, indicând consistență în măsurători. De asemenea, valoarea $p \geq 0,001$ confirmă reducerea semnificativă statistic a nivelului de depresie în grupul formativ. Prin urmare, testul t student sugerează o diferență semnificativă statistic între rezultate obținute de grupul formativ înainte și după programul de intervenție psihologică pentru toate cele trei stări afective măsurate: stres, anxietate și depresie.

De asemenea, am folosit testul Wilcoxon pentru a analiza diferențele statistice dintre rezultatele obținute de participanții din același grup formativ (GE) la diferite etape ale cercetării (mai exact, la test și retest). Rezultatele, prezentate în Tabelul 3.3, evidențiază schimbări semnificative statistic în cazul tuturor celor trei dimensiuni analizate: stres, anxietate și depresie. În ceea ce privește stresul, s-a observat o scădere moderată, dar semnificativă din punct de vedere statistic, cu o valoare ($Z = -2,59$) și ($p = 0,010$). Aceasta indică o diminuare relevantă a percepției de stres în rândul participanților din grupul formativ.

Analizând rezultatele obținute pentru anxietate, se remarcă o reducere semnificativă a nivelului de anxietate în grupul GE ($Z = -3,06$; $p = 0,002$), confirmând o diminuare considerabilă a simptomelor de anxietate în urma programului de intervenție psihologică. În cazul depresiei, analiza a evidențiat o reducere semnificativă din punct de vedere statistic a nivelului acesteia, cu o valoare ($Z = -2,94$; $p = 0,003$), sugerând o îmbunătățire semnificativă a stării psihice a vârstnicilor după intervenție. Aceste rezultate demonstrează eficiența programului de intervenție psihologică în ameliorarea stărilor emoționale negative, reducând în mod semnificativ nivelurile de stres, anxietate și depresie în grupul formativ.

Pentru a ilustra mai detaliat rezultatele obținute în Figura 3.8 sunt prezentate valorile individuale ale celor 12 participanți din grupul formativ (GE) la programul de intervenție, în cele două etape ale studiului: testarea inițială și retestarea.



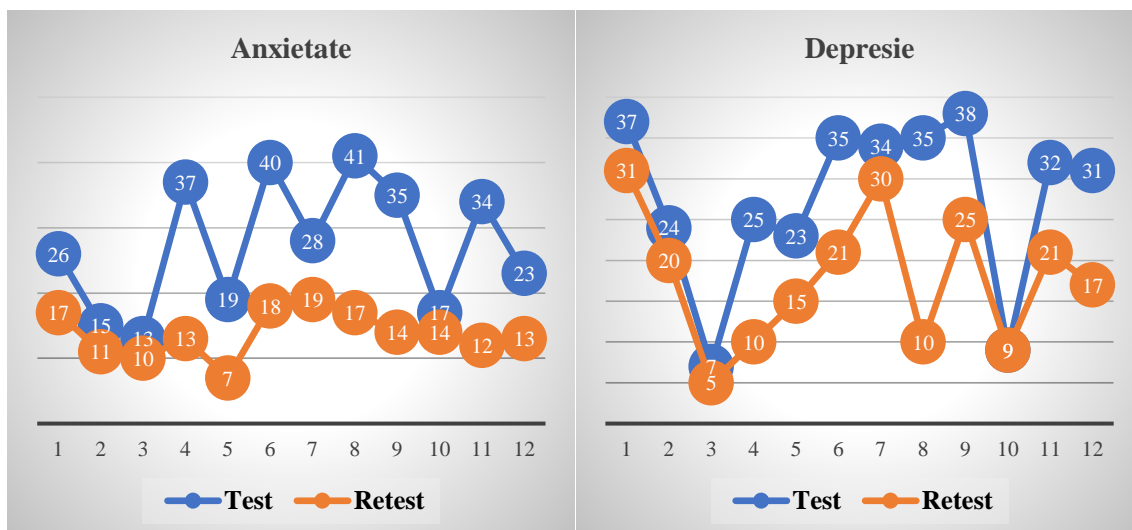


Figura 3.8. Analiza comparativă test-retest a depresiei, anxietății și stresului pentru GE

Analiza grafică a acestor date relevă un progres semnificativ la nivel de grup. Deși la nivel individual, în cazuri izolate s-au observat valori similare ale stărilor afective între test și retest, majoritatea participanților au înregistrat scăderi notabile ale nivelurilor de stres, anxietate și depresie. Prin urmare, evoluția pozitivă a stării afective a participanților, confirmată prin analiza statistică, este vizibilă și prin reprezentarea grafică a rezultatelor individuale la testul DASS-R21.

Comparând grupul experimental cu grupul de control după aplicarea programului de intervenție psihologică, se remarcă diferențele semnificative între mediile obținute de cele două grupuri în această fază a studiului, așa cum este ilustrat în Figura 3.7, prezentată în secțiunile anterioare. Astfel, pentru grupul experimental, nivelul de stres este semnificativ mai redus ($M_1 = 18,67$; $SD = 7,39$) față de grupul de control ($M_2 = 28,92$; $SD = 9,89$).

În ceea ce privește anxietatea, grupul experimental înregistrează un nivel semnificativ mai scăzut ($M_1 = 13,75$; $SD = 3,55$) comparativ cu grupul de control ($M_2 = 33,5$; $SD = 9,86$). Totodată, nivelul de depresie în grupul experimental este, de asemenea, mai scăzut ($M_1 = 17,83$; $SD = 8,38$) în comparație cu grupul de control ($M_2 = 26,83$; $SD = 7,67$). Prin urmare, rezultatele prezentate în Figura 3.7, sugerează că vârstnicii care au urmat programul de intervenție au beneficiat de o scădere semnificativă a emoțiilor negative, sub forma stresului, anxietății și depresiei, în timp ce grupul de control nu a înregistrat astfel de scăderi.

Analizând valorile lui p , concluzionăm că există o diferență semnificativă între GE și GC în etapa de retestare, pentru toate cele trei stări afective studiate: nivelul de stres ($U = 30,50$; $p \leq 0,016$), anxietate ($U = 12,00$; $p \leq 0,001$) și depresie ($U = 32,50$; $p \leq 0,022$). Astfel, concluzionăm că, în urma programului de intervenție, a apărut o diferență statistică semnificativă între nivelul de anxietate, depresie și stres al participanților, pe de o parte, și al grupului de control, pe de altă

parte. Luând în considerare rezultatele obținute prin analizarea evoluției GE în etapele de test și retest, dar și prin compararea celor ale GE și GC în etapa de retest, concluzionăm că programul de intervenție psihologică prezintă un efect pozitiv asupra stărilor emoționale ale subiecților.

Studiul a evidențiat o reducere semnificativă a stresului, anxietății și depresiei în rândul vârstnicilor din grupul experimental (GE), confirmând eficiența programului de intervenție psihologică. Impactul pozitiv asupra sănătății psihice a fost atribuit aplicării metodologice a tehnicilor terapeutice, care au avut ca rezultat ameliorarea stării emoționale și reducerea simptomelor. Tehnicile integrate în program au oferit instrumente eficiente pentru gestionarea stresului și anxietății, precum și pentru diminuarea simptomelor depresive. În ceea ce privește reducerea stresului, programul a inclus metode și intervenții destinate reglementării răspunsurilor fiziologice și psihologice la acesta.

Terapia rațional-emoțională și comportamentală (REBT) a fost aplicată pentru a ajuta vârstnicii să modifice gândurile iraționale care amplifică stresul, promovând astfel o perspectivă mai rațională asupra situațiilor stresante. Acesta a fost completat de tehnici de relaxare și respirație, precum exercițiul de respirație 4-2-6, care i-a ajutat pe vârstnici să respire profund și conștient, inducând calmul și reglând starea emoțională. Terapia prin artă, prin activitățile de sculptură a sentimentelor și pictură a emoțiilor, a oferit un mijloc nonverbal de exprimare a emoțiilor, facilitând reducerea semnificativă a tensiunii interne. Pe lângă intervențiile menționate, reflecția și introspecția au fost sprijinite prin jurnalele de emoții și jurnalul stresului, care au contribuit la creșterea conștientizării participanților față de propriile emoții și factorii de stres, facilitând procesarea acestora. Combinarea acestor abordări a permis o gestionare creativă a stresului, conducând la o reducere semnificativă a acestuia și susținând sănătatea psihologică a participanților [81].

În ceea ce privește anxietatea, intervențiile au fost structurate pentru a sprijini participanții în gestionarea temerilor legate de incertitudinea viitorului [263]. Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) a fost aplicată pentru a identifica și înlocui gândurile automate negative cu gânduri mai raționale și pozitive, reducând astfel anxietatea asociată cu percepțiile de nesiguranță și teama de evenimente viitoare [102]. Exercițiile „Arborele gândurilor” și „Cei trei coloane” au contribuit la restructurarea gândurilor disfuncționale, promovând un răspuns emoțional mai echilibrat. Tehnicile de relaxare musculară progresivă și respirația profundă au fost folosite pentru a reduce răspunsul fiziologic la anxietate, ajutând participanții să atingă o stare de calm și relaxare [13]. În completarea acestora, terapia prin artă a oferit un mediu de exprimare a emoțiilor, permițând vârstnicilor să-și exteriorizeze temerile și anxietățile într-un mod creativ și liber. Intervențiile au dus la o reducere semnificativă a anxietății, susținută de cercetările anterioare

care evidențiază eficacitatea TCC și a tehnicilor de relaxare în gestionarea tulburărilor de anxietate [66; 102]. De asemenea, expunerea graduală la situații anxiogene, într-un mediu controlat, a fost implementată pentru a oferi strategii eficiente de gestionare a anxietății.

În cazul depresiei, programul a abordat aspecte legate de sentimentul de inutilitate și de autoapreciere, frecvent întâlnite la vârsta a treia. Terapia cognitiv-comportamentală a jucat un rol crucial în restructurarea gândurilor disfuncționale, ajutând vârstnicii să adopte perspective mai pozitive asupra vieții. Prin tehnici precum reîncadrarea gândurilor și jocul de rol, participanții au învățat să își schimbe perspectiva asupra situațiilor care provocau depresie, ceea ce a condus la o reducere semnificativă a simptomelor depresive. Un alt instrument valoros a fost terapia reminiscenței, care a ajutat participanții să reevalueze experiențele de viață într-o lumină pozitivă. Activitățile de povestire a amintirilor plăcute și scrisoarea nerostită au facilitat exprimarea emoțiilor nespuse față de cei dragi și au ajutat participanții să regăsească un sentiment de realizare și autoapreciere, diminuând astfel simptomele depresive și sprijinind procesul de reconciliere emoțională. În plus, activitățile fizice, cum ar fi gimnastica pe scaun și dansul emoțiilor, au avut un impact pozitiv asupra stării de bine, ajutând la eliberarea de endorfine, substanțe chimice care îmbunătățesc starea emoțională și reduc simptomele depresive.

Programul a integrat tehnici de mindfulness, esențiale în reducerea simptomelor de anxietate și stres, permițând participanților să se focalizeze pe momentul prezent și să minimizeze ruminările legate de viitor. Exercițiile de scanare corporală și meditație au ajutat participanții să se concentreze pe prezent și să reducă îngrijorările legate de trecut sau viitor. În completarea acestora, educația digitală a fost implementată pentru a ajuta vârstnicii să învețe să utilizeze tehnologii moderne de comunicare, facilitând astfel menținerea conexiunilor sociale și reducerea singurătății. Aceasta a avut un impact semnificativ în ameliorarea stării emoționale a vârstnicilor, contribuind la reducerea percepției lor de izolare și la creșterea sentimentului de apartenență. Programul de intervenție psihologică aplicat vârstnicilor a avut un impact semnificativ în reducerea stresului, anxietății și depresiei, îmbunătățind considerabil starea emoțională și psihologică a acestora. Analiza rezultatelor indică eficiența intervențiilor implementate, care au contribuit la scăderea semnificativă a simptomelor.

Evaluarea empirică a calității vieții participanților și eficacitatea programului de intervenție psihologică. Unul dintre obiectivele acestei cercetări este de a evalua impactul programului de intervenție psihologică asupra calității vieții vârstnicilor utilizând testul Quality of Life Inventory (QOLI). Ipoteza formulată presupune că programul va avea un efect pozitiv asupra calității vieții vârstnicilor care au participat la grupul formativ [258]. Omogenitatea dintre grupul formativ și de control la etapa de test a fost verificată utilizând testul Mann-Whitney. Există o

diferență redusă între rezultatele inițiale privind calitatea vieții pentru GE ($M_1 = -2,05$, $SD = 3,20$) și GC ($M_2 = -2,17$, $SD = 3$), așa cum reiese din datele ilustrate în Figura 3.9.

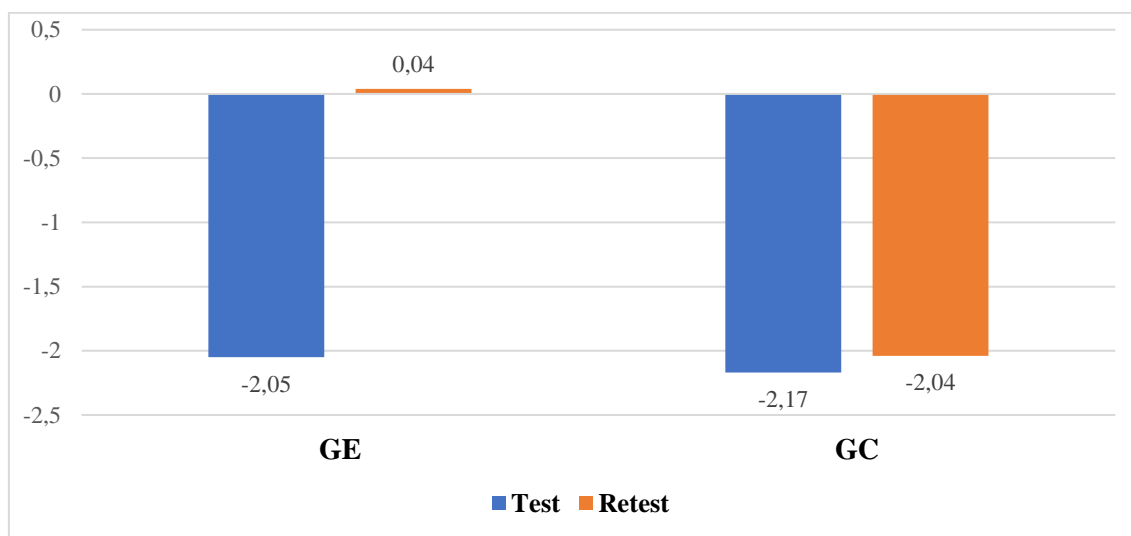


Figura 3.9. Valorile medii test-retest la testul QOLI pentru GE și GC

Rezultatele testului Mann-Whitney confirmă omogenitatea dintre GE și GC la etapa de test cu privire la nivelul calității vieții ($U = 71$; $p \leq 0,954$), o condiție necesară a experimentului. Același lucru este valabil pentru dimensiunile specifice ale calității vieții, cu o excepție semnificativă statistic în cazul dimensiunii „cartier” ($U = 31,50$; $p = 0,017$). Detalii suplimentare sunt incluse în Anexa 11, Tabelul 11.1. Pentru analizarea efectului programului de intervenție psihologică asupra calității vieții vârstnicilor, am analizat în primă fază evoluția grupului formativ, prin compararea aceluiași grup, GE, în cele două etape distincte: la test și la retest. În Figura 3.9 ilustrată anterior, sunt prezentate mediile rezultate din aplicarea testului QOLI, atât înainte, cât și după implementarea programului de intervenție. Comparând valorile obținute de grupul experimental formativ la etapele de test și de retest, observăm o îmbunătățire semnificativă a calității vieții, cu o schimbare medie de la $M_1 = -2,05$ la testare la $M_2 = 0,04$ la retestare.

Pe lângă scorul general al testului QOLI, am analizat și schimbarea dimensiunilor specifice ale calității vieții, ce a avut loc odată cu aplicarea programului, pentru grupul formativ. Figura 3.10 prezintă mediile pentru dimensiunile calității vieții pentru GE în etapa de test și retest.

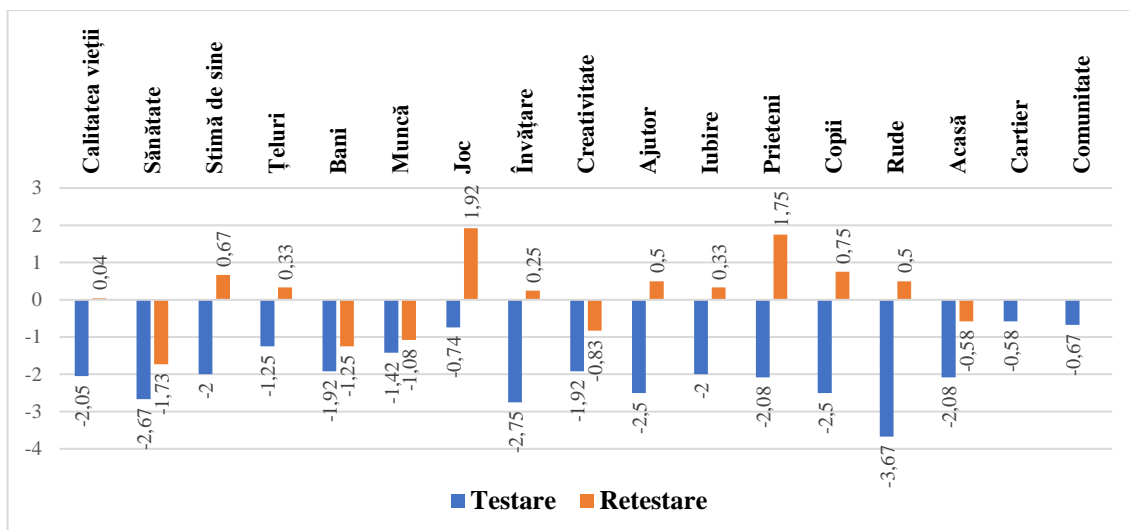


Figura 3.10. Dimensiunile calității vieții în GE la test și retest

Majoritatea dimensiunilor au arătat îmbunătățiri, deși amploarea acestora variază. Cele mai notabile schimbări au fost observate la stima de sine, joc, învățare, ajutor, iubire, prietenii, copii, rude, acasă, cartier și comunitate, toate având valori semnificative statistic. Totuși, chiar dacă în toate cazurile observăm îmbunătățiri, unele au o amploare minoră, cum ar fi în cazul sănătății ($M_1 = -2,67$; $M_2 = -1,73$), Țelurilor ($M_1 = -1,25$; $M_2 = 0,33$), banilor ($M_1 = -1,92$; $M_2 = -1,25$) și muncii ($M_1 = -1,42$; $M_2 = -1,08$). Pentru analiza statistică a evoluției calității vieții grupului formativ, am aplicat testele t student și Wilcoxon, rezultatele fiind prezentate în Tabelul 3.4.

Tabelul 3.4. Rezultatele datelor statistice la etapa test/retest privind calitatea vieții (GE)

QOLI	Media scorurilor		Testul t student					Testul Wilcoxon	
			Abatere std.	Val. corel.	Semn.	Val. testul ui t	p	Z	p
	test	retest							
Cal. vieții	-2.05	0.04	1.13	0.97	$p < 0.001$	-6.4	$p < 0.001$	-3.06	0.002
Sănătate	-2.67	-1.73	1.48	0.927	$p < 0.001$	-1.75	0.108	-1.59	0.111
St.de sine	-2.00	0.67	1.78	0.891	$p < 0.001$	-5.2	$p < 0.001$	-2.95	0.003
Țeluri	-1.25	0.33	2.78	0.829	0,001	-1.97	0.074	-1.62	0.104
Bani	-1.92	-1.25	1.5	0.965	$p < 0.001$	-1.54	0.151	-1.30	0.194
Muncă	-1.42	-1.08	2.71	0.794	0.002	-0.43	0.678	-0.56	0.577
Joc	-0.74	1.92	2.11	0.848	$p < 0.001$	-4.1	0.002	-2.77	0.006
Învățare	-2.75	0.25	2	0.747	0.005	-5.2	$p < 0.001$	-2.81	0.005
Creativitate	-1.92	-0.83	1.93	0.91	$p < 0.001$	-1.95	0.078	-1.95	0.051
Ajutor	-2.50	0.50	1.28	0.937	$p < 0.001$	-5.42	$p < 0.001$	-3.11	0.002
Iubire	-2.00	0.33	1.07	0.976	$p < 0.001$	-7.53	$p < 0.001$	-3.08	0.002
Prieteni	-2.08	1.75	1.9	0.866	$p < 0.001$	-6,99	$p < 0.001$	-3,07	0.002
Copii	-2.50	0.75	2.63	0.784	0.003	-4.28	0.001	-2.72	0.007

Rude	-3.67	0.50	2.29	0.781	0.003	-4.79	0.001	-2.91	0.004
Acasă	-2.08	-0.58	1.24	0.937	p < 0.001	-4.18	0.002	-2.71	0.007
Cartier	-0.58	0.42	1.41	0.923	p < 0.001	-2.45	0.032	-2.03	0.042
Comunitate	-0.67	1.08	1.48	0.926	p < 0.001	-4.08	0.002	-2.79	0.005

Raportându-ne la rezultatele testului t student, efectuat pentru a determina dacă există o diferență semnificativă statistic între mediile calității vieții înainte și după programul de intervenție, constatăm o valoare a corelației de $r = 0,97$ pentru calitatea vieții, ceea ce indică o proporționalitate între valorile inițiale și cele post-intervenție. Valoarea $p \leq 0,001$ confirmă semnificația statistică a diferenței observate în calitatea vieții în grupul formativ (GE) după intervenție, în comparație cu cea înainte de intervenție. Dimensiunile care au arătat îmbunătățiri semnificative ca urmare a intervenției psihologice reflectă o gamă largă de aspecte ale vieții, indicând că intervenția a avut un impact pozitiv extensiv asupra bunăstării subiecților. Fiecare dintre aceste dimensiuni afectează calitatea vieții în moduri unice și contribuie la o experiență de viață mai împlinită și mai satisfăcătoare.

Dimensiunile care au înregistrat îmbunătățiri semnificative statistic sunt: stima de sine, jocul, învățarea, ajutorul, iubirea, prietenii, copiii, rudele, locuința, cartierul și comunitatea, cu valori p sub pragul de semnificație ($p < 0,05$), confirmând diferențe semnificative între măsurătorile realizate înainte și după intervenție. În schimb, dimensiunile sănătatea, țelurile, banii, creativitatea și munca nu au prezentat îmbunătățiri semnificative statistic, având valori p peste pragul de semnificație ($p > 0,05$), ceea ce indică faptul că variațiile observate nu pot fi atribuite intervenției cu un nivel de certitudine statistică.

De asemenea, testul Wilcoxon indică o diferență statistică semnificativă între nivelul calității vieții evaluat în cadrul testului inițial și cel de la retest pentru grupul GE ($Z = -3,06$; $p < 0,002$). În privința dimensiunilor calității vieții, testul Wilcoxon confirmă că modificarea majorității este una semnificativă statistic, pentru stima de sine ($Z = -2,95$; $p < 0,003$), jocul ($Z = -2,77$; $p < 0,006$), învățarea ($Z = -2,81$; $p < 0,005$), ajutorul ($Z = -3,11$; $p < 0,002$), iubirea ($Z = -3,08$, $p < 0,002$), prietenii ($Z = -3,07$; $p < 0,002$), copiii ($Z = -2,72$; $p < 0,007$), rudele ($Z = -2,91$; $p < 0,004$), acasă ($Z = -2,71$; $p < 0,007$), cartier ($Z = -2,03$; $p < 0,042$) și comunitate ($Z = -2,79$; $p < 0,005$), existând însă și dimensiuni ale calității vieții fără modificări semnificative statistic: sănătate ($Z = -1,59$; $p < 0,111$), țeluri ($Z = -1,62$; $p < 0,104$), bani ($Z = -1,30$; $p < 0,194$), muncă ($Z = -0,56$; $p < 0,577$) și creativitate ($Z = -1,95$; $p < 0,051$).

Mai mult, prin reprezentarea grafică a rezultatelor individuale obținute de toți participanții la programul de intervenție (GE), ilustrată în Figura 3.11, se evidențiază îmbunătățirea semnificativă a calității vieții în toate componentele sale.

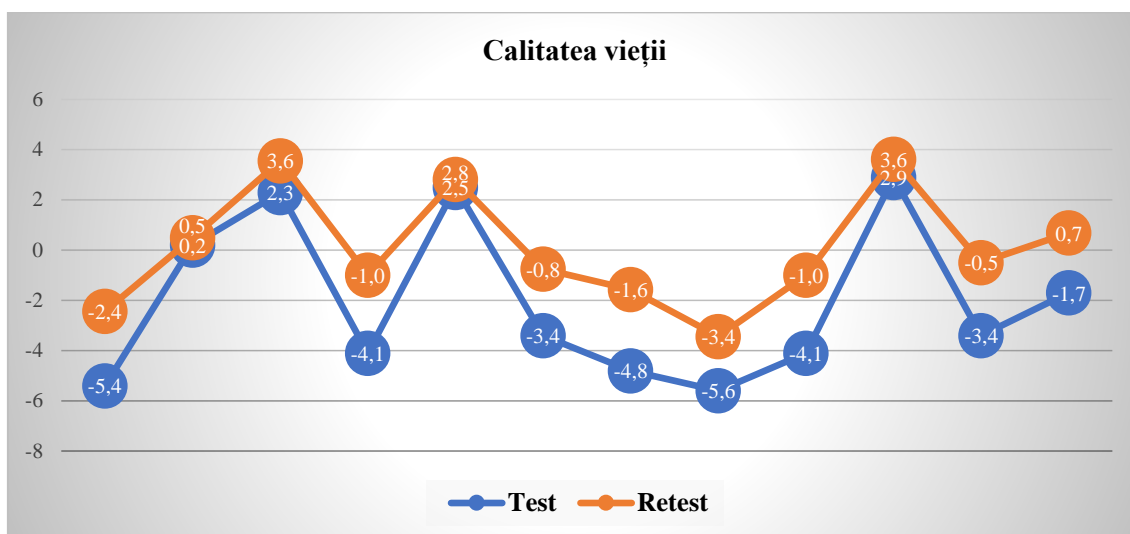


Figura 3.11. Analiza comparativă test-retest a calității vieții în GE

Luând toate aceste date în considerare, concluzionăm că, deși unele dimensiuni nu au arătat îmbunătățiri semnificative statistic, îmbunătățirea generală a calității vieții și schimbările semnificative în mai multe domenii specifice sugerează că intervenția psihologică a avut un impact pozitiv asupra participanților din grupul formativ. De asemenea, am realizat o comparație între cele două grupuri, formativ și de control, în etapa de retest. Mediile prezentate anterior, în Figura 3.10, evidențiază o diferență semnificativă între nivelul calității vieții în grupul experimental ($M_1 = 0,04$) și cel al grupului de control ($M_2 = -2,05$). Testul Mann-Whitney confirmă faptul că această diferență este una semnificativă statistic ($U = 36,00$; $p \leq 0,038$).

Chiar dacă în ansamblul său, calitatea generală a vieții a crescut, acest efect nu este uniform pentru toate dimensiunile sale specifice. Așa cum arătăm în Anexa 11 Tabelul 11.2, doar o parte din dimensiunile calității vieții (țelurile, jocul, învățarea, prietenii și cartierul) au înregistrat o diferență semnificativă statistic la comparația dintre rezultatele obținute de GE și GC în etapa de retestare. Având în vedere rezultatele obținute din analiza evoluției GE în etapele de test și retest, precum și compararea GE cu GC în etapa de retest, concluzionăm că programul de intervenție psihologică are un efect pozitiv asupra calității vieții vârstnicilor.

Prin analizele statistice desfășurate, am identificat o creștere semnificativă statistic a calității generale a vieții, precum și îmbunătățiri notabile în anumite dimensiuni. Un număr mai mare de dimensiuni au înregistrat o creștere prin compararea rezultatelor grupului formativ înainte și după programul de intervenție, însă, din acestea, doar o parte au indicat o schimbare semnificativă și prin compararea la retest a grupurilor formativ și de control, acestea fiind: jocul,

învățarea, prietenii și cartierul. În concluzie, se confirmă ipoteza că acest program de intervenție psihologică pentru vârstnici poate îmbunătăți calitatea vieții.

Programul de intervenție psihologică conceput pentru a reduce nivelul de singurătate a avut un impact semnificativ asupra diverselor dimensiuni ale calității vieții vârstnicilor, influențând nu doar percepția acestora asupra singurătății, ci și stima de sine, relațiile interpersonale, învățarea, sănătatea emoțională, integrarea în comunitate și alte dimensiuni esențiale ale existenței lor. Acest program a integrat o serie de tehnici și activități structurate care au contribuit la formativ îmbunătățirea stării emoționale și la creșterea nivelului de satisfacție în diverse domenii ale vieții. Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) a fost utilizată pentru a ajuta participanții să își modifice credințele disfuncționale și să adopte o atitudine mai pozitivă față de propria persoană [12; 286].

Tehnici precum „Arborele gândurilor” au susținut identificarea și transformarea gândurilor negative, iar „Jocul prenumelor și calităților” a promovat autoaprecierea și respectul reciproc, contribuind la întărirea unei imagini de sine pozitive și sănătoase. Terapia prin artă, incluzând activități precum muzica, dansul, pictura și colajul, a fost utilizată pentru a stimula manifestarea sentimentelor și a sprijini dezvoltarea creativității [135]. Aceste activități au oferit participanților oportunități de autoexprimare și stimulare cognitivă, contribuind la reducerea simptomelor de depresie și anxietate. În plus, „Dansul emoțiilor” a oferit o metodă eficientă de eliberare a tensiunilor emoționale, îmbunătățind starea de bine și favorizând conectarea între participanți.

În ceea ce privește sănătatea emoțională, terapia reminiscenței a fost utilizată pentru a sprijini participanții în reflectarea asupra amintirilor pozitive și a experiențelor de viață. Tehnicile „Scaunul fierbinte” și „Muzica amintirilor” au fost folosite pentru a facilita împărtășirea amintirilor semnificative, reducând sentimentul de singurătate și contribuind la îmbunătățirea stării emoționale. De asemenea, tehnicile de mindfulness și respirație conștientă, precum „Exercițiul de respirație 4-2-6”, au fost aplicate pentru a sprijini iubirea de sine și autoacceptarea, facilitând autoreglarea emoțională și dezvoltarea unei relații echilibrate cu sinele, contribuind astfel la îmbunătățirea echilibrului emoțional și creșterea satisfacției personale. În ceea ce privește integrarea socială și prietenia, terapia intergenerațională a fost aplicată pentru a încuraja colaborarea între generații, reducând izolarea și întărind legăturile familiale [257].

Activitățile, precum jocurile intergeneraționale și „Construirea genogramei”, au sprijinit schimbul de experiențe și au contribuit la înțelegerea și întărirea relațiilor familiale. Tehnicile de terapie prin activități fizice, cum ar fi „Gimnastica pe scaun”, au fost aplicate pentru a îmbunătăți mobilitatea și circulația, reducând riscurile asociate sedentarismului și sprijinind sănătatea fizică. Aceste exerciții au avut un impact pozitiv asupra stării generale de bine a participanților. În ceea ce privește integrarea în comunitate, activitatea de „Creare a unei comunități virtuale” a facilitat

extinderea rețelelor sociale ale participanților, ajutându-i să se conecteze cu diverse grupuri online și facilitând integrarea într-o comunitate mai largă.

Activitățile de grup, cum ar fi „Muzica amintirilor” și „Scaunul fierbinte”, au contribuit la crearea unui sentiment de apartenență și sprijin reciproc, promovând o integrare mai activă în comunitatea locală. Dimensiuni esențiale precum jocul și învățarea au înregistrat îmbunătățiri semnificative, contribuind la menținerea unei calități optime a vieții. Rezultatele obținute susțin aceste concluzii, evidențiind eficiența terapiei prin artă și în general a terapiei muzicale în intervențiile pentru vârstnici. Mai mult, terapia prin artă a contribuit la stimularea interacțiunii sociale și la consolidarea relațiilor de prietenie. Activitățile de grup au oferit participanților posibilitatea de a stabili legături cu ceilalți, îmbunătățind calitatea relațiilor sociale. Intervențiile TCC, care au inclus planificarea activităților plăcute, au demonstrat eficiență în creșterea calității vieții vârstnicilor din centrele de îngrijire, fiind bine primite atât de rezidenți, cât și de personal [265]. Aceste intervenții au avut rezultate semnificative în ameliorarea anxietății și depresiei.

Programul nostru a folosit activități artistice și interacțiuni sociale din grup pentru a îmbunătăți calitatea vieții, crescând sentimentul de apartenență și satisfacție socială. Prin integrarea unor activități stimulative și plăcute, programul a abordat nevoile emoționale și psihologice ale participanților, promovând o adaptare psihologică mai bună la îmbătrânire și reducând efectele negative ale izolării sociale. Rezultatele obținute susțin validitatea și relevanța acestor intervenții, fiind în concordanță cu literatura de specialitate care confirmă eficiența terapiilor cognitiv-comportamentale și reminiscente în ameliorarea sănătății mentale și diminuarea singurătății la vârstnici [101].

Prin urmare, implementarea unor astfel de programe de intervenție nu doar că răspunde nevoilor psihologice și emoționale ale vârstnicilor, dar contribuie și la o îmbunătățire globală a calității vieții acestora. Aceste constatări subliniază importanța integrării intervențiilor psihologice multidisciplinare în strategiile de îngrijire și suport pentru vârstnici, evidențiind beneficiile pe termen lung ale acestor abordări în sprijinirea procesului de îmbătrânire activă [84]. Programul de intervenție a demonstrat eficiență semnificativă în ameliorarea calității vieții vârstnicilor, aducând multiple beneficii pentru sănătatea mentală, bunăstarea generală, relațiile sociale și sentimentul de apartenență.

Analiza eficacității programului de intervenție psihologică în raport cu trăsăturile de personalitate. Una din întrebările de cercetare la care ne-am propus să răspundem este cea privitoare la efectul programului de intervenție asupra trăsăturilor de personalitate. Printre obiectivele cercetării de față se numără cel de a identifica o eventuală influență a programului de intervenție psihologic asupra extroversiei, nevrotismului și psihotismului, așa cum sunt ele

măsurate prin EPQ. Condiția omogenității grupului formativ și de control la etapa de test a fost îndeplinită pentru trăsăturile de personalitate. În privința mediilor acestora, Figura 3.12 ilustrează existența unor valori asemănătoare.

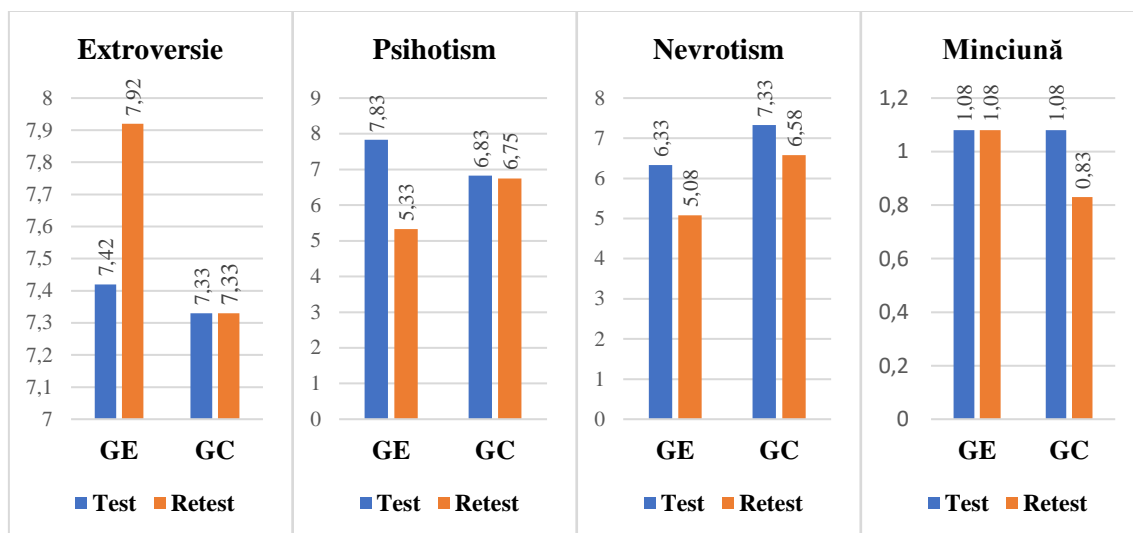


Figura 3.12. Valorile medii test-retest la EPQ pentru GE și GC

Mai exact, în etapa de test, nivelul de extroversie al grupului formativ ($M_1 = 7,42$; $SD = 2,644$) este foarte apropiat de cel al grupului de control ($M_2 = 7,33$; $SD = 2,146$), iar același lucru este valabil pentru nivelul de nevrotism al GE ($M_1 = 6,33$; $SD = 3,200$) și GC ($M_2 = 7,25$; $SD = 2,734$), respectiv nivelul de psihotism al GE ($M_1 = 7,83$; $SD = 2,918$) și GC ($M_2 = 6,83$; $SD = 2,250$). Totodată, valorile medii ale minciunii sunt la fel de scăzute pentru GE ($M_1 = 1,08$; $SD = 0,996$) și GC ($M_2 = 1,08$; $SD = 1,165$), ceea ce indică validitatea datelor colectate pentru ambele grupuri. Prin aplicarea testului Mann-Whitney U, necesar pentru evaluarea semnificația statistică a diferențelor dintre scorurile obținute de subiecții din GE și de cei din GC la faza test pentru trăsăturile de personalitate, rezultă că între acestea nu există diferențe semnificative statistic: extroversie ($U = 69,0$; $p \leq 0,861$), nevrotism ($U = 60,0$; $p \leq 0,480$) și psihotism ($U = 57$; $p \leq 0,382$), minciună ($U = 69,0$; $p \leq 0,855$).

Continuând cu analiza evoluției grupului formativ, în Figura 3.12 prezentată anterior sunt evidențiate diferențele obținute în etapa de reaplicare a testului EPQ între grupul experimental (GE) și grupul de control (GC). Mai exact, observăm o scădere în nivelul de nevrotism al persoanelor care au participat la intervenție ($M_1 = 5,08$; $SD = 2,503$), în comparație cu cel al persoanelor care nu au făcut acest lucru ($M_2 = 6,58$; $SD = 2,275$). În mod similar, nivelul de psihotism al GE este mai scăzut ($M_1 = 5,33$; $SD = 2,015$), față de cel al GC ($M_2 = 6,75$; $SD = 1,422$). Totuși, nivelul de extroversie este foarte puțin diferit între cele două grupuri, GE ($M_1 =$

7,92; SD = 2,875) și GC ($M_2 = 7,33$; SD = 1,923). Nivelul de minciună este scăzut în ambele cazuri ($M_1 = 1,08$; SD = 0,669, respectiv $M_2 = 0,83$; SD = 0,718), ceea ce indică validitatea datelor colectate. Atunci când analizăm statistic evoluția participanților la intervenție din perspectiva trăsăturilor de personalitate, obținem o imagine mai complexă.

Concentrându-ne pe datele obținute prin aplicarea testului *t* student, observăm o scădere semnificativă statistic a nevrotismului (o valoare a corelației de 0,972, o valoare $t = -1,59$ și o valoare $p < 0,001$), ceea ce indică o creștere a stabilității emoționale a participanților, fiind, de asemenea, în concordanță cu rezultatul obținut la scala DASS21, care indică o scădere semnificativă statistic a anxietății. Astfel, putem afirma că în urma participării la programul de intervenție psihologică, persoanele vârstnice se bucură de o evoluție emoțională pozitivă, marcată de o creștere a stabilității emoționale și o scădere a îngrijorării, anxietății sau a altor forme de afectivitate negativă.

În al doilea rând, analiza evoluției GE din punctul de vedere al personalității, surprinsă în Tabelul 3.5, indică o îmbunătățire a psihotismului, semnificativă statistic (valoarea corelației de 0,876, $t = -3,078$; $p < 0,002$): înainte de programul de intervenție, participanții aveau un nivel mai ridicat ($M_1 = 7,83$) decât după acesta ($M_2 = 5,33$).

Tabelul 3.5. Rezultatele datelor statistice la etapa test/retest privind trăsăturile de personalitate (GE)

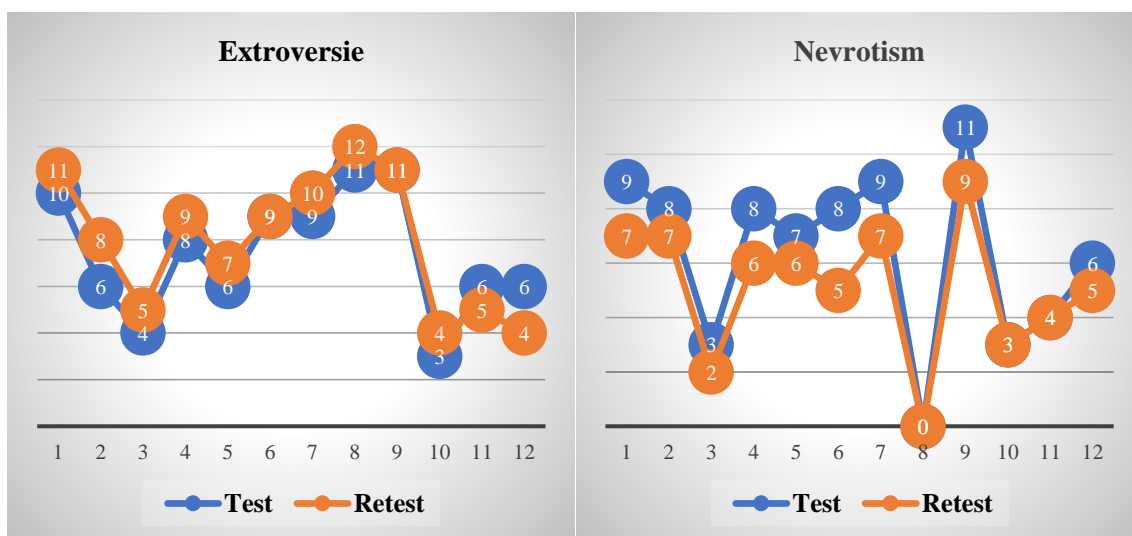
EPQ	Media scorurilor		Abatere std.	Testul <i>t</i> student				Testul Wilcoxon	
	Test	Retest		Val. corel.	Semn.	Val. testului <i>t</i>	p	Z	p
Extroversie	7.42	7.92	1.09	0.926	$p < 0.001$	-1.59	0.139	-1.46	0.145
Nevrotism	6.33	5.08	0.97	0.972	$p < 0.001$	4.49	0.001	-2.71	0.007
Psihotism	7.83	5.33	1.51	0.876	$p < 0.001$	5.74	$p < 0.001$	-3.08	0.002
Minciună	1.08	1.08	0.60	0.808	0.001	$p < 0.001$	1.000	$p < 0.001$	1.000

Prin urmare, putem considera că programul de intervenție a contribuit la creșterea empatiei față de alte persoane, la sentimente de deschidere și reciprocitate, toate necesare pentru o comunicare optimă [258]. Din aplicarea testului Wilcoxon, se confirmă aspectele indicate mai sus, mai exact existența unei diferențe semnificative statistic pentru nevrotism ($Z = -2,71$; $p < 0,007$) și psihotism ($Z = -3,08$; $p < 0,002$), respectiv lipsa unei schimbări semnificative statistic a extroversiei ($Z = -1,46$; $p < 0,145$) și minciunii ($Z = 0,00$; $p < 1,000$). Îmbunătățirea nevrotismului

și psihotismului în rândul grupului formativ, indicată de scăderea semnificativă statistic a scorurilor acestora la instrumentul EPQ, este benefică nu doar direct, ci și prin relația pe care am identificat-o în cercetarea din capitolul anterior.

Având în vedere că un nivel mai mare de nevrotism și psihotism au fost corelate în mod pozitiv cu nivelul de singurătate, scăderea acestora este benefică pentru participanți, aceștia demonstrând la testarea inițială un nivel ridicat de singurătate. Observăm că nivelul de extroversie este relativ stabil; chiar dacă observăm o creștere a nivelului mediu de extroversie al participanților ($M_1=7,41$; $M_2=7,92$), acesta s-a dovedit a nu fi semnificativ statistic ($p=0,139$). Prin faptul că scorul privind minciuna nu s-a schimbat ($t=0,00$; $p=1,000$), rezultă faptul că grupul formativ nu și-a schimbat răspunsurile la EPQ pentru a fi mai dezirabile social, respectiv rezultă o validitate ridicată a reaplicării testului.

Prin ilustrarea detaliată a rezultatelor obținute prin aplicarea chestionarului EPQ la grupul formativ înainte și după experiment, eventualele schimbări sunt evidențiate. Astfel, în Figura 3.13, ilustrăm rezultatele individuale obținute de persoanele din GE în etapele de test și retest pentru cele patru dimensiuni ale personalității: extroversia, nevrotismul și psihotismul, respectiv dimensiunea privind validitatea instrumentului: minciuna.



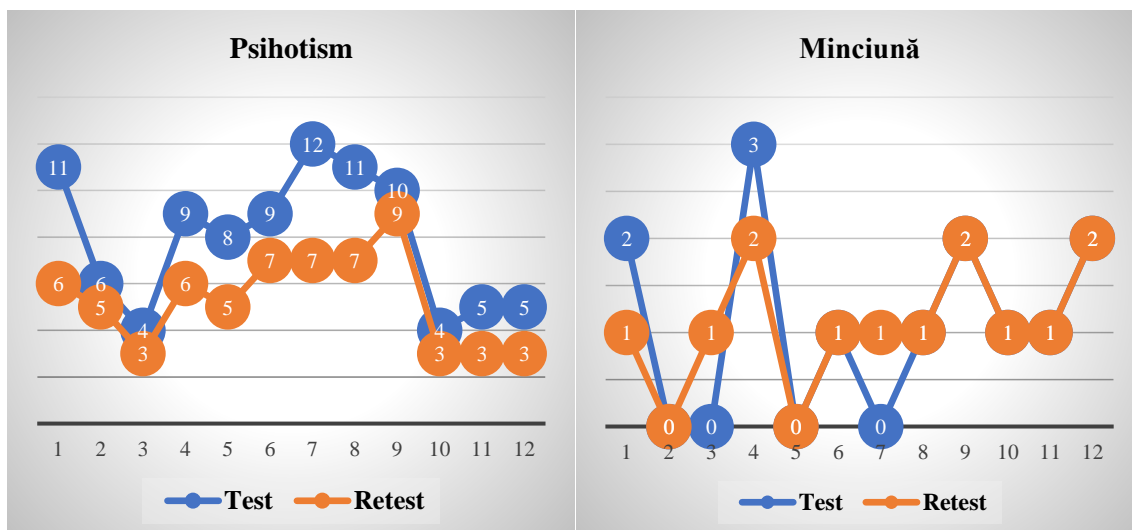


Figura 3.13. Analiza comparativă test-retest a trăsăturilor de personalitate pentru GE

Din această figură, reiese schimbarea survenită la nivelul nevrotismului și psihotismului persoanelor din grupul formativ, respectiv lipsa unei tendințe clare de modificare a extroversiei și minciunii. Totodată, am analizat efectul programului de intervenție prin compararea sa în etapa de retest la GE și GC. Mediile ilustrate în Figura 3.8 arată că, la retest, există o mică diferență între nivelul de extroversie al GE ($M_1 = 7,92$; $SD = 2,875$) și cel al GC ($M_2 = 7,33$; $SD = 1,923$). Observăm o scădere în nivelul de nevrotism al persoanelor care au participat la intervenție ($M_1 = 5,08$; $SD = 2,503$), în comparație cu cel al persoanelor care nu au făcut acest lucru ($M_2 = 6,58$; $SD = 2,275$).

În mod similar, nivelul de psihotism al GE este mai scăzut ($M_1 = 5,33$; $SD = 2,015$), față de cel al GC ($M_2 = 6,75$; $SD = 1,422$). Nivelul de minciună este scăzut în ambele cazuri ($M_1 = 1,08$; $SD = 0,669$, respectiv $M_2 = 0,83$; $SD = 0,718$), ceea ce indică validitatea datelor colectate. Aplicând testului U Mann-Whitney, rezultatele cărui sunt incluse în Anexa 11, Tabelul 11.2, aflăm că există diferențe semnificative statistic între nivelul de nevrotism ($U = 37,50$; $p \leq 0,045$) și psihotism ($U = 36,00$; $p \leq 0,035$) între GE și GC în etapa de retest. În schimb, două dintre variabile au rămas stabile în urma comparației dintre GE și GC la recontrol: extroversia ($U = 61,00$; $p \leq 0,522$) și minciuna ($U = 58,00$; $p \leq 0,371$). În concluzie, programul de intervenție a avut un efect semnificativ asupra nivelului de nevrotism și psihotism al participanților, fără a produce modificări considerabile în ceea ce privește extroversia și minciuna.

Evidențiem faptul că programul de intervenție psihologică are implicații semnificative asupra trăsăturilor de personalitate ale vârstnicilor participanți. Rezultatele cercetării arată o reducere semnificativă a nivelului de nevrotism în grupul formativ după implementarea programului de intervenție [264]. Această reducere indică o îmbunătățire a stabilității emoționale

a participanților, fiind în concordanță cu rezultatele obținute la scala DASS21, care indică o scădere semnificativă a nivelului de anxietate. Nevrotismul, caracterizat prin tendința de a experimenta emoții negative, cum ar fi anxietatea, îngrijorarea și instabilitatea emoțională, a fost diminuat prin participarea la programul de intervenție [291].

Aceste rezultate sunt susținute de multiple studii anterioare. De exemplu, K. Glinski și A.C. Page au investigat efectele terapiei cognitiv-comportamentale (TCC) de grup asupra nevrotismului și au constatat că TCC determină o reducere semnificativă a acestei trăsături de personalitate, subliniind astfel eficiența terapiei de grup în reducerea trăsăturilor de personalitate disfuncționale [98]. În mod similar, studiul realizat de T.Z. Tang și R.J. DeRubeis a demonstrat că TCC poate conduce la schimbări durabile în trăsăturile de personalitate, inclusiv o scădere a nevrotismului, prin reducerea tendinței de a experimenta emoții negative [247].

Analiza evoluției grupului formativ relevă o îmbunătățire semnificativă a nivelului de psihotism, care este asociat cu trăsături precum impulsivitatea, agresivitatea și lipsa de empatie. Reducerea acestui scor sugerează că participanții au devenit mai empatici și deschiși în relațiile interpersonale, ceea ce este esențial pentru o comunicare optimă și pentru dezvoltarea relațiilor sănătoase. Studiul realizat de B.W. Roberts și colaboratorii confirmă faptul că intervențiile psihologice pot genera schimbări semnificative ale trăsăturilor de personalitate, evidențiind că stabilitatea emoțională și extroversia sunt trăsăturile cel mai frecvent modificate prin terapie cu efecte de durată [207]. Acest lucru sugerează că programul de intervenție aplicat în cadrul cercetării noastre a avut un impact similar, îmbunătățind stabilitatea emoțională și reducând trăsăturile de psihotism.

În ceea ce privește nivelul de extroversie al participanților, rezultatele arată că acesta a rămas relativ stabil, cu o creștere ne semnificativă din punct de vedere statistic. Extroversia, caracterizată prin sociabilitate, energie și asertivitate, nu a fost influențată semnificativ de programul de intervenție. Stabilitatea acestei trăsături este susținută de concluziile studiului realizat de J. Anglim și colaboratorii, care au evidențiat că anumite trăsături de personalitate, precum extroversia, tind să fie mai stabile în timp comparativ cu altele [8].

Rezultatele obținute sugerează că programul de intervenție psihologică aplicat a avut un impact semnificativ asupra modificării anumitor trăsături de personalitate la vârstnici. Intervenția, fundamentată pe terapia cognitiv-comportamentală (TCC), terapia rațional-emoțională și comportamentală (REBT) și alte tehnici terapeutice, a demonstrat beneficii notabile pentru stabilitatea emoțională și empatia participanților, contribuind la reducerea nivelurilor de nevrotism și psihotism. Aceste modificări indică o capacitate sporită a participanților de a gestiona emoțiile

negative și de a dezvolta relații interpersonale mai sănătoase. Compararea rezultatelor cu literatura de specialitate confirmă validitatea abordărilor utilizate, subliniind atât necesitatea, cât și beneficiile implementării unor astfel de programe pentru vârstnici [3]. Cercetările anterioare sugerează că intervențiile psihologice pot genera schimbări durabile în trăsăturile de personalitate, contribuind la îmbunătățirea stabilității emoționale și la reducerea trăsăturilor disfuncționale [207]. Aceste constatări evidențiază importanța integrării intervențiilor psihologice în strategiile de îngrijire a vârstnicilor, demonstrând potențialul acestora de a contribui la îmbunătățirea calității vieții în rândul acestei populații.

Programul de intervenție psihologică a abordat comprehensiv diminuarea singurătății la vârstnici, atât din medii familiale, cât și din medii instituționalizate, utilizând tehnici psihoterapeutice directe și indirecte, care vizează factorii ce contribuie la aceasta, inclusiv condițiile socio-demografice, stările emoționale, calitatea vieții și trăsăturile de personalitate. Abordarea integrată a demonstrat eficiență, iar rezultatele obținute în grupul experimental au confirmat impactul pozitiv asupra reducerii singurătății și îmbunătățirii factorilor asociați. Aceste constatări subliniază valoarea programului ca soluție eficientă, facilitând integrarea socială și îmbunătățirea stării emoționale a vârstnicilor.

3.3. Concluzii la capitolul 3

Studiul experimental realizat în vederea implementării și evaluării programului de intervenție psihologică destinat reducerii singurătății la persoanele vârstnice a condus la următoarele concluzii generale:

1. Intervențiile psihologice multidimensionale, integrate la nivel cognitiv, emoțional, comportamental și familial, reprezintă o metodă eficientă pentru diminuarea singurătății la persoanele vârstnice. Aceste abordări terapeutice holistice contribuie la îmbunătățirea bunăstării emoționale și sociale, subliniind importanța aplicării unor strategii complexe în acordarea asistenței psihologice vârstnicilor.

2. Analiza factorilor socio-demografici a arătat că nivelul educațional și statutul ocupațional influențează semnificativ eficiența intervențiilor. Persoanele cu un nivel educațional mai ridicat și cele cu ocupație au obținut cele mai mari îmbunătățiri, sugerând necesitatea personalizării programelor terapeutice pentru a răspunde diversității nevoilor grupurilor demografice.

3. Reducerea singurătății este în strânsă legătură cu gestionarea emoțiilor negative (stres, anxietate și depresie), ceea ce confirmă impactul pozitiv al tehnicilor utilizate în terapia cognitiv-

comportamentală, tehnicile de relaxare și terapia prin artă. Tehnicile utilizate au format deprinderi de gestionare a stresului și menținere a echilibrului emoțional.

4. Intervențiile terapeutice destinate reducerii singurătății la vârstnici s-au dovedit eficiente în îmbunătățirea calității vieții, contribuind semnificativ la creșterea stimei de sine, consolidarea relațiilor sociale și implicării comunitare. Aceste rezultate evidențiază legătura directă dintre integrarea socială și satisfacția personală, subliniind impactul pozitiv al intervențiilor asupra percepției vârstnicilor asupra propriei vieți și asupra relației lor cu mediul social.

5. Reducerea nivelurilor de nevrotism și psihotism la vârstnici, asociată cu o stabilitate emoțională crescută, contribuie indirect la diminuarea singurătății prin îmbunătățirea relațiilor sociale și reducerea percepției izolării sociale. Aceste transformări influențează pozitiv relațiile interpersonale și sprijină creșterea calității vieții.

6. Abordările interdisciplinare și holistice, care integrează sprijin psihologic și social, îmbunătățesc semnificativ relația dintre individ și mediul său social, consolidând stima de sine, relațiile sociale și percepția sprijinului familial și comunitar. Aceste strategii contribuie la o integrare socială mai bună și la diminuarea singurătății, evidențiind importanța lor în îngrijirea vârstnicilor pentru creșterea calității vieții.

7. Validarea eficienței programului a confirmat atingerea obiectivelor generale și specifice ale cercetării. Reducerea semnificativă a singurătății în rândul participanților evidențiază potențialul intervențiilor similare de a fi integrate în politicile de sănătate publică și în programele destinate susținerii populației vârstnice.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

În urma analizei aprofundate realizate, această cercetare a decelat multiple fațete ale singurătății în rândul persoanelor de vârstă a treia, evidențiind factori predictivi esențiali, precum condițiile socio-demografice, stările emoționale, calitatea vieții și trăsăturile de personalitate. Rezultatele experimentale au validat un model integrat de analiză și intervenție, subliniind impactul semnificativ al singurătății asupra sănătății fizice, psihologice și sociale. Intervențiile psihologice integrate, care combină metode cognitive, emoționale, comportamentale și familiale, s-au dovedit eficiente în reducerea singurătății și susțin dezvoltarea unor strategii terapeutice inovative destinate prevenției și reducerii acesteia.

Revizuirea teoretică și studiile empirice efectuate au condus la formularea următoarelor concluzii relevante și recomandări practice pentru îmbunătățirea bunăstării vârstnicilor:

1. Singurătatea la persoanele vârstnice este o experiență complexă și subiectivă, influențată de acesta o varietate de factori, precum variabilele socio-demografice (vârstă, gen, statut marital), stări emoționale negative (anxietate, depresie, stres) și trăsături de personalitate (nevrotism, extroversie scăzută). Distinctă de izolare socială și solitudine acesta implică mecanisme interne care afectează semnificativ calitatea vieții și sănătatea fizică și mentală. Caracterul multidimensional evidențiază interacțiunea dintre factori psihologici, sociali și individuali, subliniind necesitatea unei abordări integrate pentru înțelegere și intervenție eficientă. Definirea și dezvoltarea unor strategii holistice adaptate vârstnicilor sunt esențiale pentru ameliorarea acestui fenomen și îmbunătățirea stării lor de bine. Definiția propusă de noi în cadrul prezentei cercetări este: *Singurătatea este o experiență de distanțare percepută, ce apare atunci când interacțiunile și relațiile cu ceilalți nu reușesc să îndeplinească nevoia profundă de apartenență și sens personal. Ea transcende simpla absență fizică a altora și reflectă un sentiment de ruptură, atât față de ceilalți, cât și față de sine. Această experiență, influențată de așteptările personale și contextul social, variază în intensitate și durată, având potențialul de a genera un spațiu de suferință, dar și de introspecție și autocreștere.*

2. Mediul de rezidență influențează semnificativ nivelul de singurătate al vârstnicilor, cei instituționalizați confruntându-se cu un grad mai ridicat de singurătate socială și emoțională decât cei din mediul familial. Aceasta subliniază necesitatea implementării unor intervenții specifice, promovarea locuirii în comunitate, a serviciilor de suport la domiciliu și a integrării sociale în instituțiile de îngrijire, prin politici și programe care să reducă singurătatea și să sprijine integrarea socială a vârstnicilor.

3. Emoțiile negative, precum anxietatea, depresia și stresul, intensifică singurătatea și contribuie la retragerea socială, având un impact negativ asupra bunăstării generale. Abordarea acesteia necesită integrarea tehnicilor de reglare emoțională și dezvoltarea competențelor relaționale în intervenții, cu scopul de a diminua impactul asupra bunăstării generale și de a promova relaționarea constructivă.

4. Îmbunătățirea calității vieții vârstnicilor este direct legată de reducerea singurătății, având un impact semnificativ asupra percepției acestora asupra propriei vieți, relațiilor sociale și nivelului de implicare în comunitate. Integrarea socială și sprijinul emoțional sunt factori esențiali în promovarea bunăstării generale a acestei categorii de populație.

5. Reducerea trăsăturilor de personalitate negative, precum nevrotismul și psihotismul, prin intervențiile psihologice a dus la o îmbunătățire a stabilității emoționale și a empatiei, având un efect pozitiv asupra relațiilor interpersonale. Aceste schimbări au contribuit semnificativ la diminuarea percepției de izolare socială și, implicit, la reducerea singurătății.

6. Abordările psihologice multidimensionale, care integrează strategii cognitive, emoționale, comportamentale și familiale, au demonstrat eficiență în reducerea singurătății, sporirea stimei de sine, îmbunătățirea relațiilor sociale și a percepției asupra sprijinului comunitar și familial, precum și în ameliorarea stării emoționale și a calității vieții vârstnicilor.

7. Studiul a validat un model teoretico-practic comprehensiv pentru analiza și intervenția asupra singurătății la persoanele vârstnice, furnizând o bază științifică solidă pentru dezvoltarea unor strategii eficiente orientate spre diminuarea acesteia și îmbunătățirea bunăstării vârstnicilor.

Rezultatele studiului deschid noi perspective pentru elaborarea și implementarea unor strategii naționale și internaționale destinate prevenirii și reducerii singurătății în rândul vârstnicilor. Recomandările propuse, fundamentate pe concluziile cercetării, subliniază importanța integrării intervențiilor în politicile publice și necesitatea unei abordări coerente și sustenabile. Structurate pe niveluri macrostructurale și microstructurale, aceste propuneri vizează atât politici publice și strategii naționale, cât și intervenții comunitare și individuale, contribuind la îmbunătățirea sănătății mentale și calității vieții vârstnicilor prin măsuri specifice de prevenție și reducere a singurătății. Intervențiile macrostructurale joacă un rol esențial în diminuarea singurătății și promovarea incluziunii sociale a vârstnicilor. Acestea presupun crearea unui cadru legislativ, financiar și logistic care să faciliteze elaborarea și implementarea unor politici publice integrate. Inițiativele respective trebuie să fie adaptate specificului local, dar, în același timp, aliniat la obiectivele globale stabilite prin inițiative internaționale, precum Agenda 2030, Planul de Acțiune de la Madrid, Strategia Uniunii Europene pentru Îmbătrânire Activă, Fondul Social European și Deceniul Îmbătrânirii Sănătoase promovat de Organizația Națiunilor Unite. Scopul

acestor măsuri este îmbunătățirea calității vieții vârstnicilor și integrarea lor socială în mod sustenabil și eficient.

În România și Republica Moldova, este necesar ca strategiile naționale dedicate îmbătrânirii active și sănătoase să prioritizeze integrarea socială, accesul echitabil la servicii și participarea activă a vârstnicilor la viața comunitară. Măsurile care combat singurătatea și susțin sănătatea mintală devin imperative pentru reducerea inegalităților și crearea unei societăți incluzive. Reformarea educației pentru vârstnici constituie o componentă centrală în acest demers. Programele de educație continuă, axate pe menținerea sănătății mintale și promovarea incluziunii sociale, trebuie să fie completate de inițiative intergeneraționale, care reduc decalajele între generații, și de educația digitală, care facilitează integrarea tehnologiei moderne în viața cotidiană a vârstnicilor. Totodată, educația digitală este esențială pentru reducerea barierelor în comunicare, facilitând accesul vârstnicilor la tehnologie și resurse moderne. Reforma serviciilor de asistență socială trebuie să se concentreze pe dezvoltarea sprijinului comunitar și la domiciliu, reducând astfel dependența de instituționalizare. Crearea unui cadru legislativ și financiar care să sprijine locuirea în comunitate este esențială, la fel ca și creșterea finanțării pensiilor și îngrijirii medicale. Aceste măsuri contribuie la păstrarea autonomiei vârstnicilor și la îmbunătățirea calității vieții lor. Promovarea locuirii în comunitate și extinderea serviciilor de sprijin la domiciliu pot contribui la menținerea unui mediu familial pentru vârstnici, prevenind izolarea și susținând sănătatea mintală. Aceste măsuri promovează autonomia și reduc singurătatea, având un impact pozitiv asupra calității vieții. În completare, dezvoltarea centrelor de zi multifuncționale poate sprijini socializarea, prevenirea izolării și menținerea unui stil de viață activ. Aceste centre ar trebui să fie accesibile prin infrastructuri de transport adaptate nevoilor specifice ale vârstnicilor, oferind o gamă diversă de activități recreative, educaționale și culturale.

Cercetările longitudinale și comparative sunt fundamentale pentru înțelegerea complexității singurătății și pentru identificarea bunelor practici adaptabile diverselor contexte sociale și culturale. Extinderea cadrului teoretic al acestor studii pentru a include factori socio-demografici, emoționali și calitatea vieții oferă o perspectivă integrativă necesară pentru dezvoltarea unor strategii de intervenție eficiente. Parteneriatele între guverne, organizații neguvernamentale și instituții academice sunt esențiale pentru implementarea și monitorizarea politicilor de combatere a singurătății, facilitând schimbul de bune practici și identificarea soluțiilor sustenabile. Analizele cost-beneficiu ale intervențiilor publice reprezintă un instrument crucial pentru prioritizarea soluțiilor eficiente și utilizarea optimă a resurselor. Implementarea acestor măsuri presupune o colaborare interinstituțională solidă și o campanie de informare publică pentru creșterea gradului de conștientizare asupra beneficiilor integrării sociale și autonomiei

vârstnicilor. Prin aceste demersuri, societatea poate sprijini o îmbătrânire sănătoasă și activă, contribuind la construirea unei comunități mai coezive și mai sustenabile.

Intervențiile microstructurale reprezintă un element fundamental în diminuarea singurătății și îmbunătățirea calității vieții vârstnicilor, prin adaptarea soluțiilor la nivel individual și comunitar. Dezvoltarea programelor de consiliere psihologică, care includ sesiuni de terapie individuală și de grup, oferă suport adaptat nevoilor specifice ale vârstnicilor. Integrarea rețelelor de sprijin emoțional în aceste intervenții, prin implicarea activă a familiei, contribuie semnificativ la crearea unui mediu afectiv și social mai stabil. În ceea ce privește sănătatea mintală, organizarea periodică a ședințelor de suport psihologic în centrele de sănătate mintală joacă un rol esențial în prevenirea și ameliorarea problemelor emoționale. Este vital ca aceste servicii să fie extinse și în mediile rurale sau marginalizate, unde accesul la astfel de resurse este adesea limitat. Promovarea interacțiunilor sociale și a activităților comunitare poate fi realizată prin organizarea unor activități recreative, educaționale și culturale, care să stimuleze sentimentul de apartenență. Crearea unui mediu social activ prin cluburi tematice și ateliere creative susține interacțiunea socială, reducând astfel izolarea.

Un alt aspect important îl reprezintă utilizarea tehnologiilor moderne de Comunicare în viața vârstnicilor. Programele de instruire digitală pot facilita conectarea vârstnicilor cu familia și comunitatea, reducând izolarea și îmbunătățind incluziunea socială. Totodată, sprijinirea accesului la dispozitive digitale și servicii de internet prin subvenții poate elimina barierele economice, extinzând accesibilitatea pentru toate categoriile de vârstnici. Pentru vârstnicii instituționalizați, reducerea impactului negativ al instituționalizării poate fi realizată prin dezvoltarea unor intervenții specifice în centrele rezidențiale, care să promoveze un mediu social activ. Intervențiile axate pe organizarea de evenimente, activități de grup și programe de stimulare cognitivă pot îmbunătăți bunăstarea psihologică. În plus, evaluarea personalizată a vulnerabilității la singurătate, prin monitorizarea stării de sănătate, a trăsăturilor de personalitate și a calității vieții, permite adaptarea intervențiilor la nevoile fiecărei persoane.

Dezvoltarea unor instrumente predictive pentru identificarea timpurie a riscului de singurătate poate preveni escaladarea problemelor emoționale. De asemenea, studiile experimentale asupra intervențiilor intergeneraționale evidențiază perspective valoroase privind beneficiile acestor programe, atât pentru persoanele vârstnice, cât și pentru cei mai tineri participanți, creând oportunități de schimb reciproc de cunoștințe și experiențe între generații. Aceste inițiative contribuie la diminuarea singurătății și întăresc coeziunea socială. Evaluarea impactului asupra calității vieții și a sentimentelor de apartenență este esențială pentru optimizarea acestor inițiative. În plus, explorarea mecanismelor biologice asociate singurătății, cum ar fi

inflamația cronică și alte procese fiziologice, poate sprijini dezvoltarea unor intervenții integrative care să abordeze atât dimensiunile psihologice, cât și cele fiziologice ale singurătății.

Implicarea comunității și a familiei joacă un rol crucial în eficiența intervențiilor. Sprijinul familial și comunitar poate amplifica beneficiile obținute din consilierea psihologică și alte activități sociale, contribuind la crearea unui mediu mai favorabil pentru vârstnici. În cadrul centrelor de sănătate mintală, organizarea periodică a ședințelor de intervenție psihologică în grup poate oferi beneficii semnificative pentru starea de bine a vârstnicilor, în special pentru cei instituționalizați. Acest demers poate fi susținut de politici publice care să includă dezvoltarea și implementarea de programe naționale de sprijin psihologic sub egida instituțiilor guvernamentale, precum Ministerul Muncii și Protecției Sociale. Extinderea serviciilor de consiliere psihologică necesită nu doar formarea unui număr mai mare de profesioniști, ci și specializarea acestora pentru a răspunde nevoilor specifice ale vârstnicilor. Chiar și în cazul vârstnicilor neinstituționalizați, unde nivelurile moderate de stres pot stimula implicarea socială, este importantă crearea unui cadru de sprijin adaptat, pentru a preveni eventualele efecte negative.

Prin implementarea acestor măsuri integrate, bazate pe dovezi științifice, este posibilă nu doar prevenirea și diminuarea imediată a singurătății și a problemelor asociate, ci și la îmbunătățirea generală a calității vieții în rândul populației vârstnice. Abordările personalizate și multidimensionale sunt esențiale în crearea unei societăți incluzive, capabile să susțină îmbătrânirea activă și sănătoasă, precum și integrarea socială a grupurilor demografice vulnerabile. Acest model complex de intervenție pune accentul pe importanța unei strategii adaptate nevoilor specifice ale vârstnicilor, promovând bunăstarea psihologică și socială a acestora. Cu toate acestea, prezentul studiu prezintă anumite limitări metodologice, precum dimensiunea redusă și specificitatea eșantionului, subiectivitatea asociată utilizării instrumentelor de autoevaluare, omisiunea unor variabile relevante, cum ar fi rețeaua de suport social, și durata scurtă a cercetării ulterioare. Aceste aspecte afectează generalizabilitatea și sustenabilitatea rezultatelor, subliniind necesitatea extinderii cercetărilor pentru aprofundarea înțelegerii singurătății în rândul vârstnicilor și dezvoltarea unor strategii de intervenție și suport mai eficiente.

În ciuda acestor limitări, studiul oferă perspective valoroase pentru cercetările viitoare, prin identificarea factorilor de risc și a mecanismelor care contribuie la singurătate. De asemenea, promovează dezvoltarea de intervenții personalizate și multidisciplinare, prin integrarea psihologiei și asistenței sociale, și încurajează inițiative de politică publică menite să îmbunătățească sănătatea mintală și calitatea vieții vârstnicilor. Aceste contribuții oferă o bază solidă pentru cercetări ulterioare și pentru elaborarea unor politici și programe care să sprijine o societate mai incluzivă și sensibilă la nevoile tuturor categoriilor de vârstă.

BIBLIOGRAFIE

1. **AARTSEN, M., JYLHÄ, M.** The occurrence of loneliness in older adults: Results of a 28-year prospective study. In: *European Journal of Aging*. 2011, No. 8(1), pp. 31–38. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0175-7>. ISBN: 978-1-4028-9462-6.
2. **ABD-ALLAH, E., HANA, E., METWALLY, S.** Loneliness and depression among institutionalized and non-institutionalized elders: A comparative study. In: *Mansoura Nursing Journal*. 2018, No. 5(1), pp. 145–154. DOI: <https://doi.org/10.21608/mnj.2018.150626>. ISSN: 2735-4121.
3. **ABDELLAOUI, A., CHEN, H. Y., WILLEMSSEN, G., ET AL.** Associations between loneliness and personality are mostly driven by a genetic association with neuroticism. In: *Journal of Personality*. 2019, No. 87(2), pp. 386–397. DOI: <https://doi.org/10.1111/jopy.12397>. ISSN: 0022-3506.
4. **AINSWORTH, M. D.** Patterns of attachment. In: *The Clinical Psychologist*. 1985, No. 38(2), pp. 27–29. ISSN: 0009-921X.
5. **ALBERTI, F. B.** A Biography of Loneliness: The History of an Emotion. New York: Oxford University Press. 2021, pp. 61–83. ISBN: 9780198811343.
6. **ALBU, E.** Psihologia dezvoltării. Cluj-Napoca: Editura Napoca Star. 2008, pp. 123–150. ISBN: 978-973-647-345-6.
7. **ALBU, M.** O variație redusă a Scalelor de depresie, anxietate și stres (DASS). În: *An. Inst. de Ist. „G. Barițiu” din Cluj-Napoca Series Humanistica*. 2011, No. 9, pp. 287–294. ISSN: 1584-4404.
8. **ANGLIM, J., HORWOOD, S., SMILLIE, L. D., ET AL.** Predicting psychological and subjective well-being from personality: A meta-analysis. In: *Psychological Bulletin*. 2020, No. 146(4), pp. 279–323. DOI: <https://doi.org/10.1037/bul0000226>. ISSN: 0033-2909.
9. **ARISTOTLE.** Nicomachean Ethics. Bucharest: Scientific and Encyclopedic Publishing House. 1988, pp. 20–24. ISBN: 973-29-0042-2.
10. **ASHISH, D., GHUFRAN, M.** Subjective well-being among institutionalized and non-institutionalized senior citizens. In: *The International Journal of Indian Psychology*. 2016, No. 3(4), pp. 1–8. DOI: <https://doi.org/10.25215/0304.033>. ISSN: 2348-5396.
11. **ATHANASIU, A., NICA-UDANGIU, Ș., NICA-UDANGIU, L.** Tratat de psihologie medicală. București: Editura Oscar Print. 1998, pp. 152–170. ISBN: 973-9261-25-7.
12. **AYDIN, M., KUTLU, F.Y.** The effect of group art therapy on loneliness and hopelessness levels of older adults living alone: A randomized controlled study. In: *Florence Nightingale*

- Journal of Nursing*. 2021, No. 29(3), pp. 271–284. DOI: <https://doi.org/10.5152/FNJN.2021.20224>. ISSN: 2687-6442.
13. **AYERS, C. R., SORRELL, J. T., THORP, S. R., WETHERELL, J. L.** Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. In: *Psychology and Aging*. 2007, No. 22(1), pp. 8–17. DOI: <https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.1.8>. ISSN: 0882-7974.
 14. **BĂLĂCEANU-STOLNICI, C.** Geriatrie practică. București: Editura Amaltea. 1998, pp. 367–423. ISBN: 973-9397-6-5.
 15. **BĂLAȘA, A.** Îmbătrânirea populației: provocări și răspunsuri ale Europei. În: *Revista Calitatea Vieții*. 2005, Vol. XVI, No. 3–4, pp. 4–10. ISSN: 1018-0839.
 16. **BĂLAȘA, A.** Sănătatea – componentă esențială a calității vieții vârstnicilor. În: *Calitatea Vieții*. București: Editura Academiei Române. 2007, Vol. 18, No. 1–2, pp. 55–74. DOI: <https://revistacalitateavietii.ro/journal/article/view/590>. ISSN: 1844-5292.
 17. **BALOGH, M.** Vârstele de regresie. In: BONCHIȘ, E. (coord.) *Dezvoltarea umană: aspecte psiho-sociale*. Oradea: Editura Imprimeriei de Vest. 2000, pp. 271–272. ISBN: 973-9329-77-2.
 18. **BALTES, P. B.** On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection optimization and compensation as foundation of developmental theory. In: *American Psychologist*. 1997, No. 52(4), pp. 366–380. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.4.366>. ISSN: 0003-066X.
 19. **BARAKAT, M. M., ELATTAR, N. F., ZAKI, H. N.** Depression, anxiety and loneliness among elderly living in geriatric homes. In: *American Journal of Nursing Research*. 2019, No. 7(4), pp. 400–411. DOI: <https://doi.org/10.12691/ajnr-7-4-1>. ISSN: 2378-5586.
 20. **BARBU, G.** Bătrânii - segment al populației defavorizate: anchetă la nivelul Capitalei. În: *Probleme Economice*. 1999, Vol. L, pp. 109–124. Available at: <http://www.cide.ro/tezaur%20L.pdf>. ISBN: 978-973-159-212-1.
 21. **BARKER, J. C.** Neighbors friends and other nonrelative caregivers of dependent elderly living in the community. In: *The Journals of Gerontology: Series B*. 2002, No. 57(3), pp. S158–S167. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/57.3.S158>. ISBN: 978-1-4028-9462-6.
 22. **BARRETO, M., VICTOR, C., HAMMOND, C., ET AL.** Loneliness in the world: Age, gender and cultural differences in loneliness. In: *Personality and Individual Differences*. 2021, No. 169, art. 110066. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110066>. ISSN: 0191-8869.
 23. **BĂTRÂN, D.** Îmbătrânirea, un proces ireversibil. În: *Revista de Administrație Publică și Politici Sociale*. 2010, Vol. 1, No. 3, pp. 40–57. ISSN: 2067-1695.

24. **BAUMEISTER, R. F., LEARY, M. R.** The need for belonging: the desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. In: *Psychological Bulletin*. 1995, No. 117(3), pp. 497–529. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>. ISSN: 0033-2909.
25. **BECK, A. T.** The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. In: *American Journal of Psychiatry*. 2008, Vol. 165, pp. 969–977. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>. ISSN: 0002-953X.
26. **BECK, A. T., WARD, C. H., MENDELSON, ET AL.** An inventory for measuring depression. In: *Archives of General Psychiatry*. 1961, No. 4(6), pp. 561–571. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004d>. ISBN: 978-1-4028-9462-6.
27. **BECK, A. T., YOUNG, J. E.** College Blues. In: *Psychology Today*. 1978, No. 12(4), pp. 80–82. ISBN: 978-1-4028-9462-6.
28. **BECKERS, A., BUECKER, S., CASABIANCA, E., NURMINEN, M.** Effectiveness of interventions tackling loneliness. In: *Joint Research Centre Technical Report*. 2022, Luxembourg: Publications Office of the European Union. DOI: <https://doi.org/10.2760/277109>. ISBN: 978-92-76-59108-5.
29. **BELLER, J., WAGNER, A.** Loneliness social isolation their synergistic interaction and mortality. In: *Health Psychology*. 2018, No. 37(9), pp. 808–813. DOI: <https://doi.org/10.1037/hea0000605>. ISSN: 0278-6133.
30. **BEN-ZUR, H.** The association of self-control with loneliness: An integrative review. In: *Journal of Individual Differences*. 2018, No. 39(4), pp. 238–248. DOI: <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000269>. ISBN: 978-1-61400-269-8.
31. **BERDIAEV, N.** *Cunoașterea de sine. Exercițiul de autobiografie filosofică*. București: Humanitas, 1998, p. 51. ISBN: 973-28-0904-3.
32. **BÎRSAN, C., ȘOITU, D.** Strategii adaptative ale cuplurilor de vârstnici. În: Șoitu, D., Rebeleanu, A. (Coord.), *Noi perspective asupra cursului vieții. Cercetări, politici și practici*. 2016, Iași, Editura Universității Alexandru Ioan Cuza, pp. 57-81. ISBN: 978-606-714-272-3.
33. **BLAZER, D. G.** Depression in late life: review and commentary. In: *Journal of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. 2003, Mar, No. 58(3), pp. 249–265. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.m249>. ISSN: 1079-5006.
34. **BOGODAI, S.** Aspecte bio-psiho-sociale ale vârstei a treia. În: *Acum: Colocviu internațional de științe sociale*. 2007, pp. 249–253. Brașov: Editura Universității Transilvania. ISSN: 1844-5667.

35. **BOGODAI, S.** Vârșnicul în contextul transformărilor survenite în familia contemporană. În: *Educație și schimbare socială. Perspective sociologice și comunicaționale*. 2010, pp. 173–181. Oradea: Editura Universității din Oradea. ISBN: 978-606-10-0045-6. Disponibil la SSRN: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2609408.
36. **BONFIL, A., WAGAGE, S.** *A Course in CBT Techniques: A Free Online CBT Workbook*. Available at: <https://cogbtherapy.com/free-online-cbt-workbook>.
37. **BORRELL-CARRIÓ, F., SUCHMAN, A. L., EPSTEIN, R. M.** The biopsychosocial model 25 years later: Principles practice and scientific inquiry. In: *Annals of Family Medicine*. 2004, No. 2(6), pp. 576–582. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.245>. ISSN: 1544-1709.
38. **BOWLBY, J.** Attachment and loss: Retrospect and prospect. In: *American Journal of Orthopsychiatry*. 1982, No. 52(4), pp. 664–678. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>. ISSN: 0002-9432.
39. **BOWMAN, C. C.** Loneliness and social change. In: *The American Journal of Psychiatry*. 1955, No. 112(3), pp. 194–198. DOI: 10.1176/ajp.112.3.194. ISBN: 978-1-4028-9462-6.
40. **BRANSON, J. S., BRANSON, A., POZNIAK, K., ET AL.** The role of the family during life transitions of the elderly: Implications for family counseling and care professionals. In: *The Family Journal*. 2019, No. 27(1), pp. 75-83. DOI: <https://doi.org/10.1177/1066480718809418>. ISSN: 1066-4807.
41. **BRILLON, M.** *Emoțiile pozitive, emoțiile negative și sănătatea*. București: Editura Polirom, 2010, pp. 195–245. ISBN: 978-973-46-1704-3.
42. **BUBER, M.** *Pointing the Way: Collected Essays*. New York: Harper & Brothers, 1957, pp. 5–11. ISBN: 978-0-06-131713-0.
43. **BUCUR, A., BOZA, M.** Sentimentul de singurătate și strategiile de coping la persoanele văduve și divorțate. În: *Psihologia socială*. 2008, No. 21(1), pp. 23–37. ISSN: 1454-5667.
44. **BUCUR, V., MACIOVAN, A.** Probleme ale vârstei a treia. În: NEAMȚU, G. (Coord.). *Tratat de asistență socială*. Iași: Editura Polirom, 2003, pp. 907–959. ISBN: 973-681-263-4.
45. **BUJOR, L., POPESCU, D., IFTIMIE, A.** *Sprijinul social și reducerea singurătății la vârstnici în Republica Moldova*. Chișinău: Editura Știința, 2016, pp. 45–67. ISBN: 978-9975-85-162-3.
46. **CACIOPPO, J. T., CACIOPPO, S.** Loneliness in the modern age: An evolutionary theory of loneliness (ETL). În: OLSON, J. M. (Ed.). *Advances in Experimental Social Psychology*. Elsevier Academic Press, 2018, pp. 127–197. ISBN: 978-0-12-815297-7.

47. **CACIOPPO, J. T., CACIOPPO, S., BOOMSMA, D. I.** Evolutionary mechanisms for loneliness. In: *Cognition and Emotion*. 2014, No. 28(1), pp. 3–21. DOI: <https://doi.org/10.1080/02699931.2013.837379>. ISSN: 0269-9931.
48. **CACIOPPO, J. T., CACIOPPO, S., CAPITANIO, J. P., COLE, S. W.** The neuroendocrinology of social isolation. In: *Annual Review of Psychology*. 2015, No. 66, pp. 733–767. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015240>. ISSN: 0066-4308.
49. **CACIOPPO, J. T., FOWLER, J. H., CHRISTAKIS, N. A.** Alone in the crowd: The structure and spread of loneliness in a large social network. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. 2009, Vol. 97(6), pp. 977–991. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0016076>. ISSN: 0022-3514.
50. **CACIOPPO, J. T., HAWKLEY, L. C., CRAWFORD, L. E., ET AL.** Loneliness and health: potential mechanisms. In: *Psychosomatic Medicine*. 2002, No. 64(3), pp. 407–417. DOI: [10.1097/00006842-200205000-00005](https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00005). ISSN: 0033-3174.
51. **CACIOPPO, J. T., HAWKLEY, L. C., THISTED, R. A.** Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago health aging and social relations study. In: *Psychological Aging*. 2010, No. 25(2), pp. 453–463. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0017216>. ISSN: 0882-7974.
52. **CACIOPPO, J. T., HUGHES, M. E., WAITE, L. J., ET AL.** Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. In: *Psychology and Aging*. 2006, Mar, No. 21(1), pp. 140–151. DOI: <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>. ISSN: 0882-7974.
53. **CACIOPPO, J. T., PATRICK, W.** *Loneliness: human nature and the need for social connection*. New York: W.W. Norton & Co., 2008, pp. 5-8. ISBN: 978-0393335286.
54. **CACIOPPO, J.T., HAWKLEY, L.C.** Perceived social isolation and cognition. In: *Trends in Cognitive Sciences*. 2009, No. 13(10), pp. 447-454. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>. ISSN: 1364-6613.
55. **CACIOPPO, S., CAPITANIO, J. P., CACIOPPO, J. T.** Toward a neurology of loneliness. In: *Psychological Bulletin*. 2014, Vol. 140, No. 6, pp. 1464–1504. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0037618>. ISSN: 0033-2909.
56. **CACIUC, I.** Singurătatea și sănătatea mentală la vârstnici. În: *Revista de Psihologie Aplicată*. 2010, Vol. 12, No. 2, pp. 67-78. ISSN: 1454-8062.

57. **CASAJUS, D.** De la poésie touarègue à la saudade portugaise. In: *Cahiers de littérature orale*. 2017, No. 81, pp. 179–199. DOI: <https://doi.org/10.4000/clo.3244>. ISSN: 2266-1816.
58. **CERNESCU, T.** *Sociologia vârstei a treia*. Buzău: Editura Beladi, 2004, pp. 155. ISBN: 973-86839-0-4.
59. **CHELCEA, S.** *Personalitate și societate în tranziție: studii de psihologie socială*. București: Editura Știință & Tehnică, 1994, pp. 258-279. ISBN: 973-9693-71-7.
60. **CHIANG, K. J., CHU, H., CHANG, H. J., ET AL.** The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010, No. 25(4), pp. 380-388. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.2350>. ISSN: 0885-6230.
61. **COHEN-MANSFIELD, J., HAZAN, H., LERMAN, Y., SHALOM, V.** Correlates and predictors of loneliness in older adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. In: *International Psychogeriatrics*. 2016, No. 28(4), pp. 557–576. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610215001532>. ISSN: 1041-6102.
62. **CORNWELL, E. Y., WAITE, L. J.** Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. In: *Journal of Health and Social Behavior*. 2009, No. 50(1), pp. 31–48. DOI: <https://doi.org/10.1177/002214650905000103>. ISSN: 0022-1465.
63. **COWEN, P. J., BROWNING, M.** What has serotonin to do with depression? In: *World Psychiatry*. 2015, No. 14(2), pp. 158–160. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20229>. ISSN: 1723-8617.
64. **CRETU, T.** *Psihologia vârstelor*. Iași: Editura Polirom, 2009, pp. 215-240. ISBN: 978-973-46-1464-8.
65. **CRUMPEI-TANASA, I.** Singurătatea. În: BONCU, Ș., TURLIUC, M. N. (Coord.). *Relațiile intime. Atracție interpersonală și conviețuire în cuplu*. Iași: Editura Polirom, 2016, p. 72. ISBN: 978-973-46-6012-4.
66. **CUNGI, C.** Alianța terapeutică. În: FONTAINE, O., FONTAINE, P. (Coord.). *Ghid clinic de terapie comportamentală și cognitivă*. Iași: Editura Polirom, 2008, pp. 45-68. ISBN: 978-973-46-0442-5.
67. **DAHLBERG, L., ANDERSSON, L., MCKEE, K. J., LENNARTSSON, C.** Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. In: *Aging & Mental Health*. 2015, No. 19(5), pp. 409-417. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.944091>. ISSN: 1360-7863.

68. **DE JONG GIERVELD, J., VAN GROENOU, M. B., HOOGENDOORN, A. W., SMIT, J. H.** Quality of marriages in later life and emotional and social loneliness. In: *Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2009, No. 64(4), pp. 497-506. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbn043>. ISSN: 1079-5014.
69. **DE JONG GIERVELD, J., VAN TILBURG, T.** The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: Tested on data from 7 countries in the UN Generation and Gender Surveys. In: *European Journal of Aging*. 2010, No. 7, pp. 121–130. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10433-010-0144-6>. ISBN: 978-1-4028-9462-6.
70. **DERLEGA, V. J., MARGULIS, S. T.** Why loneliness occurs: The interrelationship between socio-psychological and intimacy concepts. In: PEPLAU, L. A., PERLMAN, D. (Eds.). *Loneliness: A compendium of current theory research and therapy*. New York: Wiley-Interscience, 1982, pp. 152–165. ISBN: 978-0471080282.
71. **DIAC, G.** Vârsta a treia și procesul stereotipizării sociale. În: *Psihologia*. 1997, No. 6, pp. 26-29. ISSN: 1221-9989.
72. **DOMÈNECH-ABELLA, J., MUNDÓ, J., HARO, J. M., RUBIO-VALERA, M.** Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). In: *Journal of Affective Disorders*. 2019, No. 246, pp. 82–88. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.043>. ISSN: 0165-0327.
73. **DRAGOMIR, V.** Precizări conceptuale privind sărăcia, marginalizarea, excluderea și incluziunea socială. În: *Revista de Asistență Socială*. 2002, No. 6, București: Editura Facultății de Asistență Socială și Psihologie, p. 84. ISSN: 1583-0608.
74. **DYKSTRA, P. A., DE JONG GIERVELD, J.** Gender and marital history differences in emotional and social loneliness among the Dutch elderly. In: *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillessement*. 2004, No. 23(2), pp. 141–155. DOI: <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0018>. ISSN: 0714-9808.
75. **ELLIS, A.** Rational emotive therapy and cognitive behavior therapy for elderly people. In: *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 1999, No. 17(1), pp. 5–18. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1023017013225>. ISSN: 0894-9085.
76. **ENACHE, I.** *Îmbătrânirea activă: modalități de petrecere a timpului liber după pensionare*. București: Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice, 2019, pp. 5-6. Disponibil la: https://cnoppv.ro/wp-content/uploads/2020/03/Imbatranirea_activa_modalitati_de_petrecere_a_timpului_liber_dupa_pensionare.pdf.

77. **EPICUR.** *Scrisori și maxime.* București: Editura Humanitas, 2015, pp. 85-98. ISBN: 978-973-50-4877-4.
78. **ERIKSON, E. H.** *The Life Cycle Completed* (Extended version with Joan M. Erikson). New York: W.W. Norton & Company, 1982, pp. 104-120. ISBN: 978-0393014297.
79. **EYSENCK, H. J., EYSENCK, S. B. G.** *Manual for the Eysenck Personality Inventory.* London and Tonbridge: Hodder and Stoughton, 1982. ISBN: 0-340-06707-1.
80. **FANGET, F., ROUCOUSE, B.** Afirmarea de sine. În: FONTAINE, O., FONTAINE, P. (Coord.). *Ghid clinic de terapie comportamentală și cognitivă.* Iași: Editura Polirom, 2008, pp. 273-324. ISBN: 978-973-46-0442-5.
81. **FINDLAY, R. A.** Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? In: *Ageing and Society.* 2003, No. 23(5), pp. 647-658. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X03001296>
82. **FISHER, G. A., CHON, K. K.** Durkheim and the Social Construction of Emotions. In: *Social Psychology Quarterly.* 1989, No. 52(1), pp. 1-9. DOI: <https://doi.org/10.2307/2786899>. ISSN: 0190-2725.
83. **FLANDERS, F. J.** A General Systems Approach to Loneliness. În: PEPLAU, L. A., PERLMAN, D. (Eds.). *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research, and Therapy.* New York: Wiley, 1982, pp. 152-165. ISBN: 978-0-471-09724-0.
84. **FONTAINE, R.** *Psihologia îmbătrânirii.* Iași: Editura Polirom, 2008, pp. 112-118. ISBN: 978-973-46-1055-8.
85. **FRANKL, V. E.** *Omul în căutarea sensului vieții.* București: Editura Meteor Press, 2006, pp. 103-125. ISBN: 978-973-728-112-9.
86. **FREUD, S.** On Narcissism: An Introduction. În: STRACHEY, J. (Ed. and Trans.). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 67–102). London: Hogarth Press, 1957 (Original work published 1914). ISBN: 978-0099426653.
87. **FRISCH, M.** *Inventarul calității vieții. Manual și ghid de tratament.* București: O.S. România, 2014. ISBN: 978-606-93139-6-1.
88. **FROMM, E.** *The Sane Society.* London and New York: Routledge & Kegan Paul, 1955, pp. 127. ISBN: 9780415270988.
89. **FROMM-REICHMANN, F.** Loneliness. În: *Psychiatry.* 1959, No. 22(1), pp. 1–15. DOI: <https://doi.org/10.1080/00332747.1959.11023153>. ISSN: 0033-2747.

90. **GAGAUZ, O., BUCIUCEANU-VRABIE, M.** Percepția bătrâneții și imaginea persoanelor vârstnice. În: *Revista de Filosofie, Sociologie și Științe Politice*. 2014, nr. 1(167), pp. 112-123. ISSN: 1957-2294.
91. **GAL, D.** *Dezvoltarea umană și îmbătrânirea*. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, 2001, pp. 45-67. ISBN: 978-973-610-076-5.
92. **GAONAC'H, D., LARIGAUDERIE, P.** *Memorie și funcționare cognitivă. Memoria de lucru*. Traducere de Raluca Melinte. Iași: Editura Polirom, 2002, pp. 120-150. ISBN: 978-973-681-100-7.
93. **GÂRLEANU-ȘOITU, D.** *Vârsta a treia*. Iași: Editura Institutul European, 2006, pp. 89-120. ISBN: 978-973-611-450-1.
94. **GHEȚĂU, V.** Câți pensionari ar putea avea România până în 2030? În: *Revista de Asistență Socială*. 2011, No. 10(3), pp. 115-136. ISBN: 978-606-92841-1-0.
95. **GHEȚĂU, V.** *Declinul demografic și viitorul populației României: O perspectivă din anul 2007 asupra populației României în secolul 21*. Buzău: Editura Alpha MDN, 2007, pp. 34-36. ISBN: 978-973-7871-88-6.
96. **GÎRLEANU, D.** Vulnerabilitatea vârstei a treia. Aspecte teoretico-practice. În: MIFTODE, V. (Coord.). *Populații vulnerabile și fenomene de auto-marginalizare*. Iași: Editura Științifică Lumen, 2002, pp. 47-104. ISBN: 973-85194-4-6.
97. **GÎRLEANU-ȘOITU, D.** Fenomenul îmbătrânirii din perspectivă teoretică. În: MIFTODE, V. (Coord.). *Sociologia populațiilor vulnerabile. Teorie și metodă*. Iași: Editura Universității „Al. I. Cuza”, 2004, pp. 173–197. ISBN: 973-703-049-4.
98. **GLINSKI, K., PAGE, A.C.** Modifiability of neuroticism, extraversion, and agreeableness by group cognitive behaviour therapy for social anxiety disorder. In: *Behaviour Change*. 2010, No. 27(1), pp. 42–52. DOI: <https://doi.org/10.1375/bech.27.1.42>. ISSN: 0813-4839.
99. **GOFFMAN, E.** *Aziluri. Eseuri despre situația socială a pacienților psihiatrici și a altor categorii de persoane instituționalizate*. Traducere de Anacaona Mindrila. Iași: Editura Polirom, 2004, pp. 69–74. ISBN: 973-681-427-0.
100. **GOLDEN, J., CONROY, R.M., BRUCE, I., ET AL.** Loneliness, social support networks, mood, and well-being in community-dwelling elderly. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009, No. 24, pp. 694–700. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.2181>. ISSN: 0885-6230.
101. **HALLFORD, D., MELLOR, D.** Reminiscence-based therapies for depression: Should they be used only with older adults? In: *Clinical Psychology: Science and Practice*.

- 2013, No. 20(4), pp. 452–468. DOI: <https://doi.org/10.1111/cpsp.12043>. ISSN: 0969-5893.
102. **HAMDANI, S.U., ZILL-E-HUMA, ZAFAR, S.W., ET AL.** Effectiveness of relaxation techniques 'as an active ingredient of psychological interventions' to reduce distress, anxiety, and depression in adolescents: a systematic review and meta-analysis. In: *International Journal of Mental Health Systems*. 2022, No. 16(1), p. 31. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00541-y>. ISSN: 1752-4458.
103. **HASSAN, W., EL-HALIM, Z., AHMED, S., MOSTAFA, N.** Psychological problems as perceived by institutionalized and non-institutionalized elderly. In: *Journal of Education and Practice*. 2017, No. 8(33), pp. 61–67. ISSN: 2222-1735.
104. **HAWKLEY, L. C., BURLESON, M. H., ET AL.** Loneliness in everyday life: cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003, No. 85(1), pp. 105–120. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.1.105>. ISSN: 0022-3514.
105. **HAWKLEY, L. C., CACIOPPO, J. T.** Aging and loneliness: Down fast? In: *Current Directions in Psychological Science*. Cambridge University Press, 2007, No. 16(4), pp. 187–191. ISSN: 1467-8721.
106. **HAWKLEY, L. C., CACIOPPO, J. T.** Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. In: *Annals of Behavioral Medicine*. 2010, No. 40(2), pp. 218–227. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>. ISSN: 0883-6612.
107. **HAWKLEY, L.C., BROWNE, M.W., CACIOPPO, J.T.** How can I connect with thee? Let me count the ways. In: *Psychological Science*. 2005, No. 16(10), pp. 798–804. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01617.x>. ISSN: 0956-7976.
108. **HEGEL, G.W.F.** *Fenomenologia spiritului*. București: Editura IRI, 2000, pp. 253. ISBN: 978-973-9634-87-7.
109. **HEINRICH, L. M., GULLONE, E.** The clinical significance of loneliness: A literature review. In: *Clinical Psychology Review*. 2006, No. 26(6), pp. 695–718. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>. ISSN: 0272-7358.
110. **HOLT-LUNSTAD, J., SMITH, T. B., BAKER, M., ET AL.** Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. In: *Perspectives on Psychological Science*. 2015, No. 10(2), pp. 227–237. DOI: <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>. ISSN: 1745-6916.

111. **HOLT-LUNSTAD, J., SMITH, T. B., LAYTON, J. B.** Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. In: *PLoS Medicine*. 2010, Jul 27, No. 7(7), e1000316. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>. ISSN: 1549-1676.
112. **HOLWERDA, T. J., DEEG, D. J. H., BEEKMAN, A. T. F., VAN TILBURG, T. G., ET AL.** Loneliness and the risk of dementia and Alzheimer's disease: A longitudinal study. In: *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2014, Vol. 85(2), pp. 135–142. DOI: <https://doi.org/10.1136/jnnp-2012-302755>. ISSN: 0022-3050.
113. **IAMANDESCU, I. B.** Psihologie Medicală, Psihosomatica Generală și Aplicată. București: Editura InfoMEDICA, 2008, pp. 119–145. ISBN: 973-7912-64-0.
114. **IDLER, E. L., KASL, S. V.** Religion, disability, depression, and the timing of death. In: *American Journal of Sociology*. 1992, No. 97(4), pp. 1052–1079. DOI: <https://doi.org/10.1086/229861>. ISSN: 0002-9602.
115. **ILUȚ, P.** Valori, atitudini și comportamente sociale. Teme actuale de psihosociologie. Iași: Editura Polirom, 2004, pp. 129–136. ISBN: 973-681-763-6.
116. **INGRAM, D. H.** Karen Horney at 100: Beyond the Frontier. In: *The American Journal of Psychoanalysis*. 1985, No. 45(4), pp. 305–309. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01252864>. ISSN: 0002-9548.
117. **INSTITUTUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ (INS).** Populația României pe grupe de vârstă. București: INS, 2022. Disponibil la: <https://bucuresti.insse.ro/>.
118. **JANG, H., TANG, F.** Loneliness, age at immigration, family relationships, and depression among older immigrants: A moderated relationship. In: *Journal of Social and Personal Relationships*. 2022, No. 39(6), pp. 1602–1622. DOI: <https://doi.org/10.1177/02654075211061279>. ISBN: 978-1-4028-9462-6.
119. **JASPERS, K.** Texte filosofice. București: Editura Politică, 1986, pp. 24–33. ISBN: 978-973-280-0934.
120. **JONES, W. H., FREEMON, J. E., GOSWICK, R. A.** The persistence of loneliness: Self and other determinants. In: *Journal of Personality*. 1981, No. 49(1), pp. 27–48. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1981.tb00844.x>. ISSN: 0022-3506.
121. **JUNG, C. G.** *Memories, Dreams, Reflections*. Recorded and edited by Aniela Jaffé. Translated from the German by Richard and Clara Winston. London: Collins; Routledge & Kegan Paul, 1963, pp. 182–183. ISBN: 978-0006540274. Disponibil la: <https://antilogicalism.com/wp-content/uploads/2017/07/memories-dreams-reflections.pdf>.
122. **KANCHANA, M., SIVARANJINI, R., SRINIVASAN, A.** Quality of life and perceived loneliness among institutionalized and non-institutionalized elderly persons. In:

- IAHRW International Journal of Social Sciences Review*. 2018, No. 6(5), pp. 844–848. ISSN: 2347-3797. Disponibil la: <https://www.proquest.com/scholarly-journals/quality-life-perceived-loneliness-among/docview/2617721138/se-2>.
123. **KEMPERMAN, A., VAN DEN BERG, P., WEIJS-PERRÉE, M., UIJTDEWILLIGENT, K.** Loneliness in the elderly: Social network and living environment. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019, No. 16(3), Art. 406. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16030406>. ISSN: 1661-7827.
 124. **KIERKEGAARD, S.** *Opere III - Discursuri edificatoare (1843–1844). Trei discursuri la ocazii imaginate*. București: Humanitas, 2006, pp. 299–321. ISBN: 978-973-50-3280-7.
 125. **KIM, J. E., MOEN, P.** Retirement transitions, gender, and psychological well-being: An ecological model of the life course. In: *The Journals of Gerontology: Series B*. 2002, No. 57(3), pp. P212–P222. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/57.3.P212>. ISSN: 1079-5014.
 126. **KIRK, R.** Experimental design. In: SCHINKA, J. A., VELICER, W. F. (Editors), WEINER, I. B. (Coord.) *Handbook of Psychology. Volume 2. Research Methods in Psychology*. Hoboken: John Wiley & Sons, 2003, pp. 3–32. ISBN: 978-0-470-89064-6. Disponibil la: https://www.booksfree.org/wp-content/uploads/2022/04/Handbook-of-Psychology-Volume-2-by-Irving-B-Weiner-booksfree.org_.pdf.
 127. **KLEIN, M.** On the feeling of loneliness. In: *Envy and Gratitude and Other Papers 1946–1963. The Writings of Melanie Klein (Vol. 3, pp. 300–313)*. New York: Free Press, 1975. (Original article published 1963). ISBN: 978-0029184402.
 128. **KONYA, Z., KONYA, A.** Terapie familială sistemică. Iași: Polirom. 2012, pp. 18-21, 33-35, 229-133. ISBN: 978-973-46-3075-2.
 129. **KRAUSE, N.** Gratitude to God, Stress and Health in Late Life. In: *Research on Aging*. 2006, No. 28(2), pp. 163–183. DOI: <https://doi.org/10.1177/0164027505284048>. ISSN: 0164-0275.
 130. **LAHDENPERÄ, M., VIRTANEN, M., MYLLYNTAUSTA, S., ET AL.** Psychological Stress During the Transition to Retirement and the Role of Psychosocial Working Conditions and the Social Living Environment. In: *The Journals of Gerontology: Series B*. 2022, No. 77(1), pp. 135–148. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab054>. ISSN: 1079-5014.

131. **LANGER, E. J., RODIN, J.** The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. 1976, No. 34(2), pp. 191–198. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.34.2.191>. ISSN: 0022-3514.
132. **LANTOȘ, Ș.** Calitatea vieții umane. București: Editura Științifică și Enciclopedică. 1989, pp. 119–124. ISSN: 1857-2103.
133. **LARIONESCU, M.** Familia: Primatul ordinii morale. În: *Sociologie Românească*. 1994, Vol. 5, No. 5, Oct., pp. 481–489. ISSN: 1220-5389. Disponibil la: https://revistasociologieromaneasca.ro/sr/article/view/1994_5_Larionescu.
134. **LARSON, R.W.** The solitary side of life: An examination of the time people spend alone from childhood to old age. In: *Developmental Review*. 1990, No. 10(2), pp. 155–183. DOI: [https://doi.org/10.1016/0273-2297\(90\)90008-R](https://doi.org/10.1016/0273-2297(90)90008-R). ISSN: 0273-2297.
135. **LEE, Y., KO, Y.** Feeling lonely when not socially isolated: Social Isolation Moderates the Association Between Loneliness and Daily Social Interaction. In: *Journal of Social and Personal Relationships*. 2018, No. 35(10), pp. 1340–1355. DOI: <https://doi.org/10.1177/0265407517712902>. ISSN: 0265-4075.
136. **LEPORE, J.** The history of loneliness. In: *The New Yorker*. 6 Apr. 2020. ISSN: 0028-792X. Available at: <https://www.newyorker.com/magazine/2020/04/06/the-history-of-loneliness>.
137. **LINDNER, S., ASCHWANDEN, D., ZIMMERMANN, J., & ALLEMAND, M.** How do personality traits manifest in daily life of older adults? In: *European Journal of Ageing*. Springer, 2021, No. 19(1), pp. 131–142. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00598-z>. ISSN: 1613-9372.
138. **LINGIS, A.** Anthropology as Natural Science: Clifford Geertz's Extrinsic Theory of Mind. In: *Open Journal of Philosophy*. 2014, No. 4(2), pp. 100–106. DOI: <https://doi.org/10.4236/ojpp.2014.42014>. ISSN: 2161-7471.
139. **LLEWELYN, J.** The Fundamental Concepts of Metaphysics: World, Finitude, Solitude, by Martin Heidegger, translated by William McNeill and Nicholas Walker. In: *Journal of the British Society for Phenomenology*. 1998, No. 29(1), pp. 109–111. DOI: 10.1080/00071773.1998.11007224. ISBN: 978-0253214294.
140. **LONG, M. V., MARTIN, P.** Personality, relationship closeness, and loneliness of oldest old adults and their children. In: *The Journals of Gerontology: Series B*. Oxford University Press, 2000, No. 55(5), pp. P311–P319. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/55.5.P311>. ISSN: 1079-5014.

141. **LOSÎL, E.** Personalitatea bătrânului și schimbările în contextul social. În: *Psihologia tânărului, adultului și vârstnicului*. Chișinău: Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Facultatea de Psihologie și Psihopedagogie Specială, Catedra Psihologie, 2018, pp. 139–149. ISBN: 978-9975-46-386-7.
142. **LOVIBOND, S.H., LOVIBOND, P.F.** Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation. 1995, ISBN: 0733414230.
143. **LUCA, C., GÎRLEANU-ȘOITU, D. T.** Metodologie de lucru în asistența psiho-sociojuridică a persoanelor vârstnice. Iași: Editura Asociația Alternative Sociale. 2012, pp. 14–24. ISBN: 978-973-0128-68-0. Disponibil la: <https://www.alternativesociale.ro/wp-content/uploads/2023/06/Metodologie-de-lucru-in-asistenta-psiho-socio-juridica-a-persoanelor-varstnice-1.pdf>.
144. **LUNT, P. K.** The Perceived Causal Structure of Loneliness. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991, No. 61(1), pp. 26–34. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.26>. ISSN: 0022-3514.
145. **LUO, Y., HAWKLEY, L. C., WAITE, L. J., CACIOPPO, J. T.** Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. In: *Social Science & Medicine*. 2012, No. 74(6), pp. 907–914. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>. ISSN: 0277-9536.
146. **MAAS, J., VAN DILLEN, S.M.E., VERHEIJ, R.A., GROENEWEGEN, P.P.** Social contacts as a possible mechanism behind the relation between green space and health. In: *Health & Place*. 2009, No. 15(2), pp. 586–595. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.09.006>. ISSN: 1353-8292.
147. **MAJOR, B., O'BRIEN, L. T.** The social psychology of stigma. In: *Annual Review of Psychology*. 2005, No. 56, pp. 393–421. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>. ISBN: 978-1-4028-9462-6.
148. **MALONE, J.C., GARCÍA-PENAGOS, A.** WHEN a Clear Strong Voice Was Needed: A Retrospective Review of Watson's (1924/1930) Behaviorism. In: *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*. 2014, No. 102(2), pp. 267–287. DOI: <https://doi.org/10.1002/jeab.98>. ISSN: 0022-5002.
149. **MÂNDRILĂ, C. G.** Considerații asupra crizelor persoanelor de vârstă a treia. În: *Analele Științifice ale Universității "Al. I. Cuza" din Iași. Sociologie-Politologie*. 2002, Vol. 6, pp. 289–295. ISSN: 1221-8484.
150. **MÂNDRILĂ, C. G.** Procesul de îmbătrânire din perspectiva asistenței sociale. Iași: Editura Tehnopress. 2005, pp. 137–138. ISBN: 978-973-703-318-5.

151. **MÂNDRILĂ, C. G.** Tranziția de rol la vârsta a treia. În: *Analele Științifice ale Universității "Al. I. Cuza" din Iași. Teologie.* 2005, Vol. 10, pp. 487–494. ISSN: 1224-9952.
152. **MANOIL, P.** Etiologia stării de singurătate în mediul adolescentin. În: *The Contemporary Issues of the Socio-Humanistic Sciences, Ediția 9, 6–7 decembrie 2018, Chișinău.* Chișinău: "Print-Caro" SRL. 2018, pp. 68–76. ISBN: 978-9975-3277-5-6.
153. **MARROU, H. I.** Sfântul Augustin și sfârșitul culturii antice. București: Humanitas. 1997, pp. 277–278. ISBN: 973-28-0714-8.
154. **MASLOW, A. H.** A Theory of Human Motivation. In: *Psychological Review.* 1943, No. 50(4), pp. 370–396. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0054346>. ISSN: 0033-295X.
155. **MCAULEY, E., SZABO, A., GOTHE, N., OLSON, E. A.** Self-Efficacy: Implications for Physical Activity, Function, and Functional Limitations in Older Adults. In: *American Journal of Lifestyle Medicine.* 2011, No. 5(4), pp. 361–369. DOI: <https://doi.org/10.1177/1559827610392704>. ISSN: 1559-8276.
156. **MCDOUGALL, G.J. Jr.** Cognitive Interventions Among Older Adults. In: *Annual Review of Nursing Research.* 1999, No. 17(1), pp. 219–240. DOI: <https://doi.org/10.1891/0739-6686.17.1.219>. ISSN: 0739-6686.
157. **MCWHIRTER, B. T.** Loneliness: A Review of Current Literature, with Implications for Counseling and Research. In: *Journal of Counseling & Development.* 1990, No. 68(4), pp. 417–422. DOI: <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1990.tb02521.x>. ISSN: 1556-6676.
158. **MIKULIĆ, I., SEKULIĆ, I.** Everybody Lies. In: *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 2014, No. 113, pp. 134–142. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.020>. ISSN: 1877-0428.
159. **MILLER, S. H.** Pointing the way, by Martin Buber. New York: Harper & Brothers. 1957. In: *Theology Today.* 1959, vol. 16(3), pp. 420–421. DOI: <https://doi.org/10.1177/004057365901600330>. ISSN: 0040-5736.
160. **MITCHELL, R.L., KUMARI, V.** Hans Eysenck's interface between the brain and personality: Modern evidence on the cognitive neuroscience of personality. In: *Personality and Individual Differences.* December 2016, vol. 103, pp. 74–81. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.009>. ISSN: 0191-8869.
161. **MITROFAN, I., MITROFAN, N.** Familia de la A la Z. Mic dicționar al vieții de familie. București: Editura Științifică. 1991, pp. 75–97. ISBN: 973-44-0041-X.

162. **MODGLIN, L.** What is loneliness? Causes, Effects, and Prevention. In: *Forbes*. 2023. Available at: <https://www.forbes.com/health/mind/what-is-loneliness/>.
163. **MOLLENKOPF, H., BAAS, S., MARCELLINI, F., ET AL.** Mobility and the Quality of Life. In: Mollenkopf, H., Marcellini, F., Ruoppila, I., Szeman, Z., & Tacken, M.H.H.K. (Eds.) *Enhancing Mobility in Later Life: Personal Coping, Environmental Resources and Technical Support*. IOS Press. 2005, pp. 279–288. ISBN: 1-58603-564-9.
164. **MOOREY, S.** Terapia cognitivă. În: DRYDEN, W. (coord.), *Manual de terapie individuală*. Iași: Polirom. 2010, pp. 447–492. ISBN: 978-973-46-1744-9.
165. **MOUSTAKAS, C. E.** Loneliness. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1961, pp. 24-34. ISBN: 978-0135401613.
166. **MOUSTAKAS, C. E.** The sense of self. In: *Journal of Humanistic Psychology*. 1961, No. 1(1), pp. 20–34. DOI: <https://doi.org/10.1177/002216786100100104>. ISSN: 1552-650X.
167. **MUNTEANU, A.** Psihologia vârstelor adulte și ale senectuții. Timișoara: Editura Eurobit. 2004, pp. 84–161. ISBN: 973-620-090-6.
168. **MUREȘAN, C. (Coord.)**. Situația vârstnicilor din România. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană. 2009, pp. 79–90. ISBN: 978-973-595-395-9.
169. **MUREȘAN, M. R.** Vârsta a treia între autonomie și vulnerabilitate. Cluj-Napoca: Editura Limes. 2012, pp. 156–189. ISBN: 978-973-726-706-1.
170. **NECHITA, M.** Resurse și nevoi la persoanele de vârstă a treia. Baia Mare: Editura Universității de Nord. 2008, pp. 37–38, 146. ISBN: 973-172-982-8.
171. **NEDELCU, M.** Rezumat: Teză de doctorat – Singurătatea. Strategii de adaptare și control. Cluj-Napoca: Universitatea Babeș-Bolyai. 2011, pp. 8–10. Disponibil la: https://doctorat.ubbcluj.ro/sustinerea_publica/rezumat/2011/psihologie/nedelcu_marcel_ro.pdf.
172. **NEUGARTEN, B. L.** The Meanings of Age: Selected Papers of Bernice L. Neugarten. Chicago: University of Chicago Press. 1976, pp. 145–163. ISBN: 978-0226573814.
173. **NIETZSCHE, F.** Așa grăit-a Zarathustra. București: Humanitas. 2018, pag. 277. ISBN: 973-50-5982-8.
174. **OEI, T.P., SAWANG, S., GOH, Y.W., MUKHTAR, F.** Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures. In: *International Journal of Psychology*. 2013, No. 48(6), pp. 1018–1029. DOI: <https://doi.org/10.1080/00207594.2012.755535>. ISSN: 0020-7594.

175. **ONG, A. D., UCHINO, B. N., WETHINGTON, E.** Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. In: *Gerontology*. 2016, No. 62(4), pp. 443–449. DOI: <https://doi.org/10.1159/000441651>. ISSN: 0304-324X.
176. **ORMSTAD, H., EILERTSEN, G., HEIR, T., SANDVIK, L.** Personality traits and the risk of loneliness in old age: A 5-year follow-up study. În: *Health and Quality of Life Outcomes*. 2020, Nr. 18, Articol 47, pp. 1–5. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01303-5>. ISSN: 1477-7525.
177. **PANWAR, P., KUMAR, R., BELSIYAL, X.** Loneliness, sociability and depression in old age home elderly. In: *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 2019, No. 6(10), pp. 4331–4335. DOI: <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20194490>. ISSN: 2394-6032.
178. **PEPLAU, L.A., MICELI, M., MORASCH, B.** Loneliness and self-esteem. In: PEPLAU, L.A., & PERLMAN, D. (Eds.), *Loneliness: A compendium of current theory, research, and therapy*. New York: Wiley-Interscience. 1982, pp. 135–151. ISBN: 978-0471080282.
179. **PEPLAU, L.A., PERLMAN, D.** Perspectives on loneliness. In: Peplau, L.A., & Perlman, D. (Eds.) *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research, and Therapy*. 1982, pp. 1–18. New York: John Wiley & Sons. ISBN: 978-0471080282.
180. **PERJAN, C., SANDULEAC, S., PLĂMĂDEALĂ, V.** Interpretarea singurătății ca fenomen psihosocial. În: *Studia Universitatis Moldaviae*. 2017, Nr. 9(109), Seria „Științe ale educației”, pp. 214–220. ISSN: 1857-2103. ISSN online: 2345-1025.
181. **PERLMAN, D., PEPLAU, L.A.** Loneliness Research: A Survey of Empirical Findings. In: *Preventing the Harmful Consequences of Severe and Persistent Loneliness*, edited by L.A. Peplau and S.E. Goldston. Rockville, MD: National Institute of Mental Health. 1973, pp. 13–46. ISBN: 978-0-87544-265-3.
182. **PERLMAN, D., PEPLAU, L.A.** Toward a Social Psychology of Loneliness. In: Gilmour, R. & Duck, S. (Eds.), *Personal Relationships in Disorder*. London: Academic Press. 1981, pp. 31–56. ISBN: 978-0122839507.
183. **PETRESCU, I.** Psihologia nonagenarului în confruntarea cu propria vârstă. București: Editura Expert. 2018, pp. 524–578. ISBN: 978-973-618-420-8.
184. **PINQUART, M.** Loneliness in Married, Widowed, Divorced and Never-Married Older People. In: *Journal of Social and Personal Relationships*. 2003, No. 20(1), pp. 31–53. DOI: <https://doi.org/10.1177/02654075030201002>. ISSN: 0265-4075.

185. **PINQUART, M., SÖRENSEN, S.** Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. In: *Basic and Applied Social Psychology*. 2001, No. 23(4), pp. 245–266. DOI: <https://doi.org/10.1207/153248301753225702>. ISSN: 0197-3533.
186. **PINTILIA, L., PISICĂ, S., GHEORGHE, F., ET AL.** România în cifre. București: Institutul Național de Statistică. 2023, pp. 10–23. ISSN: 1222-8818. Disponibil la: https://insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/romania_in_cifre_2023.pdf.
187. **PLĂMĂDEALĂ, V.** Studiu empiric cu privire la singurătatea trăită de tineri. În: *The contemporary issues of the socio-humanistic sciences: The mentalities of society in transformation*, Ediția a 6-a, 11–12 decembrie 2015, Chișinău, Republica Moldova: Universitatea Liberă Internațională din Moldova, pp. 42–43.
188. **PLEȘA, R.** Psihologie socială clinică și psihologie medicală: concepte, teorii, modele. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană. 2017, pp. 17–27. ISBN: 978-606-370-181-8.
189. **POP, C.E.** Calitatea vieții persoanelor vârstnice dependente în România. In: *Sociologie Românească*. 2021, Vol. 19, No. 2, pp. 253–258. DOI: <https://doi.org/10.33788/sr.19.2.13>. ISSN: 1220-5389.
190. **POP, C.E.** Starea de sănătate a persoanelor vârstnice și riscurile asociate pandemiei de Covid-19. În: PRECUPEȚU, I. (Coord.), MIHALACHE, F., PETRESCU, C., POP, C. E., TUFĂ, L., VASILE, M. *Calitatea vieții vârstnicilor. Tendințe și riscuri în contextul pandemiei*. București: Institutul de Cercetare a Calității Vieții. 2021, pp. 49–74. Disponibil la: <https://www.iccv.ro/wp-content/uploads/2021/04/Raport-CV-varstnici-.pdf>.
191. **POPA, A.** Percepția socială asupra vârstnicilor între obiectivitate și distorsiune. Studiu exploratoriu. În: *Revista Calitatea Vieții. Revista de Politici Sociale*. București: Editura Academiei Române. 2000, Anul XII, Nr. 1–4, pp. 91–100. Disponibil la: <https://www.revistacalitateavietii.ro/journal/article/view/1051/883>.
192. **POPESCU, M.** Rolul rețelelor sociale în reducerea singurătății la vârstnici. În: *Revista Română de Asistență Socială*. 2012, Vol. 5, Nr. 3, pp. 45–59. ISSN: 1583-0608.
193. **PRADA, G.I.** Geriatrie și Gerontologie - Note de Curs - Volumul 1. București: Editura Medicală. 2001, pp. 17–34. ISBN: 973-39-0453-8.
194. **PRECUPEȚU, I. (Coord.), MIHALACHE, F., PETRESCU, C., ET AL.** Calitatea vieții vârstnicilor. Tendințe și riscuri în contextul pandemiei. Raport de cercetare. București: Institutul de Cercetare a Calității Vieții. 2021, pp. 25–49. Disponibil la: <https://www.iccv.ro/wp-content/uploads/2021/04/Raport-CV-varstnici-.pdf>.

195. **PRELIPCEANU, D.** Normalitate și sănătate mintală. În: *Tratat de sănătate mintală* (eds. D. Prelipceanu, R. Mihăilescu, R. Teodorescu), vol. I. București: Editura Enciclopedică. 2000, pp. 23–44. ISBN: 973-45-0368-4.
196. **PUWAK, H.** Încetinirea ireversibilității: Eseu-cercetare despre vârsta a III-a. București: Editura Expert. 1995, pp. 125–154. ISBN: 973-96322-2-X.
197. **RĂDULESCU, S.M.** Sociologia problemelor sociale ale vârstelor. București: Editura Lumina Lex. 1999, pp. 56–78. ISBN: 973-588-194-2.
198. **RĂDULESCU, S.M.** Sociologia vârstelor (Societatea și ciclul uman de viață). București: Editura Hyperion XXI. 1994, pp. 95–122. ISBN: 973-96161-6-X.
199. **RĂȘCANU, R.** Psihologie clinică de la tradiție la modernitate. București: Editura Universității. 2011, pp. 31–37; 159–169. ISBN: 978-973-737-715-9.
200. **RĂȘCANU, R.** Psihologie medicală și asistență socială. București: Editura Știință și Tehnică. 1997, pp. 166–168; 309–310. ISBN: 973-9236-12-X.
201. **RĂȘCANU, R.** Psihologie și comunicare. București: Editura Universității din București. 2001, pp. 88–89. ISBN: 973-575-548-3.
202. **RĂȘCANU, R.** Singurătatea este o boală?. București: Editura Științifică și Enciclopedică. 1987, pp. 45–67. ISBN: 973-29-0000-0.
203. **RĂȘCANU, R., CHIRACU, A. (Coord.).** Destăinuiți cu psihologul. De la copilărie la vârsta înțelepciunii. București: Editura Universitară. 2017, pp. 135–145. ISBN: 978-606-16-0960-4.
204. **RAY, K. D., GÖTELL, E.** The use of music and music therapy in ameliorating depression symptoms and improving well-being in nursing home residents with dementia. In: *Frontiers in Medicine*. 2018, No. 5, Article 287. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00287>. ISSN: 2296-858X.
205. **RIESMAN, D., GLAZER, N., DENNEY, R.** *The Lonely Crowd: A Study of the Changing American Character*. New Haven, CT: Yale University Press. 2020, pp. 3–32. ISBN: 978-0300246735.
206. **RIGA, S., RIGA, D.** Stresologie, adaptologie și sănătate mintală. București: Editura Cartea Universitară. 2008, pp. 41–43. ISBN: 978-973-731-546-5.
207. **ROBERTS, B. W., WALTON, K. E., VIECHTBAUER, W.** Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies. In: *Psychological Bulletin*. 2006, No. 132(1), pp. 1–25. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.1>. ISSN: 0033-2909.

208. **ROBINER, W., GRAVES, J., ANDERSON, B.** Urbanization and Its Effect on Social Interaction. In: *Journal of Environmental Psychology*. 2015, Vol. 45, pp. 112–123. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2015.03.005>. ISSN: 0272-4944.
209. **ROGERS, C.R.** Growing Old - or Growing Old and Growing. In: *Journal of Humanistic Psychology*. 1980, vol. 20(4), pp. 5–16. DOI: <https://doi.org/10.1177/002216788002000403>. ISBN: 978-1-4028-9462-6.
210. **ROKACH, A.** Review of Narratives of Loneliness: Multidisciplinary Perspectives from the 21st Century, edited by Olivia Sagan and Eric D. Miller. London: Routledge. 2018, pp. 88–89. In: *Journal of Loss and Trauma*. 2018, No. 23(1), pp. 88–89. DOI: <https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1432246>. ISSN: 1532-5024.
211. **ROKACH, A., BROCK, H.** Loneliness and the Effects of Life Changes. In: *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*. 1997, No. 131(3), pp. 284–298. DOI: <https://doi.org/10.1080/00223989709603515>. ISSN: 0022-3891.
212. **ROKACH, A., ORZECK, T., NETO, F.** Managing Loneliness in Old Age: A Cross-Cultural Comparison. In: *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*. 2004, No. 23(2), pp. 124–137. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF02903073>. ISSN: 1046-1310.
213. **ROSIANA, A., KRISBIYANTORO, P., SOLIKIN, A.** The effect of cognitive behavior therapy (CBT) and rational emotive behavior therapy (REBT) on the loneliness of elderly. In: *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*. 2020, No. 535, pp. 628–630. DOI: <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210304.141>. ISSN: 2352-5398.
214. **ROTARIU, T.** Îmbătrânirea demografică și unele efecte sociale ale ei: Demographic Aging and Its Social Effects. În: *Sociologie Românească*. 2006, Vol. 4, Nr. 4, pp. 76–93. Disponibil la: https://revistasociologieromaneasca.ro/sr/article/view/2006_4_rotariu. ISSN: 1220-5389.
215. **RUBENSTEIN, C., SHAVER, P.** The experience of loneliness. In: PEPLAU, L. A., PERLMAN, D. (eds.), *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley. 1982, pp. 206–223. ISBN: 978-0471097185.
216. **RUSSELL, D.** UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. In: *Journal of Personality Assessment*. 1996, No. 66(1), pp. 20–40. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2. ISSN: 0022-3891.
217. **RUSSELL, D., CUTRONA, C. E., ROSE, J., YURKO, K.** Social and emotional loneliness: An examination of Weiss's typology of loneliness. In: *Journal of Personality*

- and Social Psychology*. 1984, No. 46(6), pp. 1313–1321. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.6.1313>. ISSN: 0022-3514.
218. **RUSSELL, D., PEPLAU, L.A., CUTRONA, C.E.** The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminate validity evidence. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. 1980, No. 39(3), pp. 472–480. DOI: <https://doi.org/10.1037//0022-3514.39.3.472>. ISSN: 0022-3514.
219. **RUSSELL, D., PEPLAU, L.A., FERGUSON, M.L.** Developing a measure of loneliness. In: *Journal of Personality Assessment*. 1978, No. 42(3), pp. 290–294. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11. ISSN: 0022-3891.
220. **SADLER, W. A.** [Review of Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation, by R. S. Weiss]. In: *Contemporary Sociology*. 1975, No. 4(2), pp. 171–173. DOI: <https://doi.org/10.2307/2062224>. ISBN: 978-0262730419.
221. **SADLER, W. A., JOHNSON, T. B.** From loneliness to anomie. In: Hartog, J., Audy, J. R., & Cohen, Y. A. (Eds.), *Anatomy of Loneliness*. New York: International Universities Press. 1980, pp. 34–64. ISBN: 978-0823601462.
222. **SALCUȚAN, L.** Criza vârstei a treia: Probleme și soluții. În: *Studia Universitatis Moldaviae*. 2018, Nr. 9(119), Seria Științe ale Educației, pp. 81–84. ISSN: 1857-2103. ISSN online: 2345-1025.
223. **SARTRE, J. P.** Existentialism and Humanism. In: *Philosophy*. 1949, No. 24(89), pp. 182–183. Cambridge: Cambridge University Press. ISBN: 978-0413313003.
224. **SAVCA, L.** Singurătatea ca fenomen socio-psihologic la adolescenții în conflict cu legea. În: *Current Affairs and Perspectives in Psychological Research*, Ediția a 2-a, 29–30 noiembrie 2022, Chișinău, Republica Moldova. Chișinău: CEP USM. pp. 136–143. ISBN: 978-9975-159-97-5. Disponibil online la: https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/171773.
225. **SAVCA, L.** Psihologia Personalității în dezvoltare. Chișinău: Tipografia „Sirius”. 2003, pp. 134–149. ISBN: 9975-921-35-3.
226. **SAVCA, L., VLAICU, C.** Explorarea dimensiunii singurătății în rândul persoanelor vârstnice: Analiza unor factori socio-demografici și psihologici. În: *Revista de Psihologie*. 2024, Vol. 70, Nr. 2, pp. 151–165. ISSN: 0034-8759. Disponibil la: https://revistadepsihologie.ipsihologie.ro/images/revista_de_psihologie/Revista-de-psihologie-2_2024.pdf.
227. **SAVCA, L., VLAICU, C.** The impact of negative emotional states in the development of loneliness in the elderly. În: *Revista științifică a Universității de Stat din*

- Moldova*. 2024, No. 5(175), pp. 182–188. DOI: [https://doi.org/10.59295/sum5\(175\)2024_26](https://doi.org/10.59295/sum5(175)2024_26). ISSN: 1857-2103.
228. **SCHARF, T., de JONG GIERVELD, J.** Loneliness in urban neighbourhoods: an Anglo-Dutch comparison. In: *European Journal of Ageing*. 2008, No. 5(2), pp. 103. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10433-008-0080-x>. ISSN: 1613-9372.
229. **ȘCHIOPU, U.** Psihologia modernă, către o teorie generală a vârstelor. București: Editura Press. 2008, pp. 178–205. ISBN: 978-973-715-293-9.
230. **ȘCHIOPU, U., VERZA, E.** Psihologia vârstelor. București: Editura Didactică și Pedagogică (EDP). 1981, pp. 123–154. ISBN: 973-30-7034-9.
231. **SCHMIDT, J.** Maurice Merleau-Ponty: Between Phenomenology and Structuralism. London: Macmillan. 1985, pp. 70–80. ISBN: 0-333-30550-7.
232. **SCHOENMAKERS, E.C., VAN TILBURG, T.G., FOKKEMA, T.** Coping with loneliness: what do older adults suggest? In: *Aging & Mental Health*. 2012, No. 16(3), pp. 353–360. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.630373>. ISSN: 1360-7863.
233. **SECUÎ, M.** Evoluția psihosocială la vârsta a treia. În: BONCHIȘ, E., SECUÎ, M. (Coord.). *Psihologia vârstelor*. Oradea: Editura Universității din Oradea. 2004, pp. 474–485. ISBN: 978-973-613-345-6.
234. **ȘERBAN-OPRESCU, G.** O abordare epistemologică a conceptului de calitate a vieții. În: *Economie teoretică și aplicată*. 2011, Vol. XVIII, Nr. 2(555), pp. 175–185. ISSN: 1841-8678.
235. **SERMAT, V.** Sources of loneliness. In: *Essence: Issues in the Study of Aging, Dying, and Death*. 1978, No. 2(4), pp. 271–276. ISBN: 978-1-4028-9462-6.
236. **SHELDON, J. H.** The social medicine of old age: Report of an inquiry in Wolverhampton. Published for the Trustees of the Nuffield Foundation. Oxford: Oxford University Press. 1948, pp. 75. ISBN: 978-0405128042.
237. **SILLAMY, N.** Larousse Dicționar de psihologie. Traducere, prefață și completări de dr. Leonard Gavrilu. București: Editura Univers Enciclopedic. 1998, pp. 42. (Lucrare originală publicată în 1995). ISBN: 973-9243-25-8.
238. **SIMMEL, G.** Eros, Platonic and Modern. In: LEVINE, D. (Ed.), *Simmel on Individuality and Social Forms*. Chicago, IL: University of Chicago Press. 1971, pp. 235–248. ISBN: 978-0226757766.
239. **SINGH, R., LOHIA, P., CHAND, H.** Assessment and comparison of the emotional health of institutionalised and non-institutionalized elderly of Uttarakhand. In:

- Journal of Human Ecology*. 2017, No. 60(1), pp. 29–33. DOI: <https://doi.org/10.1080/09709274.2017.1305617>. ISSN: 0970-9274.
240. **Singurătatea existențială: Bune practici din organizații din domeniul sănătății și din perspectiva pacientului.** Raport internațional. Proiect nr. 2019-1-PL01-KA202-064933. Programul Erasmus+ al Uniunii Europene, proiect „ALONE – Program inovativ de formare a profesioniștilor din sănătate privind singurătatea existențială în rândul vârstnicilor”. 2019. Disponibil la: <https://arhiva.oammr-iasi.ro/wp-content/uploads/2020/05/O1-Singuratate-existentiala-Bune-practici-din-organizatiile-din-domeniul-sanatatii-si-din-perspectiva-pacientului.-Raport-international.pdf>.
241. **SORESCU, M. E.** Bătrânețea între binecuvântare și blestem. Craiova: Editura Tipografia Universității din Craiova. 2008, pp. 112–130. ISBN: 978-973-742-896-8.
242. **STEPTOE, A., SHANKAR, A., DEMAKAKOS, P., WARDLE, J.** Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2013, No. 110(15), pp. 5797–5801. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>. ISSN: 0027-8424.
243. **STORR, A.** Solitude: A Return to the Self. New York: Free Press. 1988, pp. 45–68. ISBN: 978-0743280747.
244. **SULLIVAN, H.S.** Interpersonal Theory of Psychiatry. Edited by: Harry Stack Sullivan. 1st ed., London: Routledge. 1953, pp. 367–384. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781315014029>. ISBN: 9781315014029.
245. **SZABO, A., ALLEN, J., ALPASS, F., STEPHENS, C.** Loneliness, Socioeconomic Status, and Quality of Life in Old Age: The Moderating Role of Housing Type. In: *Aging and Society*. 2019, No. 39(5), pp. 998–1021. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X17001362>. ISSN: 0144-686X.
246. **TĂNĂSESCU, P.** Asigurări și protecție socială în România. București: Editura C.H. Beck. 2009, pp. 83–84. (Oeconomica). Bibliografie selectivă pp. 83–84. ISBN: 978-973-115-672-9.
247. **TANG, T.Z., DERUBEIS, R.J.** Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999, No. 67(6), pp. 894–904. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.6.894>. ISSN: 0022-006X.
248. **TEODORESCU, A.** Narațiuni contemporane ale îmbătrânirii și bătrâneții: între îmbătrânirea de succes și moartea socială. Iași: Editura Institutul European. 2022, pp. 78–89. ISBN: 606-24-0338-6.

249. **TEOFILOU, P.** Quality of life: definition and measurement. In: *Europe's Journal of Psychology*. 2013, No. 9(1), pp. 150–162. DOI: <https://doi.org/10.5964/ejop.v9i1.337>. ISSN: 1841-0413.
250. **THOMPSON, C.** Existential Psychotherapy. In: Yalom, I. D. New York: Basic Books. 1980, pp. 524. In: *Behavioural Psychotherapy*. 1982, No. 10(2), pp. 213–214. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0141347300007254>. ISSN: 0141-3473.
251. **TURKLE, S.** The connected self: Technology reinvents intimacy and loneliness. In: *Continuing Higher Education Review*. 2011, No. 75, pp. 28–31. ISBN: 978-1-4028-9462-6.
252. **UTZ, R. L., SWENSON, K. L., CASERTA, M., ET AL.** Feeling Lonely Versus Being Lonely: Loneliness and Social Support Among the Recently Widowed. In: *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 2014, No. 69(1), pp. 85–94. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt075>. ISSN: 1079-5014.
253. **VAN KAMPEN, D.** Personality and psychopathology: a theory-based revision of Eysenck's PEN Model. In: *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2009, No. 5, pp. 9–21. DOI: <https://doi.org/10.2174/1745017900905010009>. ISSN: 1745-0179.
254. **VERZA, E.** Psihologia vârstelor. București: Editura Pro Humanitate. 2000, pp. 231–242. ISBN: 973-9973-44-2.
255. **VICTOR, C. R., BOWLING, A.** A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. In: *Journal of Psychology*. 2012, No. 146(3), pp. 313–331. DOI: <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.609572>. ISSN: 0022-3980.
256. **VICTOR, C., SCAMBLER, S., BOND, J., BOWLING, A.** Loneliness in Late Life: Loneliness, Social Isolation and Living Alone. In: *Reviews in Clinical Gerontology*. 2000, No. 10(4), pp. 407–417. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0959259800104101>. ISSN: 0959-2598.
257. **VLAICU, C.** Impactul instituționalizării asupra persoanelor vârstnice. În: *Kreatikon: creativitate-formare-performanță “Creativitate și inovare – premise ale excelenței în educație”*. 2022, Universitatea „PETRE ANDREI” Iași, pp. 77–81. DOI: https://www.upa.ro/wp-content/uploads/2024/03/Volum-extenso_Kreatiokn_2022.pdf. ISSN: 2068-1372.
258. **VLAICU, C.** Intervenții psihologice în diminuarea singurătății la vârstnici: eficacitatea programului formativ. În: *Revista Univers Pedagogic a Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă”*. 2024, No. 3(83), pp. 63–71. DOI: <https://doi.org/10.52387/1811-5470.2024.3.10>. ISSN: 1811-5470.

259. VLAICU, C. Loneliness in older people – literature review. In: *Anthropological Researches and Studies*. 2024, No. 14, pp. 385–417. DOI: <https://doi.org/10.26758/14.1.27>. ISSN: 2360-3445.
260. VLAICU, C. Manifestarea singurătății la persoanele de vârstă a treia. În: *Psihologie: Revista Științifico-Practică*. 2023, Vol. 43, No. 2, pp. 15–31. DOI: <https://doi.org/10.46728/pspj.2023.v43.i2.p15-31>. ISSN (online): 2537-6276.
261. VLAICU, C. Relația dintre singurătate și depresie la persoanele vârstnice. În: *Asistența socială în contextul schimbărilor sociale accelerate*. 2024, Universitatea „Petre Andrei” Iași, pp. 73. DOI: <https://www.upa.ro/wp-content/uploads/2024/02/volum-rezumat-final-conferinta-AS.pdf>. ISSN: 3008-6728, ISSN-L.
262. VLAICU, C. Singurătatea la vârstă a treia. În: *Asistență psihologică la etapa contemporană: realități și perspective*. 2023, Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, Republica Moldova, pp. 181–187. DOI: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/181-187_20.pdf. ISBN: 978-9975-50-314-3.
263. VLAICU, C. Singurătatea persoanelor vârstnice instituționalizate în perioada pandemiei de COVID-19. În: *Probleme ale științelor socioumanistice și ale modernizării învățământului*. 2022, Universitatea „Ion Creangă”, Vol. 1, pp. 241–244. DOI: <https://doi.org/10.46728/c.v1.25-03-2022.p241-244>. ISBN: 978-9975-46-651-6, ISBN-L: 978-9975-46-652-3.
264. VLAICU, C. Singurătatea: o revizuire teoretică și empirică. În: *Kreatikon: creativitate-formare-performanță “Creativitate și inovare – premise ale excelenței în educație”*. 2023, Universitatea „PETRE ANDREI” Iași, pp. 42. DOI: <https://www.upa.ro/wp-content/uploads/2023/08/Volum-rezumat-Simpozion-Kreatikon-31.03.-1.04.2023.pdf>. ISSN: 2068-1372.
265. VLAICU, C. Efectele pandemiei asupra persoanelor vârstnice instituționalizate. În: *Probleme actuale ale științelor umanistice: Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor*. 2022, Universitatea „Ion Creangă”, Vol. 20, Partea 1, pp. 262–267. ISBN: 978-9975-46-636-3. ISSN: 1857-0267.
266. VLAICU, C., VOICU, F. Sensul în viață și singurătatea la vârstnici în timpul pandemiei de COVID-19. În: *Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor*. 2021, Universitatea „Ion Creangă”, Vol. 19, Parte 2, pp. 371–382. DOI: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/371-382.pdf. ISBN: 978-9975-46-296-9. ISSN: 1857-0267.

267. **VLAICU, C.** The manifestation of loneliness in older adults. În: *Psihologie, revista științifico-practică*. 2023, No. 2(43), pp. 15–31. ISSN: 1857-2502. DOI: <https://doi.org/10.46728/pspj.2023.v43.i2.p15-31>.
268. **VOGEL-SCIBILIA, S. E., MCNULTY, K. C., BAXTER, B., ET AL.** The Recovery Process Utilizing Erikson's Stages of Human Development. In: *Community Mental Health Journal*. 2009, No. 45(6), pp. 405–414. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9189-4>. ISSN: 0010-3853.
269. **VOINEA, M.** Psihosociologia familiei. București: Editura Universității București. 1996, pp. 60–65. ISBN: 973-575-084-8.
270. **VONICA RĂDUȚIU, S.** Rămânerea în societate. Monografii ale îmbătrânirii. București: Editura Emia. 2003. În: *Sociologie Românească*. 2004, Vol. 2, No. 3, pp. 242–244. DOI: <https://revistasociologieromaneasca.ro/sr/article/view/955>. ISSN: 1220-5389.
271. **WALKER, A.** A strategy for active ageing. În: *International Social Security Review*. 2002, Vol. 55, pp. 121–139. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-246X.00118>. ISSN: 0020-871X.
272. **WEBER, R.** The Lonely Society - Philip Slater: In Search of Solitude: American Culture at the Breaking Point. In: *The Review of Politics*. 1971, No. 33(3), pp. 425–427. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0034670500013401>. ISSN: 0034-6705.
273. **WEDGEWORTH, M., LARocca, M.A., CHAPLIN, W.F., SCOGIN, F.** The role of interpersonal sensitivity, social support, and quality of life in rural older adults. In: *Geriatric Nursing*. 2017, No. 38(1), pp. 22–26. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.07.001>. ISSN: 0269-9079.
274. **WEISS, R. S.** Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation. Cambridge, MA: The MIT Press. 1973, pp. 45–50. ISBN: 0-262-23067-4.
275. **WESTERHOF, G.J., BOHLMMEIJER, E.T.** Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review: State of the art and new directions. In: *Journal of Aging Studies*. 2014, No. 29, pp. 107–114. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2014.02.003>. ISSN: 0890-4065.
276. **WHITEFORD, H. A., HARRIS, M. G., MCKEON, G., ET AL.** Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and meta-analysis. In: *Psychological Medicine*. 2013, No. 43(8), pp. 1569–1585. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291712001717>. ISSN: 0033-2917.

277. **WHITEHORN, J.C.** Concepts of "Meaning" and "Cause" in Psychodynamics. In: *The American Journal of Psychiatry*. 1947, Vol. 104, pp. 289–292. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.104.5.289>. ISBN: 978-1-4028-9462-6.
278. **WHOQOL GROUP.** Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. In: *Psychological Medicine*. 1998, No. 28(3), pp. 551–558. DOI: <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>. ISSN: 0033-2917.
279. **WILSON, G.** Globalisation and Older People: Effects of Markets and Migration. In: *Ageing and Society*. 2002, No. 22(5), pp. 647–663. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X02008747>. ISSN: 0144-686X.
280. **WILSON, R. S., KRUEGER, K. R., ARNOLD, S. E., ET AL.** Loneliness and risk of Alzheimer's disease. In: *Archives of General Psychiatry*. 2007, Vol. 64, No. 2, pp. 234–240. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.2.234>. ISSN: 0003-990X.
281. **WINNICOTT, D. W.** The depressive position in normal emotional development. In: *British Journal of Medical Psychology*. 1955, No. 28, pp. 89–100. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1955.tb00893.x>.
282. **WORSLEY, A. S.** A history of loneliness. In: *The Conversation*. 2018. Available at: <https://theconversation.com/a-history-of-loneliness-91542>.
283. **YANG, K., VICTOR, C.** Age and loneliness in 25 European nations. In: *Ageing and Society*. 2011, No. 31(8), pp. 1368–1388. Cambridge: Cambridge University Press. ISSN: 0144-686X.
284. **YOUNG, J. E.** Loneliness, Depression and Cognitive Therapy: Theory and Application. In: Peplau, L. A., Perlman, D. (Eds.), *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: Wiley. 1982, pp. 1–18. ISBN: 978-0471080282.
285. **ZANINOTTO, P., FALASCETTI, E., SACKER, A.** Age trajectories of quality of life among older adults: results from the English Longitudinal Study of Ageing. In: *Quality of Life Research*. 2009, Vol. 18, No. 10, pp. 1301–1309. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9543-6>. ISSN: 0962-9343.
286. **ZHANG, D., LU, Q., LI, L., ET AL.** Loneliness in nursing homes: A qualitative meta-synthesis of the experiences of older people. In: *Journal of Clinical Nursing*. 2023, Vol. 32, pp. 7062–7075. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.16842>. ISSN: 0962-1067.
287. **ZHAO, L., ZHANG, X., RAN, G.** Positive coping style mediates older adults' self-esteem and loneliness. In: *Social Behavior and Personality: An International Journal*. 2017, No. 45(10), pp. 1619–1628. DOI: <https://doi.org/10.2224/sbp.6486>. ISSN: 0301-2212.

288. **ZHU, Y., LIU, J., QU, B., YI, Z.** Quality of life, loneliness and health-related characteristics among older people in Liaoning province, China: a cross-sectional study. In: *BMJ Open*. 2018, No. 8(11), e021822. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021822>. ISSN: 2044-6055.
289. **ZILBOORG, G.** The feeling of immortality. In: *The Psychoanalytic Quarterly*. 1938, No. 7(2), pp. 171–193. DOI: <https://doi.org/10.1080/21674086.1938.11925347>. ISSN: 0033-2828.
290. **ZIMMERMANN, J. G.** On the Disadvantages of Solitude. In: ZIMMERMANN, J. G., *Examining the Advantages of Solitude; and of Its Effects Upon the Heart and Mind; with an Inquiry into Its Prejudicial Influence on the Imagination and Passions*, Vol. 2, pp. 83–97. London: James Cundee. 1805. DOI: <https://doi.org/10.1037/11975-003>. ISBN: 978-0461123609.
291. **ZLATE, M.** *Eul și personalitatea*. București: Editura Trei. 2004, pp. 157–178. ISBN: 973-8291-30-5.

ANEXE

Anexa 1. Caracteristicile eșantionului și analiza datelor demografice

Tabel 1. Distribuția eșantionului în funcție de categoriile de vârstă

	Instituționalizat		Neinstituționalizat		Total	
	Frecvență	Procent	Frecvență	Procent	Frecvență	Procent
Între 65-74 ani	75	37.5%	77	38.5%	152	76%
Între 75-84 ani	20	10.0%	22	11.0%	42	21%
Peste 85 ani	5	2.5%	1	0.5%	6	3%

Figura 1. Distribuția rezultatelor în funcție de mediul de proveniență

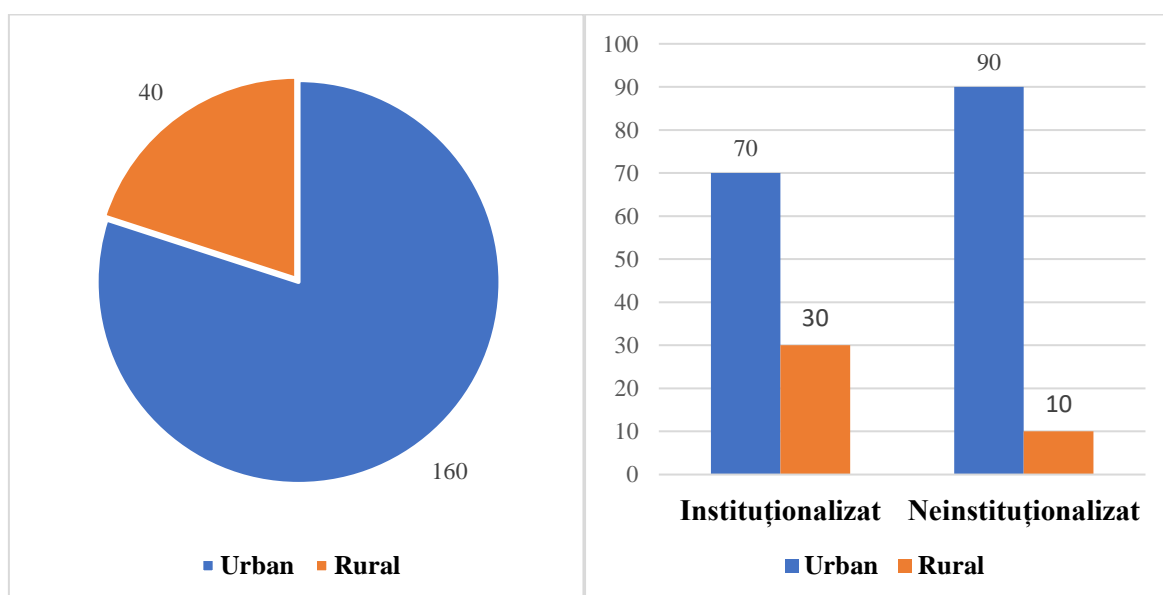


Figura 2. Distribuția rezultatelor în raport cu genul

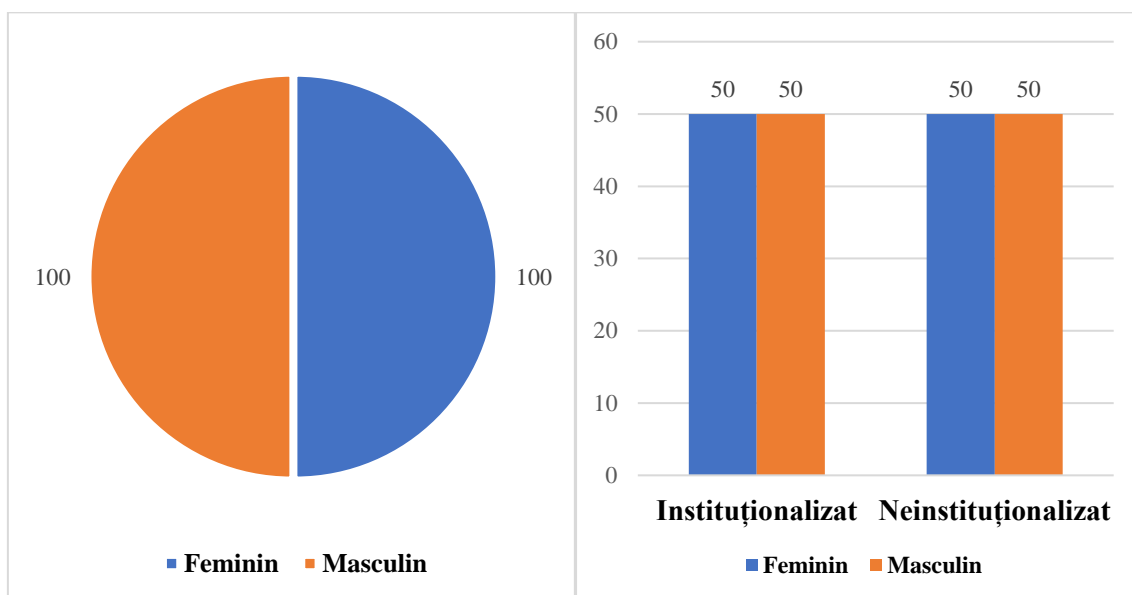


Figura 3. Distribuția rezultatelor în funcție de starea civilă

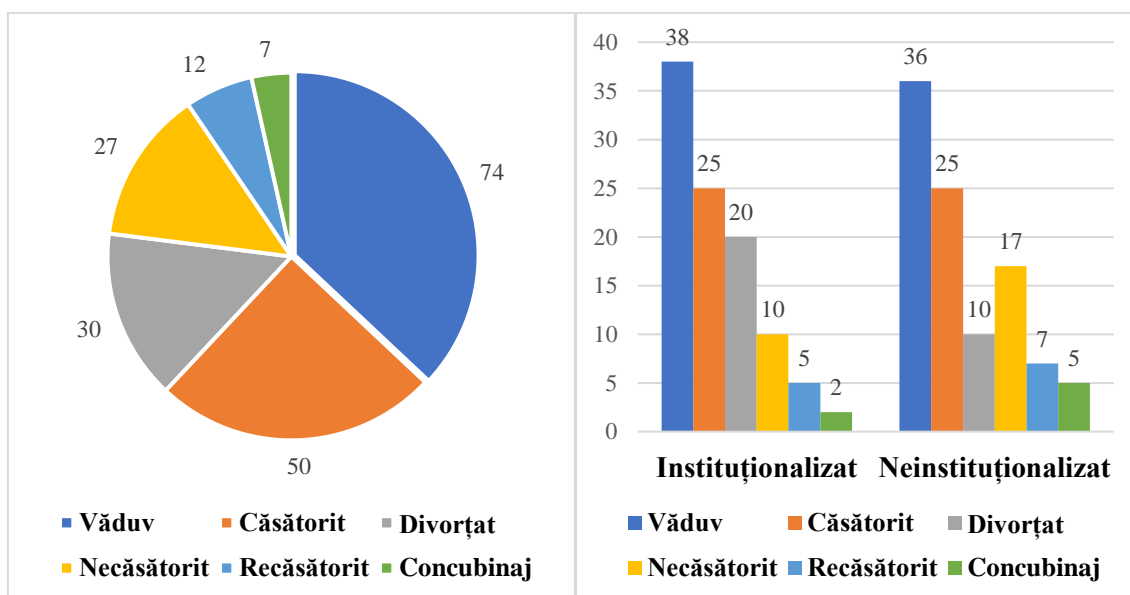


Figura 4. Distribuția rezultatelor în funcție de starea de sănătate

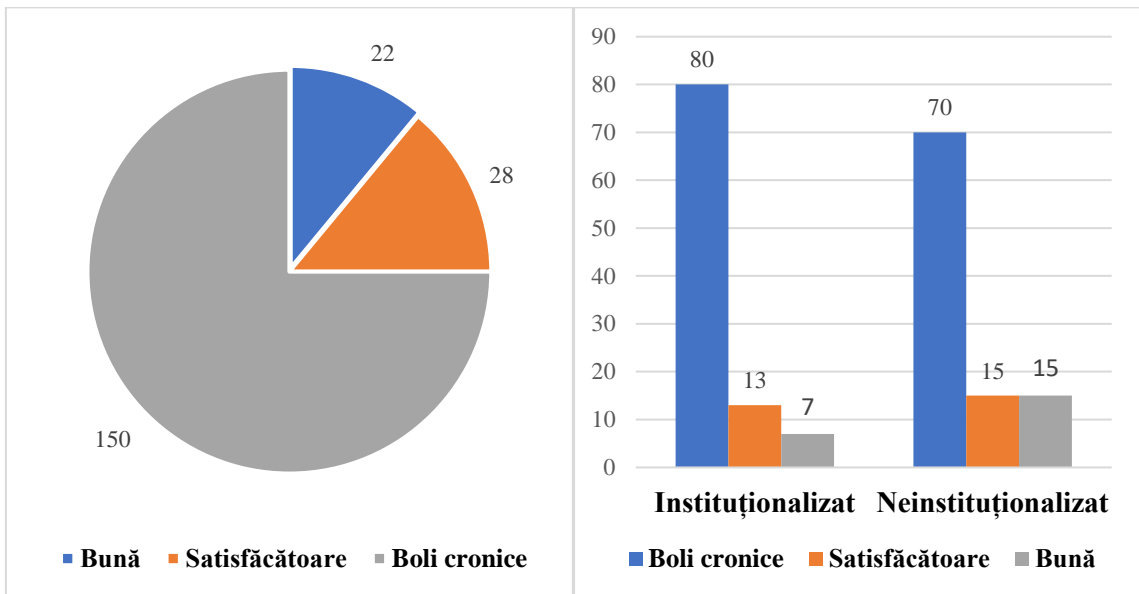


Figura 5. Distribuția rezultatelor în funcție de afilierea religioasă

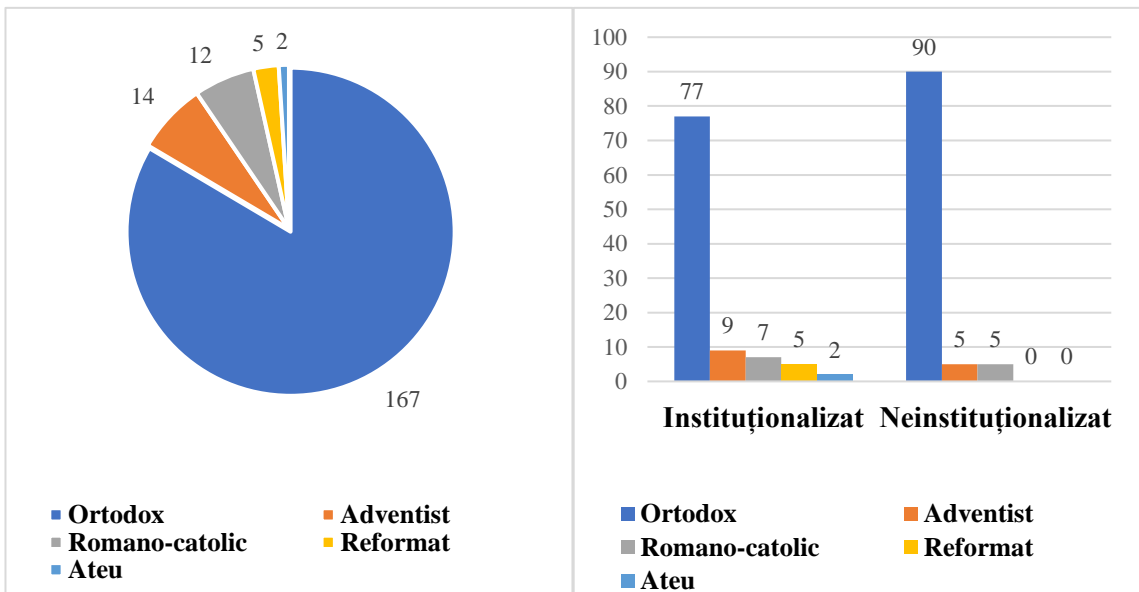


Figura 6. Distribuția rezultatelor în funcție de participarea la activități religioase

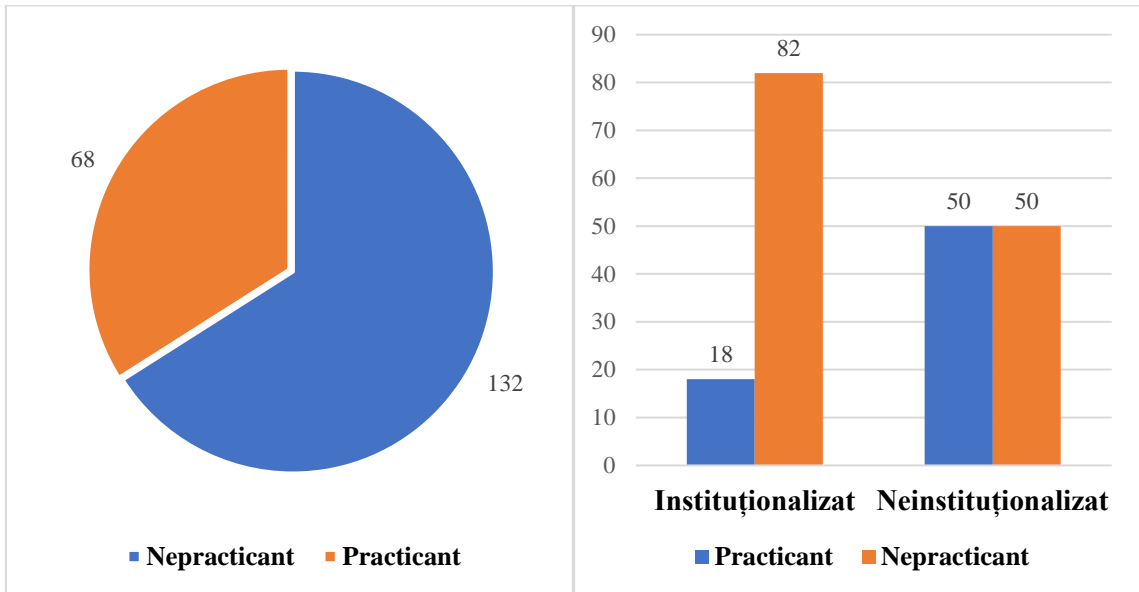


Figura 7. Distribuția rezultatelor în funcție de nivelul de studii

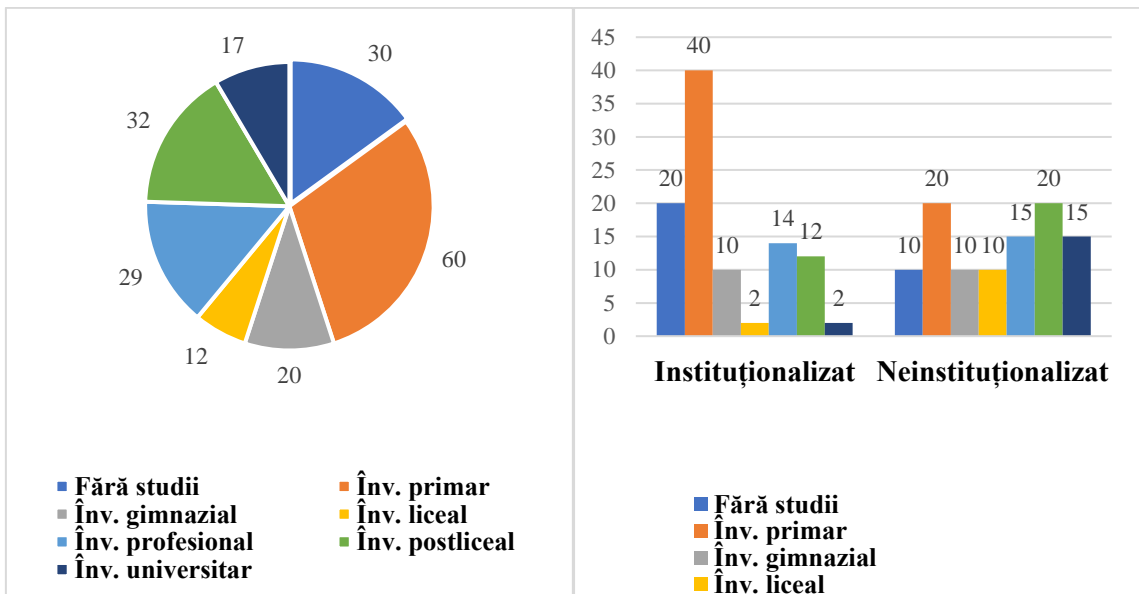
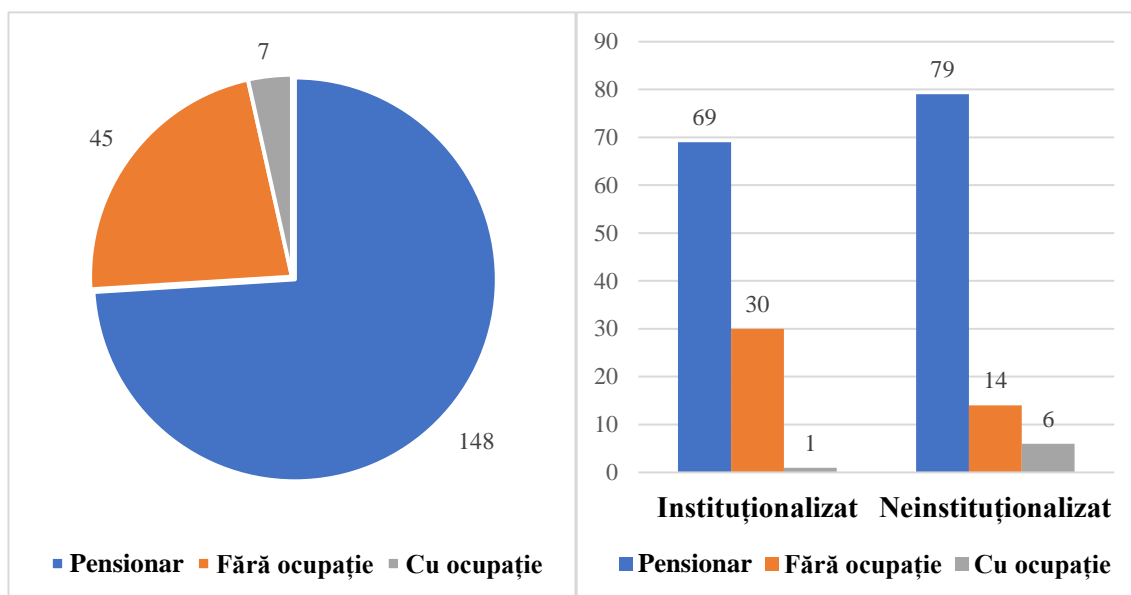


Figura 8. Distribuția rezultatelor în funcție de ocupație



Anexa 2. Testele Kolmogorov-Smirnov

Tabelul 2. Rezultatele analizei distribuției datelor prin testul Kolmogorov-Smirnov

		Chestionarul de personalitate Eysenck				DASS (scala de depresie, anxietate și stres)			QOLI
		Singurătate	Extroversie	Nevrotism	Psihotism	Anxietate	Stres	Depresie	Calitatea vieții
N		200	200	200	200	200	200	200	200
Parametri normali	Media	50.86	6.27	6.21	6.06	24.52	22.10	22.18	-0.52
	Dev.st.	15.36	3.29	3.26	2.86	11.05	9.73	9.45	3.38
Cuartile	Q1 (25%)	38.00	4.00	3.25	4.00	16.00	15.00	15.00	-3.30
	Q2 (50%)	52.50	6.00	6.00	6.00	24.50	21.00	23.00	-1.10
	Q3 (75%)	62.00	9.00	9.00	8.00	34.00	29.00	30.00	2.28
Kolmogorov-Smirnov		0.08	0.09	0.09	0.08	0.07	0.09	0.08	0.09
Semn.asimp. (2 căi)		0.006	<0.001	<0.001	0.004	0.011	0.001	0.006	<0.001

Anexa 3. Analiza statistică descriptivă

Tabel 3. Analiză statistică descriptivă: nivelul singurătății, scorurile QOLI, scala de depresie, anxietate, stres, și profilul de personalitate conform chestionarului Eysenck

Dimensiune	N	Minim	Maxim	Media	Eroarea standard	Abaterea standard	Coef. asimetrie (std.err=0.17)	Coef. boltire (std.err=0.34)
Singuratate	200	21	80	50.86	1.09	15.35	-0.10	-1.00
Anxietate	200	2	42	24.52	0.78	11.05	-0.23	-0.91
Stres	200	2	42	22.10	0.69	9.73	0.11	-0.91
Depresie	200	2	40	22.18	0.67	9.45	-0.06	-1.01
Extroversie	200	0	12	6.27	0.23	3.29	-0.08	-0.97
Nevrotism	200	0	12	6.21	0.23	3.26	0.01	-1.00
Psihotism	200	0	12	6.06	0.20	2.86	0.07	-0.59
QOLI	200	-6.0	6.0	-0.52	0.24	3.38	0.12	-1.11

Anexa 4. Analiza variabilelor în funcție de mediul de viață al vârstnicilor

Tabel 4. Analiză statistică descriptivă a distribuțiilor variabilelor cercetării determinate de gruparea valorilor în funcție de mediul de viață al vârstnicilor (neinstituționalizat, instituționalizat)

Variabila	Mediu	N	media	abaterea std.	eroarea std.	I.C. 95% medie		minim	maxim
						lim. inf.	lim.sup.		
Singurătate	Neinst.	100	46.74	13.86	1.39	43.99	49.49	21	78
	Inst.	100	54.97	15.74	1.57	51.85	58.09	23	80
Anxietate	Neinst.	100	27.16	10.36	1.04	25.10	29.22	2	42
	Inst.	100	21.88	11.14	1.11	19.67	24.09	2	42
Stres	Neinst.	100	24.74	9.21	0.92	22.91	26.57	2	42
	Inst.	100	19.46	9.56	0.96	17.56	21.36	3	40
Depresie	Neinst.	100	19.30	9.03	0.90	17.51	21.09	4	39
	Inst.	100	25.06	9.01	0.90	23.27	26.85	2	40
Extroversie	Neinst.	100	5.46	3.17	0.32	4.83	6.09	0	12
	Inst.	100	7.07	3.23	0.32	6.43	7.71	0	12
Nevrotism	Neinst.	100	5.38	3.08	0.31	4.77	5.99	0	12
	Inst.	100	7.03	3.25	0.32	6.39	7.67	0	12
Psihotism	Neinst.	100	5.24	2.66	0.27	4.71	5.77	0	12
	Inst.	100	6.87	2.84	0.28	6.31	7.43	0	12
QOLI	Neinst.	100	0.379	3.53	0.35	-0.32	1.08	-6.0	6.0
	Inst.	100	-1.41	2.99	0.30	-2.00	-0.82	-6.0	5.4

Tabel 5. Testarea omogenității varianțelor Levene: distribuțiile variabilelor cercetării determinate de gruparea valorilor în funcție de mediul de viață

Variabila		Test egalitate varianțe Levene	df1	df2	p
Singuratate	pe baza mediei	1.44	1	198	0.232
	pe baza medianei	0.88	1	198	0.349
Anxietate	pe baza mediei	0.63	1	198	0.428
	pe baza medianei	0.67	1	198	0.415
Stres	pe baza mediei	0.28	1	198	0.595
	pe baza medianei	0.05	1	198	0.818
Depresie	pe baza mediei	0.25	1	198	0.617
	pe baza medianei	0.24	1	198	0.624
Extroversie	pe baza mediei	0.002	1	198	0.967
	pe baza medianei	0.001	1	198	0.971
Nevrotism	pe baza mediei	0.50	1	198	0.482
	pe baza medianei	0.59	1	198	0.443
Psihotism	pe baza mediei	0.36	1	198	0.549
	pe baza medianei	0.31	1	198	0.576
QOLI	pe baza mediei	3.75	1	198	0.054
	pe baza medianei	3.02	1	198	0.084

Tabel 6. Rezultate ANOVA: analiza diferenței determinate de categoriile mediului de viață în nivelurile variabilelor cercetării

Variabila		Suma pătratelor	df	Media pătratelor	F	Sig.
Singuratate	intergrupala	3386.64	1	3386.64	15.40	<0.001
	intragrupala	43530.15	198	219.85		
	Total	46916.79	199			
Anxietate	intergrupala	1393.92	1	1393.92	12.04	<0.001
	intragrupala	22916.00	198	115.74		
	Total	24309.92	199			
Stres	intergrupala	1393.92	1	1393.92	15.82	<0.001
	intragrupala	17446.08	198	88.11		

	Total	18840.00	199			
Depresie	intergrupala	1658.88	1	1658.88	20.37	<0.001
	intragrupala	16124.64	198	81.44		
	Total	17783.52	199			
Extroversie	intergrupala	129.61	1	129.61	12.66	<0.001
	intragrupala	2027.35	198	10.24		
	Total	2156.96	199			
Nevrotism	intergrupala	136.13	1	136.13	13.61	<0.001
	intragrupala	1980.47	198	10.00		
	Total	2116.59	199			
Psihotism	intergrupala	132.84	1	132.84	17.54	<0.001
	intragrupala	1499.55	198	7.57		
	Total	1632.40	199			
QOLI	intergrupala	160.21	1	160.21	14.97	<0.001
	intragrupala	2119.40	198	10.70		
	Total	2279.61	199			

Anexa 5. Relația dintre singurătatea și caracteristicile socio-demografice ale vârstnicilor

Tabel 7. Analiza descriptivă a distribuției singurătății în funcție de categoriile factorilor socio-demografici

Factor socio-demografic		N	media	abaterea std.	eroarea std.	I.C. 95% medie		minim	maxim
						lim. inf.	lim.su p.		
Gen	masculin	100	52.48	15.36	1.54	49.43	55.53	23	79
	feminin	100	49.23	15.25	1.53	46.20	52.26	21	80
Interval de vârstă	65 - 74	152	48.86	14.64	1.19	46.51	51.20	21	79
	75 - 84	42	56.43	15.93	2.46	51.46	61.39	25	80
	85 >	6	62.50	16.96	6.92	44.71	80.29	35	76
Domiciliu	rural	40	53.25	16.22	2.56	48.06	58.44	23	76
	urban	160	50.26	15.12	1.20	47.89	52.62	21	80
Stare civilă	necasatorit	27	56.04	14.58	2.81	50.27	61.80	34	79
	concubinaj	7	42.43	19.44	7.35	24.45	60.41	27	80
	recasatorit	12	40.75	13.21	3.81	32.36	49.14	23	61
	casatorit	50	43.24	15.02	2.12	38.97	47.51	22	74
	divorțat	30	56.27	15.69	2.86	50.41	62.12	21	79
	văduv	74	54.35	12.76	1.48	51.39	57.31	25	77
Stare de sănătate	boli cronice	150	54.71	13.80	1.13	52.48	56.93	21	80
	satisfacătoare	28	42.11	14.42	2.73	36.52	47.70	23	79
	buna	22	35.73	12.93	2.76	29.99	41.46	22	75
Afilie religioasă	ateu	2	55.50	4.95	3.50	11.03	99.97	52	59
	ortodox	167	50.65	15.69	1.21	48.26	53.05	22	80
	romano- catolic	12	50.00	17.84	5.15	38.66	61.34	21	74
	reformat	5	49.80	8.61	3.85	39.10	60.50	40	58
	adventist	14	53.71	12.57	3.36	46.46	60.97	28	71
Practica religioasă	nepracticant	132	51.45	15.64	1.36	48.75	54.14	21	80

	practicant	68	49.71	14.82	1.80	46.12	53.29	23	75
Nivel de studii	fara studii	30	51.60	15.31	2.80	45.88	57.32	25	77
	primar	60	58.55	11.80	1.52	55.50	61.60	29	78
	gimnazial	20	56.15	14.01	3.13	49.59	62.71	31	79
	profesional	29	43.03	12.47	2.32	38.29	47.78	21	63
	liceal	12	40.17	16.43	4.74	29.73	50.61	22	74
	postliceal	32	46.19	16.22	2.87	40.34	52.03	23	80
	universitar	17	45.82	16.39	3.97	37.40	54.25	25	79
Ocupație	fara ocupatie	45	53.18	14.31	2.13	48.88	57.48	23	79
	pensionar	148	50.18	15.53	1.28	47.66	52.71	21	80
	cu ocupatie	7	50.14	18.79	7.10	32.76	67.52	25	79

Tabel 8. Testarea omogenității varianțelor Levene: distribuțiile singurătății în funcție de categoriile factorilor socio-demografici

		Test egalitate varianțe			
		Levene	df1	df2	Sig.
Gen	pe baza mediei	0.186	1	198	0.667
	pe baza medianei	0.022	1	198	0.882
Interval de vârstă	pe baza mediei	0.233	2	197	0.792
	pe baza medianei	0.023	2	197	0.977
Domiciliu	pe baza mediei	0.368	1	198	0.545
	pe baza medianei	0.241	1	198	0.624
Stare civilă	pe baza mediei	0.979	5	194	0.432
	pe baza medianei	0.784	5	194	0.562
Stare de sănătate	pe baza mediei	0.706	2	197	0.495
	pe baza medianei	0.690	2	197	0.503
Afilieră religioasă	pe baza mediei	2.128	4	195	0.079
	pe baza medianei	1.993	4	195	0.097
Practica religioasă	pe baza mediei	0.259	1	198	0.611
	pe baza medianei	0.250	1	198	0.618
Nivel de studii	pe baza mediei	1.766	6	193	0.108

	pe baza medianei	1.470	6	193	0.190
Ocupație	pe baza mediei	0.991	2	197	0.373
	pe baza medianei	0.943	2	197	0.391

Tabel 9. Analiza ANOVA: relația dintre nivelul singurătății și caracteristicile socio-demografice

		Suma pătratelor	df	Media pătratelor	F	Sig.
Gen	intergrupal	528.13	1	528.13	2.25	0.135
	intragrupal	46388.67	198	234.29		
	Total	46916.80	199			
Interval de vârstă	intergrupal	2726.19	2	1363.10	6.08	0.003
	intragrupal	44190.60	197	224.32		
	Total	46916.80	199			
Domiciliu	intergrupal	286.80	1	286.80	1.22	0.271
	intragrupal	46629.99	198	235.51		
	Total	46916.80	199			
Stare civilă	intergrupal	7130.02	5.00	1426.00	6.95	<0.001
	intragrupal	39786.78	194.00	205.09		
	Total	46916.80	199.00			
Stare de sănătate	intergrupal	9402.66	2.00	4701.33	24.69	<0.001
	intragrupal	37514.14	197.00	190.43		
	Total	46916.79	199.00			
Afilieră religioasă	intergrupal	178.78	4.00	44.70	0.19	0.945
	intragrupal	46738.01	195.00	239.68		
	Total	46916.80	199.00			
Practica religioasă	intergrupal	136.05	1.00	136.05	0.58	0.449
	intragrupal	46780.75	198.00	236.27		
	Total	46916.80	199.00			
Nivel de studii	intergrupal	8402.22	6.00	1400.37	7.02	<0.001
	intragrupal	38514.58	193.00	199.56		
	Total	46916.80	199.00			
Ocupație	intergrupal	313.29	2.00	156.64	0.66	0.517
	intragrupal	46603.51	197.00	236.57		
	Total	46916.79	199.00			

Anexa 6. Matricea corelației la variabilele studiate

Tabel 10. Matricea corelațiilor: analiza statistică a variabilelor cercetării prin coeficientul de corelație non-parametrică Spearman (r)

		Singurate	Anxietate	Stres	Depresie	Extroversie	Nevrotism	Psihotism	QOLI
Singurate	200	1							
Anxietate	200	0.502**	1						
Stres	200	0.466**	0.860**	1					
Depresie	200	0.564**	0.588**	0.561**	1				
Extroversie	200	0.518**	0.607**	0.599**	0.669**	1			
Nevrotism	200	0.616**	0.636**	0.651**	0.681**	0.756**	1		
Psihotism	200	0.538**	0.583**	0.578**	0.725**	0.655**	0.632**	1	
QOLI	200	-0.663**	-0.705**	-0.686**	-0.742**	-0.749**	-0.777**	-0.715**	1

** . Corelatia este semnificativă p(bi-direcțional)<0,01

Anexa 7. Ariile calității vieții

Tabel 11. Ariile calității vieții (QOLI) – analiza statistică descriptivă

Dimensiune	N	Minim	Maxim	Media	Eroarea standard	Abaterea standard	Coef. asimetrie (std.err=0.17)	Coef. boltire (std.err=0.34)
sanatate	200	-6	6	-0.61	0.29	4.10	0.19	-1.34
stima de sine	200	-6	6	-0.53	0.30	4.25	0.22	-1.38
teluri	200	-6	6	-0.44	0.27	3.88	0.17	-1.17
bani	200	-6	6	-0.37	0.30	4.27	0.11	-1.44
munca	200	-6	6	-0.53	0.30	4.20	0.19	-1.38
joc	200	-6	6	-0.46	0.30	4.19	0.21	-1.36
invatare	200	-6	6	-0.60	0.29	4.08	0.23	-1.25
creativitate	200	-6	6	-0.36	0.29	4.17	-0.02	-1.42
ajutor	200	-6	6	-0.54	0.30	4.29	0.17	-1.45
iubire	200	-6	6	-0.65	0.31	4.34	0.11	-1.44
prieteni	200	-6	6	-0.52	0.29	4.15	0.13	-1.37
copii	200	-6	6	-0.22	0.29	4.13	0.05	-1.39
rude	200	-6	6	-0.53	0.29	4.17	0.17	-1.42
acasa	200	-6	6	-0.41	0.29	4.10	0.13	-1.36
cartier	200	-6	6	-0.30	0.26	3.68	0.20	-1.15
comunitate	200	-6	6	-0.66	0.27	3.83	0.35	-1.17

Tabelul 12. Rezultatele analizei distribuției datelor prin testul Kolmogorov-Smirnov

	N	media	abaterea std.	Cuartile			Test normalitate Kolmogorov-Smirnov	
				Q1 (25%)	Q2 (50%)	Q3 (75%)	K-S	p
sanatate	200	-0.61	4.10	-4.00	-1.00	3.00	0.145	<0.001
stima de sine	200	-0.53	4.25	-4.00	-1.50	3.75	0.152	<0.001
teluri	200	-0.44	3.88	-4.00	-.50	3.00	0.126	<0.001
bani	200	-0.37	4.27	-4.00	-1.00	4.00	0.152	<0.001
munca	200	-0.53	4.20	-4.00	-1.00	4.00	0.151	<0.001
joc	200	-0.46	4.19	-4.00	-1.00	4.00	0.153	<0.001

invatare	200	-0.60	4.08	-4.00	-1.00	4.00	0.125	<0.001
creativitate	200	-0.36	4.17	-4.00	.00	4.00	0.135	<0.001
ajutor	200	-0.54	4.29	-4.00	-1.00	4.00	0.18	<0.001
iubire	200	-0.65	4.34	-6.00	-1.00	3.75	0.156	<0.001
prieteni	200	-0.52	4.15	-4.00	-1.00	4.00	0.129	<0.001
copii	200	-0.22	4.13	-4.00	.00	4.00	0.134	<0.001
rude	200	-0.53	4.17	-4.00	-1.50	4.00	0.163	<0.001
acasa	200	-0.41	4.10	-4.00	.00	3.00	0.146	<0.001
cartier	200	-0.30	3.68	-4.00	-1.00	3.00	0.118	<0.001
comunitate	200	-0.66	3.83	-4.00	-2.00	3.00	0.174	<0.001

Anexa 8. Relația dintre ariile calității vieții și singurătatea la vârstnici

Tabel 13. Corelația non-parametrică Spearman între nivelul singurătății și ariile calității vieții (QOLI)

		Singurătate	
1.	Sănătate	r	-0,484**
2.	Stimă de sine	r	-0,552**
3.	Țeluri	r	-0,436**
4.	Banii	r	-0,511**
5.	Muncă	r	-0,507**
6.	Jocul	r	-0,550**
7.	Învățarea	r	-0,519**
8.	Creativitatea	r	-0,499**
9.	Ajutorul	r	-0,482**
10.	Iubirea	r	-0,475**
11.	Prietenii	r	-0,567**
12.	Copiii	r	-0,554**
13.	Rudele	r	-0,497**
14.	Acasă	r	-0,533**
15.	Cartierul	r	-0,428**
16.	Comunitatea	r	-0,395**
**. Corelatia este semnificativă p(bi-direcțional)<0.01			

ANEXA 9. Relația dintre efectele programului de intervenție psihologică asupra nivelului de singurătate și caracteristicile socio-demografice

Tabel 9.1. Analiza descriptivă a distribuțiilor scorurilor singurătății test/retest în funcție de grup experimental/control (GE și GC)

Singurătate	Grup	min	max	Media	Abaterea std.	Eroarea std.	Coef. asimetrie	Coef. boltire
Test	Experimental	38	73	57.92	12.04	3.48	-0.87	-0.65
	Control	37	80	59.00	13.63	3.94	-0.27	-0.90
Retest	Experimental	15	67	40.42	16.53	4.77	-0.38	-0.89
	Control	35	78	58.83	14.00	4.04	-0.39	-1.06

Tabel 9.2. Analiza comparativă Mann-Whitney a nivelurilor singurătății test în funcție de grup experimental/control (GE și GC)

	Grup	N	Media rangurilor	Suma rangurilor	Test Mann-Whitney	
					U	p
Singurătate test	GE	12	11.96	143.50	65.50	0.707
	GC	12	13.04	156.50		
	Total	24				

Tabel 9.3. Analiza comparativă testul t pentru eșantioane perechi a nivelurilor singurătății test-retest în cazul grupului experimental (GE)

Singurătate (UCLA)	Diferențe perechi					t	df	p (bi-direcțional)
	Media diferențelor	Abaterea std.	Eroarea std.	IC 95% a diferențelor				
				Lim. Inf.	Lim. Sup.			
Test - Retest	17.50	7.857	2.268	12.508	22.492	7.72	11	<0.001

Tabel 9.4. Analiza comparativă testul Wilcoxon pentru eşantioane perechi a nivelurilor singurătăţii test-retest în cazul grupului experimental (GE)

		N	Media rangurilor	Suma rangurilor	Test Wilcoxon	
					Z	p (bi-direcţional)
Singuratate retest - test	Ranguri negative	12 ^b	6.50	78.00	-3.06	0.002
	Ranguri pozitive	0 ^c	0.00	0.00		
	Ranguri egale	0 ^d				
	Total	12				
b. Singuratate_retest < Singuratate_test						
c. Singuratate_retest > Singuratate_test						
d. Singuratate_retest = Singuratate_test						

Tabel 9.5. Analiza comparativă Mann-Whitney a nivelurilor singurătăţii retest în funcţie de grup experimental/control (GE şi GC)

	Grup	N	Media rangurilor	Suma rangurilor	Test Mann-Whitney	
					U	p
Singuratate retest	GE	12	8.88	106.50	28.50	0.010
	GC	12	16.13	193.50		
	Total	24				

Tabel 9.6. Analiza ANOVA privind variaţiile nivelului de singurătate pentru grupul experimental (GE) în funcţie de factorii socio-demografici

Factor socio-demografic		N	Media	Abaterea std.	Eroarea std.	I.C. 95% medie		minim	maxim
						lim. inf.	lim.sup.		
Mediu	Neinstituţionalizat	5	22.20	8.87	3.97	11.18	33.22	8	31
	Instituţionalizat	7	14.14	5.40	2.04	9.15	19.14	6	23
Gen	masculin	6	21.00	7.72	3.15	12.90	29.10	11	31
	feminin	6	14.00	6.84	2.79	6.82	21.18	6	23

Factor socio-demografic		N	Media	Abaterea std.	Eroarea std.	I.C. 95% medie		minim	maxim
						lim. inf.	lim.sup.		
Stare civilă	necasatorit	1	21.00	.	.	.	.	21	21
	divorțat	4	17.75	11.35	5.68	-0.32	35.82	6	31
	văduv	7	16.86	6.79	2.567	10.57	23.14	8	28
Practica religioasă	nepracticant	10	17.30	6.36	2.01	12.75	21.85	8	28
	practicant	2	18.50	17.68	12.50	-140.33	177.33	6	31
Nivel de studii	primar	7	12.00	4.12	1.56	8.19	15.81	6	18
	liceal	1	31.00	.	.	.	.	31	31
	postliceal	3	24.00	3.61	2.08	15.04	32.96	21	28
	universitar	1	23.00	.	.	.	.	23	23
Ocupație	fara ocupatie	2	7.00	1.41	1.00	-5.71	19.71	6	8
	pensionar	9	18.67	6.46	2.15	13.70	23.63	11	31
	cu ocupatie	1	28.00	.	.	.	.	28	28

Tabel 9.7. Testarea omogenității varianțelor Levene: distribuțiile singurătății în funcție de categoriile factorilor socio-demografici

		Test egalitate varianțe			
		Levene	df1	df2	Sig.
Mediu	pe baza mediei	0.78	1	10	0.398
	pe baza medianei	0.64	1	10	0.442
Gen	pe baza mediei	0.25	1	10	0.629
	pe baza medianei	0.23	1	10	0.639
Stare civilă	pe baza mediei	2.86	1	9	0.125
	pe baza medianei	2.40	1	9	0.156
Practica religioasă	pe baza mediei	10.39	1	10	0.009
	pe baza medianei	9.64	1	10	0.011
Nivel de studii	pe baza mediei	0.10	1	8	0.758
	pe baza medianei	0.24	1	8	0.636
Ocupație	pe baza mediei	2.80	1	9	0.128
	pe baza medianei	2.42	1	9	0.154

Tabel 9.8. Analiza ANOVA: relația dintre nivelul singurătății și caracteristicile socio-demografice

		Suma pătratelor	df	Media pătratelor	F	Sig.
Mediu	intergrupal	189.34	1	189.34	3.87	0.078
	intragrupal	489.66	10	48.97		
	Total	679.00	11			
Gen	intergrupal	147.00	1	147.00	2.76	0.127
	intragrupal	532.00	10	53.20		
	Total	679.00	11			
Stare civilă	intergrupal	15.39	2	7.70	0.10	0.902
	intragrupal	663.61	9	73.73		
	Total	679.00	11			
Practica religioasă	intergrupal	2.40	1	2.40	0.035	0.854
	intragrupal	676.60	10	67.66		
	Total	679.00	11			
Nivel de studii	intergrupal	551.00	3	183.67	11.48	0.003
	intragrupal	128.00	8	16.00		
	Total	679.00	11			
Ocupație	intergrupal	343.00	2	171.50	4.594	0.042
	intragrupal	336.00	9	37.33		
	Total	679.00	11			

**ANEXA 10. Analiza statistică descriptivă pentru grupul familial (GE) și
grupul instituționalizat (GC)**

Tabel 10.1. Analiza statistică descriptivă pentru grupul formativ (GE)

Variabilă	Etapă		Medie	Abatere std.	Minim	Maxim
Singurătate	Test	12	57,92	12,04	38	73
Anxietate	Test	12	27,33	9,99	13	41
Stres	Test	12	25,00	7,66	15	41
Depresie	Test	12	27,50	10,40	7	38
Calitatea vieții	Test	12	-2,05	3,20	-5,60	2,90
Extroversie	Test	12	7,24	2,64	3	11
Nevrotism	Test	12	6,33	3,20	0	11
Psihotism	Test	12	7,83	2,92	4	12
Minciună	Test	12	1,08	1,00	0	3
Singurătate	Retest	12	40,42	16,53	15	67
Anxietate	Retest	12	13,75	3,55	7	19
Stres	Retest	12	18,67	7,39	8	32
Depresie	Retest	12	17,83	8,38	5	31
Calitatea vieții	Retest	12	0,04	2,29	-3,44	3,63
Extroversie	Retest	12	7,92	2,87	4	12
Nevrotism	Retest	12	5,08	2,50	0	9
Psihotism	Retest	12	5,33	2,02	3	9
Minciună	Retest	12	1,08	0,67	0	2

Tabel 10.2. Analiza statistică descriptivă pentru grupul de control (GC)

Variabilă	Etapă		Medie	Abatere std.	Minim	Maxim
Singurătate	Test	12	59,00	13,63	37	80
Anxietate	Test	12	33,67	9,94	6	42
Stres	Test	12	29,00	9,95	11	39
Depresie	Test	12	27,08	7,72	14	39

Calitatea vieții	Test	12	-2,17	3,00	-5,70	3,70
Extroversie	Test	12	7,33	2,15	3	10
Nevrotism	Test	12	7,25	2,73	2	11
Psihotism	Test	12	6,83	2,25	4	12
Minciună	Test	12	1,08	1,16	0	12
Singurătate	Retest	12	59,00	14,21	35	78
Anxietate	Retest	12	33,50	9,86	6	41
Stres	Retest	12	28,92	9,89	11	39
Depresie	Retest	12	26,83	7,67	14	41
Calitatea vieții	Retest	12	-2,04	2,79	-5,38	3,38
Extroversie	Retest	12	7,33	1,92	4	10
Nevrotism	Retest	12	6,58	2,27	2	9
Psihotism	Retest	12	6,75	1,42	5	10
Minciună	Retest	12	0,83	0,72	0	2

ANEXA 11. Testul Mann-Whitney: comparația dintre grupul familial (GE) și grupul instituționalizat (GC)

Tabel 11.1. Analiza diferențelor statistice între grupul formativ și grupul de control în etapa de testare

Dimensiune	Testul de comparație Mann-Whitney	
	U	p
Singurătate	65.50	0.707
Anxietate	42.50	0.088
Stres	52.00	0.247
Depresie	62.50	0.583
Extroversie	69.00	0.861
Nevrotism	60.00	0.480
Psihotism	57.00	0.382
Minciună	69.00	0.855
Calitatea vieții	71.00	0.954
Sănătate	53.00	0.267
Stimă de sine	64.50	0.660
Țeluri	61.50	0.537
Bani	71.00	0.953
Muncă	69.00	0.861
Joc	50.00	0.187
Învățare	70.00	0.906
Creativitate	69.50	0.882
Ajutor	61.00	0.517
Iubire	70.50	0.929
Prieteni	64.50	0.659
Copii	65.50	0.701
Rude	57.50	0.381
Acasă	52.50	0.244
Cartier	31.50	0.017
Comunitate	69.00	0.861

Tabel 11.2. Analiza diferențelor statistice între grupul formativ și grupul de control în etapa de retestare

Dimensiune	Testul de comparație Mann-Whitney	
	U	p
Singurătate	28.50	0.012
Anxietate	12.00	0.001
Stres	30.50	0.016
Depresie	32.50	0.022
Extroversie	61.00	0.522
Nevrotism	37.50	0.045
Psihotism	36.00	0.035
Minciună	58.00	0.371
Calitatea vieții	36.00	0.038
Sănătate	70.50	0.930
Stimă de sine	54.00	0.297
Țeluri	31.50	0.019
Bani	69.50	0.884
Muncă	67.50	0.792
Joc	29.00	0.012
Învățare	38.00	0.047
Creativitate	59.00	0.450
Ajutor	59.50	0.465
Iubire	52.50	0.258
Prieteni	23.50	0.005
Copii	46.00	0.131
Rude	43.00	0.092
Acasă	39.50	0.059
Cartier	22.00	0.004
Comunitate	43.00	0.092

Anexa 12. Programul de intervenție psihologică pentru diminuarea singurătății vârstnicilor

ȘEDINȚA nr. 1: Puntea către conexiune

Obiective: Facilitarea cunoașterii interpersonale și crearea unei atmosfere pozitive în cadrul grupului, introducerea unor tehnici de relaxare menite să reducă nivelul de anxietate și tensiunea emoțională, contribuind astfel la stabilirea unui mediu sigur și deschis pentru participare activă și cooperare.

Introducere (5 minute): Prezentarea obiectivelor ședinței și explicarea importanței conexiunii sociale pentru bunăstarea emoțională. Se face o scurtă introducere despre impactul singurătății și beneficiile participării la activități de grup.

Activitatea 1: Jocul prenumelor și calităților

Scop: Facilitarea cunoașterii interpersonale și dezvoltarea unui mediu deschis, pozitiv și prietenos, care să încurajeze interacțiunea reciprocă și construirea relațiilor de încredere în cadrul grupului.

Durață: 15 minute

Materiale: Nu sunt necesare materiale specifice.

Descriere: Participanții sunt așezați în cerc, iar fiecare dintre aceștia, pe rând, își prezintă prenumele, însoțit de o calitate sau trăsătură personală care începe cu aceeași literă ca prenumele lor (de exemplu: „Eu sunt Ana – Amabilă”). Ulterior, următorul participant va repeta numele și calitatea persoanei anterioare, utilizând o formulă de salut (de exemplu: „Bună, Ana – Amabilă” sau „Îmi pare bine să te cunosc, Ana – Amabilă”), înainte de a adăuga propriul nume și o calitate corespunzătoare.

Acest proces continuă până când toți participanții au fost prezentați, asigurând implicarea activă a fiecărui membru al grupului. Activitatea are ca scop atât facilitarea memorării numelor și trăsăturilor pozitive ale celorlalți, cât și crearea unui mediu prietenos și incluziv. Prin repetarea numelor și calităților, participanții își îmbunătățesc abilitățile de ascultare activă, încurajează aprecierea reciprocă și reduc bariera inițială de comunicare. Totodată, această tehnică sprijină stabilirea unor legături pozitive între membrii grupului, contribuind la crearea unui cadru de încredere și colaborare în cadrul activităților ulterioare.

Comentariu: Această activitate, deși simplă în desfășurare, se dovedește a fi extrem de eficientă în facilitarea procesului de prezentare a membrilor grupului într-un mod relaxat și pozitiv. Prin stimularea memorării numelor și a trăsăturilor pozitive ale participanților, jocul contribuie la

reducerea barierelor inițiale de comunicare, promovând o atmosferă prietenoasă și incluzivă. De asemenea, activitatea sprijină diminuarea anxietății inițiale și creează o bază solidă pentru interacțiuni pozitive și colaborare eficientă în cadrul grupului.

Activitatea 2: Exercițiul de respirație pentru calmare: 4-2-6

Scop: Introducerea unei tehnici de respirație conștientă pentru reducerea anxietății și tensiunii, promovând calmul și reglarea emoțională în conformitate cu principiile terapiei cognitiv-comportamentale.

Durată: 10 minute

Materiale: Nu sunt necesare materiale specifice.

Descriere: Participanții sunt invitați să adopte o poziție confortabilă, cu spatele drept, pentru a facilita practicarea unei tehnici de respirație conștientă, destinată reducerii stresului și anxietății. Li se explică importanța respirației controlate în managementul emoțional și li se introduce tehnica „4-2-6”, care presupune inspirația pe nas timp de 4 secunde, menținerea respirației timp de 2 secunde și expirația lentă și profundă prin gură timp de 6 secunde. Acest ciclu de respirație este repetat de 3-4 ori, cu accent pe relaxarea progresivă a corpului și reglarea stării emoționale.

Comentariu: Tehnica de respirație 4-2-6 este o metodă eficientă pentru a induce calmul și relaxarea rapidă. În cadrul terapiei cognitiv-comportamentale, această tehnică poate fi utilizată pentru a ajuta participanții să gestioneze reacțiile automate negative și să își îmbunătățească răspunsul la situațiile stresante. Prin practica regulată, participanții pot dezvolta o mai bună conștientizare a gândurilor și emoțiilor lor, facilitând procesul de relaxare și reducerea anxietății.

Activitatea 3. Scaunul fierbinte: împărtășirea unei amintiri plăcute

Scop: Stimularea deschiderii emoționale și consolidarea încrederii reciproce prin împărtășirea experiențelor personale într-un cadru sigur.

Durată: 20 minute

Materiale: Un scaun poziționat în centrul cercului format de participanți.

Descriere: Fiecare participant, pe rând, ocupă scaunul central, cunoscut sub denumirea „scaunul fierbinte”, și împărtășește o amintire plăcută sau o experiență pozitivă cu restul grupului. Ceilalți participanți ascultă activ, respectând principiile de non-judecată și fără a întrerupe, promovând astfel un mediu de siguranță emoțională și respect reciproc.

Comentariu: Activitatea, parte integrantă a terapiei reminiscente, are rolul de a stimula emoțiile pozitive și de a facilita conexiunile emoționale între participanți. Prin împărtășirea experiențelor personale plăcute, se consolidează legăturile interpersonale și se creează un mediu bazat pe susținere și empatie. Acest proces încurajează exprimarea autentică, reduce sentimentul

de izolare și promovează deschiderea și receptivitatea față de experiențele celorlalți membri ai grupului.

Rezumare, feedback și consolidare (10 minute)

Temă pentru acasă: Scrisoarea către sine

Scop: Încurajarea introspecției și a exprimării deschise a emoțiilor, așteptărilor și speranțelor personale.

Descriere: Tema implică redactarea unei scrisori personale în care participanții sunt îndemnați să se adreseze lor înșiși, reflectând asupra așteptărilor, speranțelor și temerilor lor legate de participarea la sesiunile de intervenție. Această activitate încurajează introspecția și autocunoașterea, oferind în același timp un punct de plecare pentru discuții în ședințele următoare.

Instrucțiuni: Scrieți o scrisoare adresată vouă înșivă, în care să explorați ce așteptați de la acest program, ce speranțe aveți și ce temeri vă frământă. Reflectați asupra modului în care vă simțiți în pragul acestei experiențe. Încercați să fiți cât mai sinceri și deschiși posibil. Nu există răspunsuri greșite sau corecte. Această scrisoare este pentru voi și nu este necesar să o împărtășiți cu grupul, decât dacă doriți acest lucru.

ȘEDINȚA nr. 2: Explorarea sinelui

Obiective: Identificarea gândurilor automate negative care influențează negativ percepția participanților asupra propriei persoane, îmbunătățirea percepției de sine și a sentimentului de autoeficacitate, dezvoltarea unor gânduri realiste și constructive, care să susțină o adaptare mai eficientă și o mai bună reglare emoțională.

Introducere (5 minute)

Discuție privind tema pentru acasă (5 minute)

Activitatea 1: Arborele gândurilor

Scop: Identificarea gândurilor automate negative și înlocuirea acestora cu gânduri pozitive sau realiste.

Durată: 20 de minute

Materiale: Hârtie și creioane sau markere colorate.

Descriere: Participanții sunt invitați să realizeze un „arbore al gândurilor”, un exercițiu creativ care facilitează înțelegerea modului în care gândurile influențează emoțiile și comportamentele. Trunchiul arborelui simbolizează o situație specifică care generează sentimente de singurătate sau stres, în timp ce ramurile reprezintă gândurile automate negative asociate acesteia (de exemplu: „Nimeni nu mă caută pentru că nu sunt interesant”). În continuare, participanții sunt încurajați să „planteze” în jurul arborelui flori sau fructe, fiecare conținând un

gând pozitiv sau realist care contracarează negativitatea (de exemplu: „Am valoare și pot iniția eu conversații sociale”).

Comentariu: Acest exercițiu vizual oferă o metodă structurată de reîncadrare cognitivă, ajutând participanții să identifice relația dintre gânduri și emoții. Prin simbolul „arborelui gândurilor”, activitatea vizualizează modul în care gândurile negative influențează starea emoțională și încurajează înlocuirea acestora cu gânduri pozitive sau realiste. Această abordare facilitează restructurarea cognitivă, reducând impactul negativ al singurătății și promovând dezvoltarea unor strategii adaptative eficiente.

Activitatea 2: Jocul de rol - transformarea gândirii

Scop: Identificarea și corectarea credințelor rigide, catastrofice, de subestimare și a toleranței scăzute la frustrare prin tehnici precum jocul de rol și discuții ghidate, promovând reîncadrarea gândurilor negative în unele constructive pentru o perspectivă cognitivă mai echilibrată.

Durață: 30 de minute

Materiale: Desenele realizate în cadrul exercițiului „Arborele gândurilor”

Descriere: Exercițiul debutează printr-o prezentare a conceptelor de credințe rigide, catastrofice, de subestimare și de toleranță scăzută la frustrare, fiind oferite exemple concrete pentru a facilita înțelegerea acestora. Participanții sunt apoi împărțiți în perechi, fiecare asumând roluri distincte: un participant joacă rolul „eului critic”, exprimând gânduri negative ilustrate pe arborele gândurilor, în timp ce celălalt adoptă rolul „eului rațional/optimist”, oferind contraargumente pozitive și perspective realiste. După fiecare sesiune de joc de rol, perechile discută experiența, concentrându-se pe modul în care reîncadrarea gândurilor poate influența pozitiv starea emoțională și comportamentul în contexte reale. La finalul exercițiului, grupul se reunește pentru a împărtăși observațiile și a discuta impactul procesului de reîncadrare cognitivă asupra modului de percepție și reacție în situațiile de viață. Activitatea se încheie printr-o revenire la conceptele discutate inițial, utilizând arborii gândurilor personali pentru a analiza credințele identificate din perspectiva noțiunilor introduse. Rolurile sunt explorate în profunzime, iar participanții primesc sprijin pentru integrarea conceptelor, facilitând astfel aplicarea lor în mod practic și adaptativ.

Comentariu: Acest exercițiu oferă participanților oportunitatea de a explora și de a experimenta în mod direct impactul reîncadrării gândurilor asupra stării emoționale. Utilizând desenele „Arborele Gândurilor” ca punct de plecare, activitatea facilitează o înțelegere aprofundată a procesului de gândire, oferind cadrul pentru practicarea transformării perspectivelor negative în unele mai constructive și pozitive. Prin intermediul jocului de rol, exercițiul contribuie la creșterea

empatiei și la dezvoltarea abilităților de comunicare, permițând participanților să își asume și să exploreze diferite perspective cognitive și emoționale. În ansamblu, activitatea promovează dezvoltarea unei mentalități flexibile și îmbunătățirea comunicării empatică, consolidând astfel capacitatea participanților de a gestiona în mod adaptativ situațiile provocatoare.

Rezumare, feedback și consolidare (10 minute)

Temă pentru acasă: Jurnalul de emoții

Scop: Dezvoltarea conștientizării emoționale și încurajarea autoexplorării continue.

Durată: Se realizează ca temă pentru acasă pe parcursul unei săptămâni.

Materiale: Caiet de notițe sau jurnal.

Descriere: Participanților li se cere să țină un jurnal de emoții pentru o săptămână, în care să noteze momentele când experimentează emoții puternice, fie pozitive, fie negative, contextul în care apar acestea și gândurile asociate.

Comentariu: Această activitate le oferă participanților uneltele necesare pentru a deveni mai conștienți de propriile emoții și modul în care acestea le influențează comportamentul și deciziile. Jurnalizarea regulată poate dezvălui tipare emoționale și gânduri automate care pot fi apoi abordate în sesiunile de grup.

ȘEDINȚA nr. 3: Rădăcinile noastre

Obiective: Explorarea dinamicii relațiilor familiale, identificarea influențelor familiale asupra sentimentului de sine, facilitarea procesului de introspecție asupra legăturilor emoționale.

Introducere (5 minute): explicarea importanței relațiilor familiale în dezvoltarea personală și emoțională, oferind exemple relevante despre modul în care dinamica familială influențează sentimentul de apartenență.

Discuție privind tema pentru acasă (10 minute)

Activitatea 1: Construirea genogramei

Scop: Identificarea și analizarea modelelor de relaționare și comunicare în familia extinsă și a impactului acestora asupra individului.

Durată: 30 de minute

Materiale: hârtie, creioane, markere

Descriere: Activitatea are ca obiectiv vizualizarea și explorarea relațiilor familiale, concentrându-se pe conexiunile emoționale și modelele de relaționare și comunicare din familia extinsă. Participanții realizează o genogramă, un instrument vizual care ilustrează relațiile dintre membrii familiei și includ informații despre trăsături sau evenimente semnificative, precum și tipul relațiilor (apropiate, îndepărtate, conflictuale). După completarea genogramei, participanții sunt

invitați să împărtășească descoperirile și reflecțiile lor cu grupul, promovând o înțelegere mai profundă a dinamicii familiale și a influenței acesteia asupra propriei dezvoltări personale și emoționale.

Comentariu: Genograma reprezintă un instrument valoros pentru pentru identificarea și înțelegerea modelelor familiale și a influenței lor asupra relațiilor, sentimentelor și comportamentelor individuale. Prin acest exercițiu, participanții conștientizează dinamica familială și modul în care aceasta contribuie la starea emoțională și relaționarea interpersonală, inclusiv la percepțiile și experiențele legate de singurătate.

Activitatea 2: Scrisoarea nerostită (20 de minute)

Scop: Procesarea și exprimarea emoțiilor nespuse față de membrii familiei.

Materiale: Hârtie și pix.

Descriere: Participanții sunt invitați să redacteze o scrisoare adresată unui membru al familiei căruia nu i-au putut exprima anterior anumite emoții sau gânduri. Scrisoarea poate include teme precum recunoștință, iertare, clarificarea unor nelămuriri sau exprimarea dorinței de reconectare. Participanții au libertatea de a decide dacă păstrează scrisoarea privată sau dacă aleg să o împărtășească cu grupul, în funcție de nivelul lor de confort și disponibilitate emoțională. Activitatea este însoțită de o discuție despre beneficiile exprimării emoțiilor și impactul acesteia asupra bunăstării emoționale.

Comentariu: Această activitate oferă un cadru sigur și structurat pentru explorarea și exprimarea emoțiilor nespuse, contribuind la eliberarea tensiunii emoționale și la clarificarea conflictelor interioare. Exprimarea emoțiilor prin scris poate avea un efect terapeutic profund, facilitând înțelegerea de sine, promovând reconcilierea emoțională și îmbunătățind dinamica relațiilor familiale.

Activitatea 3: Rădăcinile și aripile

Scop: **Facilitarea reflecției asupra influenței familiei în dezvoltarea autonomiei personale și în luarea deciziilor individuale.**

Durată: 20 de minute

Materiale: Foi de hârtie și creioane.

Descriere: Participanții sunt invitați să creeze o reprezentare grafică formată din două simboluri: „rădăcini” și „aripi”. Rădăcinile reprezintă familia, tradițiile și suportul emoțional oferit de-a lungul vieții, în timp ce aripile simbolizează independența, aspirațiile personale și libertatea de a lua decizii. Acest exercițiu încurajează reflecția asupra influenței familiale în parcursul personal, evidențiind atât sprijinul emoțional și stabilitatea oferite de „rădăcini”, cât și rolul familiei în încurajarea autonomiei și dezvoltării individuale, reprezentate de „aripi”. În cadrul

discuției de grup, participanții analizează echilibrul dintre apartenența la familie și nevoia de autonomie, explorând modul în care relațiile familiale contribuie la securitatea emoțională și la creșterea personală.

Comentariu: Această activitate facilitează analiza influenței duale a legăturilor familiale, evidențiind atât sprijinul oferit, cât și provocările asociate acestora. Participanții sunt încurajați să exploreze modul în care relațiile familiale le-au modelat identitatea și sentimentul de autonomie, contribuind la o mai bună înțelegere a echilibrului dintre apartenență și independență. Activitatea sprijină introspecția asupra dinamicii familiale, ajutând participanții să recunoască și să aprecieze atât aspectele pozitive, cât și dificultățile întâlnite, promovând o perspectivă echilibrată asupra influenței trecutului asupra dezvoltării personale.

Rezumare, feedback și consolidare (10 minute)

Temă pentru acasă: Cufărul cu amintiri

Descriere: Participanții sunt încurajați să colecteze și să aducă la următoarea ședință amintiri semnificative, sub formă de fotografii, scrisori sau alte obiecte mici cu valoare sentimentală, pentru a explora împreună poveștile și emoțiile asociate acestora. Activitatea oferă oportunitatea de a reflecta asupra experiențelor de viață, promovând introspecția și împărtășirea într-un cadru terapeutic.

Instrucțiuni: Participanții vor căuta în posesiunile lor personale, fie în mediul familial, fie în cel instituționalizat, obiecte care le evocă amintiri plăcute. Acestea pot include fotografii, scrisori, bilete, suveniruri sau alte obiecte care au o semnificație personală. Vor selecta 2-3 elemente pe care se simt confortabil să le împărtășească cu grupul, reamintindu-și contextul, persoanele implicate și semnificația fiecărui obiect. La următoarea ședință, participanții vor prezenta aceste amintiri, explicând contextul în care au fost create și emoțiile pe care le evocă. Pe parcursul pregătirii, participanții sunt îndrumați să reflecteze asupra sentimentelor resimțite în timp ce explorează aceste amintiri, observând modul în care acestea influențează starea de spirit sau perspectiva actuală.

Comentariu: Această activitate extinde procesul terapiei reminiscente dincolo de ședința de grup, încurajând participanții să se implice activ în autoexplorare. Adunarea și împărtășirea amintirilor contribuie la crearea unui mediu de empatie și conexiune reciprocă, facilitând înțelegerea emoțiilor și aprofundarea relațiilor interpersonale. De asemenea, acest exercițiu promovează recunoștința pentru experiențele trecute și oferă un cadru sigur pentru exprimarea unor aspecte valoroase ale vieții personale.

ȘEDINȚA nr. 4: Navigând prin emoții

Obiective: Creșterea conștientizării emoționale, îmbunătățirea înțelegerii modului în care emoțiile sunt experimentate fizic, dezvoltarea abilităților de exprimare și gestionare a emoțiilor intense.

Introducere (5 minute)

Discuție privind tema pentru acasă (10 minute)

Activitatea 1: Identificarea emoțiilor pe harta corpului (30 de minute)

Scop: Creșterea conștientizării emoționale și înțelegerea modului în care acestea sunt experimentate fizic în corp.

Materiale: Foi mari de hârtie, creioane colorate, markere

Descriere: Fiecare participant primește o foaie de hârtie pe care este desenată silueta unui corp uman. Participanții sunt îndemnați să folosească culori diferite pentru a marca pe hartă zonele corpului unde simt diverse emoții (bucurie, tristețe, furie, frică, etc.). De exemplu, roșu poate fi utilizat pentru a indica furia în zona pieptului, iar albastrul pentru tristețea resimțită în umeri. După completarea diagramei, fiecare participant împărtășește grupului observațiile lui, discutând despre zonele afectate, contextul în care au apărut emoțiile respective și impactul acestora. Discuția este extinsă pentru a include senzațiile fizice asociate singurătății, anxietății, stresului și depresiei.

Comentariu: Această activitate, fundamentată pe principiile terapiei cognitiv-comportamentale și ale terapiei rațional-emoțive, sprijină conștientizarea conexiunii dintre corp și emoții. Participanții învață să recunoască semnalele corporale asociate trăirilor lor și să înțeleagă legătura dintre emoții și reacțiile fizice. Acest proces facilitează o mai bună înțelegere a reacțiilor emoționale și dezvoltarea unor strategii eficiente de gestionare a acestora.

Activitatea 2: Rezonanța emoțională a amintirilor (30 de minute)

Scop: Explorarea și exprimarea experiențelor recente care au evocat emoții intense, utilizând terapia reminiscentă pentru a analiza impactul emoțional al acestor amintiri.

Materiale: hârtie și pixuri

Descriere: Participanții sunt rugați să scrie o scurtă povestire a unei experiențe recente care a provocat o emoție intensă, fie ea pozitivă sau negativă. Scopul este de a identifica și de a descrie contextul în care a avut loc experiența, persoanele implicate, acțiunile care au declanșat emoția și modul în care aceasta a fost gestionată. După finalizarea exercițiului, fiecare participant este invitat să împărtășească povestea cu grupul. Discuția se concentrează pe identificarea emoțiilor declanșate, strategiile de coping utilizate și lecțiile învățate. În încheiere, grupul explorează modalități de a aborda experiențe similare în viitor pentru a amplifica sentimentele pozitive sau pentru a minimiza efectele negative.

Comentariu: Această activitate, inspirată din terapia reminiscentă, este adaptată pentru a include discuții despre gestionarea emoțiilor în contextul actual. Participanții sunt încurajați să exploreze legătura dintre experiențele recente și modelele lor emoționale pe termen lung, oferindu-le ocazia de a identifica modalități prin care aceste informații pot fi utilizate pentru îmbunătățirea abilităților de gestionare emoțională. Exercițiul contribuie la creșterea conștientizării de sine, promovând în același timp dezvoltarea empatiei între membrii grupului. Prin intermediul acestui proces, se consolidează suportul reciproc și înțelegerea, facilitând un cadru propice pentru reflecție și creștere personală.

Rezumare, feedback și consolidare (10 minute)

Temă pentru acasă: Galeria emoțiilor

Descriere: Această temă are ca scop creșterea conștientizării emoționale prin utilizarea artei ca mijloc de explorare și exprimare a emoțiilor experimentate pe parcursul săptămânii. Participanții sunt invitați să creeze o „galerie de emoții” utilizând forme de artă preferate, precum desenul, pictura, colajul sau fotografia. Activitatea permite reflectarea asupra emoțiilor trăite, înțelegerea contextelor în care acestea au apărut și exprimarea lor într-un mod creativ și nonverbal.

Instrucțiuni: Pe parcursul săptămânii, participanții sunt încurajați să identifice momentele în care au resimțit emoții puternice și să le reprezinte artistic. Fiecare lucrare trebuie să surprindă nu doar natura emoției, ci și contextul în care aceasta a fost trăită. Se recomandă realizarea a cel puțin trei lucrări, fiecare reprezentând o emoție diferită. Pentru a spori impactul creativ, participanții pot folosi culori, forme și texturi care reflectă specificitatea emoției (de exemplu, furia ar putea fi ilustrată prin linii ascuțite și culori intense, în timp ce bucuria ar putea fi exprimată prin culori deschise și linii curbe). La final, participanții sunt îndrumați să reflecteze asupra procesului creativ, analizând modul în care transpunerea emoțiilor în artă le-a influențat perspectiva și înțelegerea sentimentelor lor.

Comentariu: Această activitate integrează elemente de terapie prin artă pentru a facilita explorarea și procesarea emoțiilor într-un mod accesibil și expresiv. Terapia prin artă permite exprimarea nonverbală a sentimentelor, oferind o alternativă eficientă pentru cei care întâmpină dificultăți în a-și verbaliza trăirile. În plus, procesul creativ stimulează introspecția și oferă noi perspective asupra emoțiilor, contribuind astfel la o mai bună înțelegere și gestionare a acestora.

ȘEDINȚA nr. 5: Comunicarea modernă (atelier)

Obiective: Familiarizarea participanților cu tehnologiile moderne de comunicare, în vederea

reducerii anxietății asociate utilizării dispozitivelor tehnologice, dezvoltarea competențelor necesare pentru inițierea și menținerea legăturilor sociale în mediul online, promovând integrarea tehnologică în viața cotidiană, Educarea persoanelor vârstnice în utilizarea tehnologiilor moderne pentru menținerea și îmbunătățirea relațiilor cu familia și prietenii, contribuind la reducerea sentimentelor de izolare și singurătate.

Introducere (10 minute): prezentare scurtă a obiectivelor atelierului și a beneficiilor utilizării tehnologiei pentru comunicare.

Activitatea 1: Familiarizarea cu dispozitivele (20 minute)

Scop: Reducerea anxietății legate de tehnologie prin expunere graduală și interacțiune directă.

Materiale necesare: Smartphone-uri, tablete, laptopuri, conexiune la internet.

Descriere: Participanții vor fi introduși în utilizarea dispozitivelor tehnologice de uz curent, precum smartphone-uri, tablete și computere. Activitatea include explicarea funcțiilor de bază ale acestor dispozitive, cum ar fi navigarea în interfața principală, utilizarea aplicațiilor standard, gestionarea setărilor de bază și accesarea platformelor de comunicare. Acest proces are ca scop dezvoltarea competențelor fundamentale necesare pentru utilizarea eficientă a tehnologiilor moderne, promovând autonomia și reducând anxietatea legată de utilizarea acestora.

Comentariu: Această activitate contribuie la creșterea încrederii în utilizarea tehnologiei prin expunere progresivă și sprijin direct din partea facilitatorului.

Activitatea 2: Introducere în utilizarea aplicațiilor de comunicare (20 minute)

Scop: Învățarea modului de utilizare a aplicațiilor populare de comunicare pentru menținerea legăturilor sociale.

Materiale necesare: Smartphone-uri, conexiune la internet.

Descriere: Participanții vor fi instruiți în utilizarea aplicațiilor populare de mesagerie și apeluri video, precum WhatsApp și Facebook Messenger. Activitatea include ghidaj practic în procesul de instalare a aplicațiilor, crearea unui cont și explorarea funcțiilor esențiale, cum ar fi trimiterea de mesaje text, efectuarea de apeluri vocale și video, și gestionarea setărilor de confidențialitate. Această inițiativă are ca obiectiv dezvoltarea abilităților necesare pentru utilizarea eficientă a acestor platforme, contribuind la îmbunătățirea comunicării online și la reducerea sentimentului de izolare.

Comentariu: Activitatea promovează incluziunea digitală și oferă unelte practice pentru conectarea cu cei dragi.

Activitatea 3: Joc de rol: inițierea conversațiilor online (20 minute)

Scop: Îmbunătățirea abilităților de comunicare online și dezvoltarea încrederii în folosirea tehnologiei.

Materiale necesare: Dispozitive personale ale participanților.

Descriere: Participanții sunt organizați în perechi sau grupuri mici pentru a exersa inițierea și menținerea unei conversații utilizând aplicații de mesagerie. Activitatea include utilizarea practică a platformelor digitale pentru comunicare, oferind exemple de fraze utile și sfaturi pentru o interacțiune eficientă și politicoasă în mediul online. Prin jocuri de rol, participanții își dezvoltă abilitățile de comunicare digitală, simulând situații reale în care inițiază și susțin conversații prin tehnologie. Această activitate are ca scop creșterea încrederii în utilizarea aplicațiilor de comunicare și îmbunătățirea competențelor necesare pentru menținerea legăturilor sociale online.

Comentariu: Această activitate stimulează interacțiunea practică și încurajează dezvoltarea abilităților digitale și sociale.

Activitatea 3: Crearea unei comunități virtuale (20 minute)

Scop: Extinderea rețelei sociale și îmbunătățirea sentimentului de apartenență.

Materiale necesare: Smartphone-uri, tablete, laptopuri, conexiune la internet.

Descriere: Participanții vor fi ghidați în procesul de creare a profilurilor personale pe platformele de socializare, cu scopul de a facilita integrarea lor în mediul online. Activitatea include asistență în configurarea profilurilor, utilizarea funcțiilor de bază și personalizarea setărilor de confidențialitate. De asemenea, participanții sunt încurajați să se alăture grupurilor de interes, cum ar fi comunități locale sau grupuri pentru vârstnici, pentru a extinde oportunitățile de interacțiune socială și pentru a participa activ la discuții relevante pentru interesele lor. Această activitate promovează integrarea digitală și sprijină dezvoltarea relațiilor sociale online, reducând astfel izolarea socială.

Comentariu: Această activitate facilitează reducerea izolării sociale prin sprijinirea participanților în crearea și menținerea de conexiuni virtuale semnificative. Prin utilizarea platformelor digitale și implicarea în grupuri de interes, participanții au posibilitatea de a extinde rețelele sociale și de a participa activ la interacțiuni care reflectă preocupările și interesele lor personale, contribuind astfel la îmbunătățirea bunăstării emoționale și sociale.

Discuție și feedback (10 minute)

Tema pentru acasă: Participanții sunt încurajați să inițieze un apel video cu un membru al familiei sau un prieten folosind tehnologia învățată, până la următoarea întâlnire, pentru exersarea abilităților învățate și menținerea legăturii cu ceilalți. Sunt rugați să reflecteze asupra experienței, notând cum aceasta a influențat starea lor emoțională.

ȘEDINȚA nr. 6: Artă expresiei

Obiective: Facilitarea exprimării emoțiilor complexe prin utilizarea artei ca mijloc de comunicare, promovarea introspecției și autoexplorării, precum și dezvoltarea abilităților de exprimare creativă și emoțională.

Introducere (5 minute): Sesiunea debutează cu o prezentare a obiectivelor, subliniind importanța exprimării emoțiilor prin metode creative ca mijloc de reducere a stresului și de promovare a bunăstării emoționale. Participanții sunt încurajați să reflecteze asupra emoțiilor lor curente, creând un cadru introspectiv care să faciliteze conștientizarea stării lor emoționale și deschiderea către exprimare creativă.

Discuție privind tema pentru acasă (10 minute)

Activitatea 1: Sculptura sentimentelor (30 minute)

Scop: Facilitarea identificării, înțelegerii și exprimării emoțiilor prin modelaj, promovând dezvoltarea inteligenței emoționale și comunicarea deschisă într-un mod creativ și constructiv.

Materiale: lut sau plastilină

Descriere: Fiecărui participant i se oferă o cantitate de lut sau plastilină, fiind îndemnat să creeze o formă sculpturală care să reflecte starea sa emoțională din momentul respectiv. După finalizarea sculpturilor, participanții sunt invitați să prezinte creația în fața grupului, explicând semnificația acesteia și motivul alegerii formei respective. Activitatea se finalizează printr-o discuție deschisă, centrată pe interpretarea și semnificația fiecărei lucrări, încurajând reflecția, empatia și înțelegerea emoțiilor proprii și ale celorlalți.

Comentariu: Terapia prin artă facilitează explorarea emoțiilor care sunt dificil de verbalizat. Această activitate oferă un mediu sigur pentru exprimarea autentică și construirea unei conexiuni emoționale între participanți.

Activitatea 2: Poezia personală (30 de minute)

Scop: Promovarea introspecției și exprimării gândurilor prin scriere creativă.

Materiale: Hârtie, pixuri

Descriere: Participanții sunt invitați să compună o poezie scurtă care să reflecte experiențele, emoțiile sau gândurile lor recente. Pentru a stimula creativitatea, sunt oferite sugestii tematice precum natura, amintirile personale sau relațiile interumane. După finalizarea poeziilor, participanții pot alege să le împărtășească în cadrul grupului, promovând un spațiu de dialog și conectare, sau pot opta să le păstreze private, respectând nivelul individual de confort și intimitate. Această activitate urmărește dezvoltarea expresivității emoționale și a creativității prin explorarea literară a experiențelor personale.

Comentariu: Scrierea de poezie reprezintă un instrument terapeutic valoros pentru autoexplorare, facilitând exprimarea emoțiilor, restructurarea gândurilor și credințelor, precum și dezvoltarea abilităților de exprimare personală. Aceste activități sunt concepute să fie flexibile și accesibile pentru toți participanții, indiferent de experiența artistică anterioară, și să sprijine dezvoltarea abilităților de exprimare personală și emoțională.

Rezumare, feedback și consolidare (10 minute)

Temă pentru acasă: Cărțile mele deschise

Descriere: Participanții sunt încurajați să aleagă o carte sau o revistă care i-a inspirat în ultima perioadă și să scrie câteva rânduri despre modul în care aceasta le-a influențat gândirea sau emoțiile. Scopul este promovarea reflecției personale și explorarea legăturilor dintre lectură și starea de bine.

Comentariu: Activitatea urmărește să stimuleze reflecția și exprimarea personală printr-un mijloc accesibil și familiar. Aceasta încurajează participanții să analizeze și să comunice modul în care materialele de lectură pot influența perspectivele, emoțiile și procesele de gândire, promovând totodată conexiunea cu propriile experiențe și sentimente.

ȘEDINȚA nr. 7: Muzica vieții

Obiective: Facilitarea conexiunii dintre muzică și emoțiile personale, promovarea exprimării emoțiilor prin muzică și mișcare, stimularea memoriei emoționale și a sentimentului de apartenență prin împărtășirea experiențelor muzicale.

Introducere (5 minute)

Discuție privind tema pentru acasă (10 minute)

Activitatea 1: Muzica amintirilor (40 minute)

Scop: Facilitarea exprimării emoțiilor și explorarea conexiunii dintre muzică și starea de bine emoțională, prin crearea unui spațiu de reflecție și împărtășire a modului în care melodii și dansuri semnificative au influențat momente importante din viața participanților, contribuind la înțelegerea profundă a impactului muzicii asupra stării emoționale și calității vieții.

Materiale: Sistem audio, selecție de melodii (majoritatea vechi), flipchart, markere.

Descriere: Participanții se așează în cerc și explorează conceptul de ancorare emoțională prin muzică și dans, discutând modul în care anumite melodii pot declanșa amintiri și emoții specifice. Pentru a facilita acest proces, sunt redată scurte fragmente din melodii cunoscute, iar participanții sunt încurajați să împărtășească amintirile, emoțiile sau poveștile personale asociate cu fiecare melodie.

Pentru a stimula reflecția și discuțiile, pot fi folosite întrebări precum: „Ce amintiri vă evocă această melodie?”, „Cum v-ați simțit în acel moment?”, „Există o poveste personală pe care doriți să o împărtășiți legată de această melodie sau dans?”. Activitatea își propune să sprijine conștientizarea conexiunii dintre muzică, memorie și emoții, oferind participanților un cadru sigur și suportiv pentru exprimarea și explorarea personală.

Comentariu: Această activitate stimulează memoria emoțională, dar ajută și la înțelegerea modului în care muzica și dansul funcționează ca instrumente terapeutice pentru gestionarea emoțiilor. Participanții învață despre importanța recunoașterii și exprimării emoțiilor legate de amintiri specifice, contribuind la îmbunătățirea stării lor emoționale și la reducerea sentimentelor de singurătate prin împărtășirea experiențelor comune.

Activitatea 2: Dansul emoțiilor (30 de minute)

Scop: Încurajarea participanților să exploreze și să exprime emoții prin mișcare și dans.

Materiale: Spațiu deschis adecvat pentru dans, muzică variată, la care participanții se pot raporta (piese mai vechi și suficient de cunoscute, încât să le trezească amintiri).

Descriere: Participanții sunt ghidați printr-o serie de exerciții de încălzire menite să relaxeze corpul și să pregătească mintea pentru activitate. Ulterior, aceștia sunt invitați să exploreze mișcări de dans care reflectă diverse stări emoționale, încurajând exprimarea liberă prin mișcare. Fiecare participant are posibilitatea de a selecta muzică ce rezonază cu starea emoțională actuală și de a improviza mișcări care să exprime aceste trăiri. Activitatea include o componentă reflexivă, participanții fiind încurajați să observe modul în care dansul și mișcarea influențează starea lor de spirit și să exploreze conexiunea dintre corp, emoții și muzică. Această abordare contribuie la dezvoltarea conștientizării emoționale și la îmbunătățirea stării generale de bine.

Comentariu: Dansul este o formă excelentă de exprimare nonverbală care poate ajuta la eliberarea tensiunilor și la îmbunătățirea stării de bine, promovând în același timp conexiunea și sprijinul social în grup.

Rezumare, feedback și consolidare (10 minute)

Temă pentru acasă: Playlistul vieții mele

Descriere: Participanții sunt invitați să creeze o listă de cântece care au avut o semnificație specială în diferite etape ale vieții lor. Fiecare melodie ar trebui să reflecte momente cheie, sentimente puternice sau perioade importante, cum ar fi evenimente emoționante, nunți, petreceri, momente de liniște sau alte ocazii marcante. Lista rezultată poate deveni o hartă muzicală a parcursului personal al fiecărui participant.

Comentariu: Această activitate are ca scop stimularea memoriei emoționale și cognitive, încurajând participanții să reflecteze asupra propriei vieți și asupra rolului pe care muzica l-a jucat

în diferitele etape ale acesteia. În plus, activitatea contribuie la creșterea stării de bine emoționale, oferind o experiență plăcută, semnificativă și personală.

ȘEDINȚA nr. 8: Pas cu Pas

Obiective: Ajutarea participanților să identifice și să formuleze obiective specifice pentru dezvoltarea abilităților sociale, stimularea reflecției asupra progresului personal și îmbunătățirea stării de bine prin activități interactive și fizice.

Introducere (5 minute)

Discuție privind tema pentru acasă (10 minute)

Activitatea 1: Cercul obiectivelor (20 de minute)

Scop: Ajută participanții să-și identifice și să formuleze obiective clare pentru îmbunătățirea abilităților sociale, oferind un cadru de suport și încurajare din partea grupului.

Materiale: Foi mari de hârtie, markere, foi de hârtie, stilouri

Descriere: Participanții sunt organizați în grupuri mici, iar fiecărui grup i se oferă o foaie mare de hârtie pentru desfășurarea activității. Fiecare participant este îndemnat să formuleze un obiectiv concret, specific și realizabil, orientat spre îmbunătățirea unei abilități sociale pe care dorește să o dezvolte în săptămâna următoare. Exemple de obiective includ: inițierea unei conversații, participarea la un eveniment social, salutarea a cinci persoane pe zi sau alte comportamente similare. După formularea obiectivelor, fiecare membru al grupului prezintă propriul obiectiv colegilor, facilitând un proces de feedback constructiv. Ceilalți membri oferă sugestii și recomandări pentru atingerea obiectivelor, încurajând reflecția și sprijinind dezvoltarea personală.

Comentariu: Această activitate promovează planificarea și suportul reciproc în cadrul grupului, aspecte esențiale pentru consolidarea încrederii în abilitățile sociale ale participanților. Prin stabilirea unor obiective sociale clare și realizabile, participanții sunt încurajați să-și dezvolte capacitatea de autoevaluare și reflecție. În plus, activitatea creează un mediu sigur și motivant, favorabil împărtășirii ideilor și primirii de feedback constructiv. Prin colaborare și sprijin reciproc, participanții își pot consolida conexiunile interpersonale și dezvolta abilități sociale precum cooperarea, comunicarea și gestionarea relațiilor. Această abordare participativă contribuie activ la angajarea fiecărui individ în procesul de atingere a propriilor obiective, stimulând atât dezvoltarea personală, cât și sentimentul de apartenență la grup.

Activitatea 2: Colajul obiectivelor (20 de minute)

Scop: Acest exercițiu își propune să ajute participanții să-și vizualizeze și să exprime obiectivele sociale printr-un colaj creativ.

Materiale: Reviste, foarfeci, lipici, foi mari de hârtie sau carton.

Descriere: Participanții sunt invitați să exploreze reviste și să selecteze imagini sau cuvinte care reflectă obiectivele lor sociale personale. De exemplu, pentru un obiectiv precum „dezvoltarea de noi prietenii” sau „menținerea legăturii cu familia”, aceștia pot căuta imagini sau expresii care simbolizează prietenia, conexiunea sau relațiile de familie. După selectarea materialelor, participanții le lipesc pe o foaie de hârtie pentru a crea un colaj vizual care să reprezinte obiectivul ales. Acest proces creativ le permite să concretizeze intențiile și să vizualizeze scopurile într-un mod simbolic și tangibil. Ulterior, fiecare participant este invitat să împărtășească colajul cu grupul și să discute alegerea imaginilor și modul în care acestea reflectă obiectivele personale. Discuțiile sunt menite să faciliteze o mai bună înțelegere a motivațiilor și să stimuleze reflecția asupra pașilor necesari pentru atingerea scopurilor.

Comentariu: Activitatea își propune să sprijine exprimarea vizuală și creativă a obiectivelor sociale, promovând conștientizarea intențiilor personale și motivația pentru acțiune. În plus, aceasta oferă un cadru sigur pentru reflecție și împărtășirea ideilor, contribuind la dezvoltarea abilităților de comunicare, empatie și sprijin reciproc în cadrul grupului.

Activitatea 3: Gimnastica pe scaun (15 minute)

Scop: Îmbunătățirea mobilității și a circulației și creșterea stării de bine prin exerciții fizice ușoare adaptate nevoilor vârstnicilor.

Materiale: Scaune stabile, fără brațe.

Descriere: Participanții sunt ghidați să realizeze o serie de exerciții fizice ușoare, toate efectuate în poziție așezată pe scaun. Exercițiile includ mișcări de întindere și întărire, cum ar fi rotații ale capului și trunchiului, mișcări ale brațelor și picioarelor, toate coordonate cu respirația pentru a promova relaxarea. Pe parcursul activității, siguranța participanților este asigurată, iar aceștia sunt asistați pentru a efectua mișcările corect și fără riscuri.

Comentariu: Activitatea contribuie semnificativ la reducerea tensiunii musculare, îmbunătățirea flexibilității și mobilității, precum și la creșterea stării generale de bine. În plus, exercițiile coordonate cu respirația susțin reducerea stresului și anxietății, având un impact pozitiv asupra sănătății mentale. Această abordare integrativă promovează o conexiune benefică între bunăstarea fizică și cea emoțională.

Rezumare, feedback și consolidare (10 minute)

Temă pentru acasă: Planul de acțiune personal

Descriere: Participanții sunt invitați să creeze un plan de acțiune pentru săptămâna următoare, inspirat din modelul discutat în sesiune. Planul trebuie să fie scurt și concret, concentrându-se pe un obiectiv clar, specific și realizabil, care să fie relevant pentru dezvoltarea

lor personală sau socială. De asemenea, participanții sunt încurajați să descrie pașii practici pe care îi vor urma pentru a atinge acest obiectiv, detaliind acțiunile necesare și resursele care le pot fi de ajutor. Această activitate urmărește să sprijine transformarea intențiilor în acțiuni concrete, promovând o abordare organizată și motivațională în atingerea scopurilor personale, contribuind astfel la progresul lor individual.

ȘEDINȚA nr. 9: Legături și cicluri

Obiective: Această ședință are scopul de a îmbunătăți înțelegerea dinamicilor familiale și a influenței lor asupra relațiilor interpersonale, dezvoltând abilități de gestionare a conflictelor prin introspecție și reflecție ghidată. Participanții vor beneficia de un cadru sigur și suportiv, ce facilitează creșterea personală și relațională.

Introducere (5 minute)

Discuție privind tema pentru acasă (10 minute)

Activitatea 1: Ciclul vieții familiale (45 minute)

Scop: Acest exercițiu își propune să exploreze etapele ciclului vieții familiale, ajutând participanții să înțeleagă influența tranzițiilor de viață asupra dinamicii relaționale. Prin identificarea modelelor repetitive, participanții vor putea să-și examineze mai profund propriile relații.

Materiale: Foaie de flipchart, markere colorate, note adezive.

Descriere: Participanții sunt invitați să reprezinte grafic ciclul vieții familiale, ilustrând evenimentele esențiale care structurează acest proces, precum formarea unui cuplu, nașterea și creșterea copiilor, tranziția acestora către independență și asumarea rolurilor de bunic. În cadrul reprezentării grafice, fiecare participant va marca evenimentele semnificative și va asocia acestora stări emoționale caracteristice fiecărei etape, contribuind astfel la crearea unei perspective detaliate și personalizate asupra evoluției și dinamicii familiei lor. Pe notițe adezive, participanții vor identifica și descrie modele repetitive sau tipare observate în familia lor, precum conflicte recurente, traume nerezolvate sau dinamici de comunicare disfuncționale. Aceste note vor servi drept punct de plecare pentru o analiză mai profundă a modului în care astfel de factori au influențat relațiile și comportamentele din cadrul familiei de-a lungul timpului.

O discuție colectivă va fi ghidată pentru a reflecta asupra modului în care tranzițiile de viață, cum ar fi schimbarea de la un rol familial la altul, pot afecta relațiile interpersonale și dinamica generală a familiei. Discuția va sublinia atât provocările frecvent întâlnite în fiecare etapă a ciclului familial, cât și oportunitățile de creștere personală și consolidare a relațiilor. Participanții vor fi încurajați să împărtășească observații și să identifice strategii prin care tranzițiile dificile pot

fi gestionate mai eficient, în scopul menținerii unei comunicări sănătoase și a unor relații echilibrate în familie.

Comentariu: Activitatea urmărește să sprijine participanții în explorarea profundă a ciclului vieții familiale, facilitând înțelegerea impactului etapelor și tranzițiilor asupra dinamicilor relaționale. Prin combinarea tehnicilor vizuale cu reflecția ghidată, activitatea contribuie la dezvoltarea conștientizării emoționale, a abilităților de introspecție și a comunicării empatică. De asemenea, aceasta creează un spațiu sigur pentru a explora provocările și a identifica modalități constructive de adaptare la schimbările familiale, susținând dezvoltarea personală și relațională.

Activitatea 2: Intervievarea celuilalt internalizat (40 minute)

Scop: Această activitate ajută la explorarea și rezolvarea conflictelor interioare sau a sentimentelor nerezolvate prin dialogul imaginar cu un membru al familiei.

Materiale: Scaune dispuse față în față, notițe pentru fiecare participant.

Descriere: Participanții sunt invitați să ia parte la un exercițiu de dialog imaginar, menit să faciliteze exprimarea și clarificarea sentimentelor legate de o situație sau un conflict nerezolvat cu un membru al familiei. În cadrul acestui exercițiu, un scaun gol, plasat în fața participantului, simbolizează prezența persoanei respective. Participanții sunt încurajați să-și exprime gândurile și emoțiile în mod liber, explorând situația nu doar din propria perspectivă, ci și imaginând punctul de vedere al persoanei simbolizate de scaun. Acest proces este ghidat cu grijă, pentru a ajuta participanții să abordeze conflictul din ambele perspective și să faciliteze o mai bună înțelegere a relației.

Comentariu: Această activitate facilitează exprimarea emoțiilor și permite participanților să-și clarifice gândurile și sentimentele care, altfel, ar putea rămâne reprimare. Exercițiul ajută la dezvoltarea empatiei și la o înțelegere mai profundă a dinamicilor și tensiunilor familiale. De asemenea, activitatea sprijină procesul de vindecare emoțională și promovează reconectarea și îmbunătățirea relațiilor interpersonale.

Rezumare, feedback și consolidare (10 minute)

Temă pentru acasă: Scrisoare deschisă către un membru al familiei

Descriere: Participanții sunt invitați să scrie o scrisoare deschisă adresată unui membru al familiei cu care au avut conflicte sau neînțelegeri. Scrisoarea reprezintă un instrument introspectiv prin care participanții pot exprima gânduri, sentimente și reflecții care, în mod obișnuit, ar putea rămâne nespuse. Este important de menționat că scrisoarea nu trebuie neapărat trimisă destinatarului. Scopul principal al acestui exercițiu este de a ajuta participanții să își clarifice și să își organizeze gândurile, să exploreze perspective diferite și să reflecteze asupra relației respective.

Procesul de scriere poate contribui la o mai bună înțelegere a dinamicii conflictului și poate facilita procesul de vindecare emoțională.

Comentariu: Această activitate promovează autoexplorarea și introspecția, sprijinind participanții să își gestioneze mai bine emoțiile și să dezvolte o perspectivă mai empatică asupra relațiilor familiale.

ȘEDINȚA nr. 10: Emoții în culoare

Introducere (5 minute)

Discuție privind tema pentru acasă (10 minute)

Activitatea 1: Dialogul culorilor și amintirilor (20 minute)

Scop: Încurajarea exprimării emoționale și a conexiunilor personale prin asocierea culorilor cu amintiri semnificative.

Materiale: Hârtie colorată, markere, foarfece, lipici, fotografii personale sau imagini care evocă amintiri.

Descriere: Participanții aleg culori care simbolizează diverse stări emoționale asociate cu momente importante din viața lor. Pe hârtia colorată, scriu scurte descrieri ale acestor amintiri și emoțiilor asociate, iar, opțional, integrează imagini sau simboluri relevante. În cadrul unei discuții de grup, fiecare participant este încurajat să împărtășească reflecțiile sale, oferind astfel ocazia de a explora modul în care culorile sunt asociate cu trăirile emoționale și amintirile personale.

Comentariu: Această activitate facilitează înțelegerea modului în care experiențele din trecut influențează stările emoționale prezente. Asocierea culorilor cu emoțiile oferă o perspectivă vizuală și intuitivă asupra legăturilor dintre trăirile afective și amintirile personale, sprijinind conștientizarea impactului trecutului asupra prezentului emoțional.

Activitatea 2: Pictura emoțiilor (45 minute)

Scop: Explorarea și exprimarea emoțiilor prin intermediul picturii, utilizând culori și tehnici specifice pentru a reprezenta diferite stări emoționale.

Materiale: Pânze, pensule, vopsele acrilice, palete.

Descriere: Participanții sunt invitați să creeze lucrări de artă abstracte care reflectă un amestec de emoții resimțite recent. Aceștia sunt îndrumați să își aleagă culorile și tehnicile de aplicare a vopselelor în mod liber, în funcție de stările emoționale pe care doresc să le exprime. În timpul activității, participanții sunt încurajați să reflecteze asupra alegerii culorilor, asupra tiparelor și a intensității aplicării vopselei, observând legătura dintre procesul creativ și emoțiile lor. După finalizarea picturilor, se organizează o scurtă sesiune de discuții de grup, în care participanții pot împărtăși semnificațiile personale asociate lucrărilor lor, explorând legătura dintre

culoare, tehnică și starea emoțională exprimată. Această etapă încurajează introspecția, înțelegerea emoțiilor și schimbul de perspective între participanți.

Comentariu: Pictura ca mijloc de exprimare oferă participanților o modalitate unică, vizuală și intuitivă de a explora emoțiile. Procesul creativ facilitează exprimarea sentimentelor complexe, care pot fi dificil de verbalizat, și oferă o oportunitate pentru auto-reflecție și eliberare emoțională. În plus, activitatea stimulează conștientizarea legăturii dintre trăiri și reprezentările artistice, contribuind la dezvoltarea inteligenței emoționale și a creativității.

Rezumare, feedback și consolidare (10 minute)

Temă pentru acasă: Jurnal vizual al emoțiilor

Descriere: Participanții sunt invitați să-și continue explorarea emoțiilor prin crearea unui jurnal vizual zilnic, utilizând desenul, pictura, colajul sau alte tehnici preferate pentru a reprezenta stările emoționale trăite în fiecare zi. Acest exercițiu are scopul de a dezvolta conștientizarea emoțională, oferindu-le ocazia să reflecteze asupra trăirilor personale și să observe impactul artei asupra exprimării și gestionării sentimentelor. Fiecare lucrare poate fi însoțită de câteva cuvinte care descriu emoțiile sau evenimentele ce au inspirat-o, ajutând la contextualizarea creației. Pe parcursul săptămânii, participanții pot observa tipare sau schimbări în stările lor emoționale, folosind jurnalul ca un instrument de introspecție. Această practică creativă permite o mai bună înțelegere a trăirilor zilnice, încurajând exprimarea autentică și conectarea cu sinele interior prin artă.

ȘEDINȚA nr. 11: Reconnectare familială (atelier)

Introducere (5 minute)

Discuție privind tema pentru acasă (10 minute)

Activitatea 1: Jocuri intergeneraționale (30 minute): organizarea unor jocuri simple, precum mimă sau jocuri de societate, care să permită participarea tuturor indiferent de vârstă.

Scop: Îmbunătățirea comunicării, dezvoltarea empatiei și consolidarea legăturilor emoționale între generații prin activități ludice care încurajează colaborarea, interacțiunea pozitivă și spiritul de echipă.

Materiale: Jocuri de societate și materiale pentru activități de masă.

Descriere: Participanții sunt organizați în echipe mixte, formate din persoane vârstnice și membri mai tineri ai familiei, pentru a facilita interacțiunea intergenerațională. Activitățile sunt adaptate astfel încât să permită participarea tuturor, indiferent de abilități sau vârstă. Jocurile selectate sunt simple și interactive, având scopul de a încuraja colaborarea, creativitatea și schimbul direct între generații. În cadrul moderării, activitățile sunt structurate pentru a promova

incluziunea, creând un mediu favorabil comunicării și dezvoltării de relații emoționale. În timpul activităților, participanții au oportunitatea de a împărtăși experiențe, de a învăța unii de la alții și de a consolida legăturile afective.

Comentariu: Activitățile intergeneraționale oferă numeroase beneficii, contribuind la dezvoltarea unei dinamici familiale armonioase. Pentru persoanele vârstnice, acestea reprezintă o oportunitate de socializare cu membrii mai tineri ai familiei, de a împărtăși cunoștințe și de a se simți valorizate. În același timp, tinerii au posibilitatea de a dezvolta empatie și de a înțelege mai bine perspectiva generațiilor mai în vârstă. Aceste interacțiuni contribuie la consolidarea relațiilor familiale, reducerea barierelor între generații și crearea unor amintiri comune semnificative. Printr-un mediu relaxat și interactiv, jocurile și activitățile propuse nu doar îmbunătățesc comunicarea, ci și încurajează implicarea activă a fiecărui participant, generând o atmosferă familială bazată pe respect și apreciere reciprocă.

Activitatea 2: Atelier de povestiri (30 minute): fiecare familie împărtășește o poveste sau o amintire semnificativă, alternând între vârstnici și membrii mai tineri ai familiei.

Scop: Promovarea valorificării amintirilor comune, dezvoltarea empatiei și înțelegerea perspectivelor fiecărei generații prin împărtășirea poveștilor personale într-un mediu colaborativ și deschis.

Materiale: Foaie și pixuri pentru notarea ideilor sau punctelor cheie, fotografii, obiecte suvenir sau alte materiale care pot susține povestirile, listă de întrebări-sugestii pentru stimularea poveștilor (ex. „Care este un moment din copilărie care te-a învățat ceva important?“).

Descriere: Fiecare familie este invitată să împărtășească o poveste semnificativă sau o amintire valoroasă, alternând între membrii mai vârstnici și cei mai tineri. Activitatea subliniază rolul amintirilor în consolidarea identității personale și familiale, oferind sugestii pentru orientarea discuțiilor. Dialogul este structurat pentru a încuraja participarea activă și pentru a asigura un cadru sigur, în care fiecare participant să se simtă ascultat și respectat. În timpul povestirilor, membrii grupului pot adresa întrebări, reflecta asupra celor împărtășite sau contribui cu perspective similare, promovând astfel un schimb emoțional autentic și constructiv.

Comentariu: Atelierul de povestiri aduce beneficii semnificative participanților, creând un context în care membrii familiei pot împărtăși experiențe valoroase și perspective diverse. Persoanele vârstnice au ocazia să-și împărtășească lecțiile de viață, ceea ce contribuie la întărirea sentimentului de apartenență și la recunoașterea valorii lor în cadrul familiei. De cealaltă parte, participanții mai tineri pot dobândi o înțelegere mai profundă a istoriei și perspectivelor familiei, dezvoltând o apreciere crescută pentru contribuțiile generațiilor anterioare. Împărtășirea poveștilor facilitează consolidarea relațiilor familiale prin explorarea amintirilor comune, promovând astfel

o mai bună înțelegere intergenerațională. Această activitate întărește conexiunile emoționale și încurajează respectul reciproc, în timp ce contribuie la redescoperirea valorilor și tradițiilor comune în cadrul familiei.

Activitatea 3: Crearea unui album de familie (45 minute)

Scop: Consolidarea amintirilor comune și întărirea legăturilor familiale prin crearea unui album foto sau a unui colaj, care să reprezinte o amprentă fizică a momentelor împărtășite și a relațiilor intergeneraționale.

Materiale: Fotografii aduse de acasă de către participanți, hârtie colorată sau carton pentru baza colajului sau a albumului, lipici, foarfeci, markere, stickere și alte materiale decorative, foi albe pentru a scrie gânduri, mesaje sau descrieri ale momentelor surprinse în imagini.

Descriere: Participanții, organizați pe familii, colaborează în vederea realizării unui album foto sau a unui colaj care să reflecte momente semnificative din viața lor comună. Această activitate reprezintă o oportunitate de reflecție asupra experiențelor împărtășite, facilitând schimbul de amintiri și consolidarea relațiilor printr-un efort colaborativ. Procesul implică încurajarea creativității și a participării echilibrate din partea tuturor membrilor familiei, subliniind relevanța colaborării și a exprimării diverselor perspective. Personalizarea albumului prin adăugarea de mesaje scrise sau elemente vizuale suplimentare transformă produsul final într-o reprezentare unică a legăturilor și experiențelor familiale, promovând coeziunea și sentimentul de apartenență.

Comentariu: Activitatea de creare a unui album de familie oferă participanților oportunitatea de a rememora și împărtăși momente semnificative, consolidând legăturile emoționale și sentimentul de apartenență familială. Persoanele vârstnice pot reflecta asupra experiențelor lor de viață, în timp ce membrii mai tineri dobândesc o perspectivă mai profundă asupra istoriei și valorilor familiei, dezvoltând o apreciere crescută pentru contribuțiile generațiilor anterioare. Întregul proces facilitează colaborarea și comunicarea între generații, transformând amintirile comune într-un simbol fizic durabil al unității familiei. Acest demers creativ nu doar că întărește relațiile intergeneraționale, ci oferă tuturor participanților un sentiment de realizare și conectare, creând o amintire valoroasă care poate fi păstrată în timp.

Rezumare, feedback și consolidare (10 minute)

Temă pentru acasă: Spune-mi o poveste

Descriere: Participanții sunt încurajați să creeze o conexiune mai profundă cu un membru al familiei prin împărtășirea unei povești din trecut. Alegând o persoană apropiată, aceștia vor solicita o relatare despre o întâmplare mai puțin cunoscută sau necunoscută în cadrul familiei. Scopul acestei teme este de a stimula schimbul intergenerațional de povești și amintiri, contribuind

la consolidarea legăturilor și la o mai bună înțelegere între generații. După ascultarea poveștii, participanții sunt încurajați să reflecteze asupra experienței și să observe cum le-a influențat relația cu persoana respectivă. La următoarea întâlnire a grupului, vor avea ocazia să împărtășească povestea ascultată și să discute despre modul în care aceasta le-a oferit noi perspective sau i-a ajutat să se simtă mai conectați cu acel membru al familiei. Această activitate încurajează atât dialogul sincer, cât și aprecierea experiențelor de viață ale celor din jur.

ȘEDINȚA nr. 12: Gestionarea stresului

Introducere (5 minute)

Discuție privind tema pentru acasă (10 minute)

Activitatea 1: Identificarea și combaterea gândurilor stresante (20 minute)

Scop: Această activitate are ca obiectiv învățarea identificării gândurilor automate negative și dezvoltarea abilității de a le disputa prin utilizarea unor tehnici cognitive. Prin acest proces, participanții își pot reduce nivelul de stres și pot adopta perspective mai echilibrate asupra situațiilor dificile.

Materiale: Foi de lucru pentru exercițiul celor trei coloane, stilouri.

Descriere: Participanții sunt invitați să folosească tehnica celor trei coloane pentru a explora gândurile automate care apar în situații stresante. În prima coloană, scriu gândurile automate negative pe care le identifică, în a doua coloană notează dovezile care susțin aceste gânduri, iar în a treia coloană enumeră dovezile care le contrazic. Ulterior, participanții formulează o interpretare mai echilibrată care să reflecte o abordare rațională și constructivă. De exemplu, pentru gândul automat „Nu pot să fac față acestei situații”, pot identifica drept dovezi pentru momentele în care situațiile au fost copleșitoare, iar drept dovezi contra situațiile gestionate cu succes în trecut. Interpretarea echilibrată ar putea fi: „Deși uneori situațiile sunt dificile, am dovedit că pot să le gestionez eficient.” Acest proces ajută participanții să dezvolte o mai mare conștientizare asupra modului în care gândurile negative contribuie la stres și îi învață să le conteste în mod constructiv.

Comentariu: Activitatea sprijină adoptarea unei perspective mai pozitive și dezvoltarea abilităților cognitive necesare pentru gestionarea stresului. Prin identificarea și disputarea gândurilor automate negative, participanții învață să recunoască și să transforme tiparele disfuncționale de gândire în interpretări raționale și echilibrate. Tehnica celor trei coloane oferă un instrument practic pentru reducerea stresului, promovând autoreflexia, reziliența emoțională și o mai bună adaptare la provocările cotidiene.

Activitatea 2: Tehnici de relaxare (20 minute)

Scop: Învățarea și practicarea tehnicilor de mindfulness și relaxare pentru a gestiona reacțiile fizice și mentale la stres.

Materiale: Muzică de relaxare, saltele sau scaune confortabile.

Descriere: Participanții sunt ghidați printr-o serie de exerciții de respirație profundă și mindfulness, fiind încurajați să se concentreze pe experiența prezentului într-un mod noncritic. Exercițiile includ tehnica de scanare corporală, prin care participanții își concentrează atenția pe diferite părți ale corpului pentru a identifica și elibera tensiunile acumulate. Muzica de relaxare sprijină atmosfera calmă și favorizează deconectarea de la stresul cotidian.

Comentariu: Prin intermediul acestei activități, participanții învață să își regleze răspunsurile la stres, redirecționându-și atenția de la gândurile și preocupările constante către starea de bine fizic și mental. Practicarea regulată a acestor tehnici poate îmbunătăți capacitatea de a face față stresului și de a menține un echilibru interior, consolidând sănătatea emoțională și fizică.

Activitatea 2: Dansul amintirilor frumoase (30 de minute)

Scop: Această activitate urmărește să stimuleze memorarea momentelor fericite din viață și să consolideze conexiunile emoționale între participanți prin intermediul muzicii și dansului.

Materiale: Sistem de redare muzică, selecție de cântece vechi și noi.

Descriere: Participanții sunt invitați să aleagă o melodie care le evocă un moment fericit din viața lor. Fiecare participant își va prezenta pe scurt melodia și povestea asociată acesteia, împărtășind astfel amintiri semnificative cu grupul. La finalul prezentărilor, grupul va dansa pe selecția de melodii, transformând activitatea într-o celebrare colectivă a bucuriei și a momentelor plăcute din trecut.

Comentariu: Acest exercițiu îmbină terapia reminiscentă cu terapia prin dans, oferind participanților oportunitatea de a împărtăși fragmente din viața lor și de a crea legături emoționale profunde. Muzica și dansul favorizează trăirea sentimentelor de bucurie, nostalgie și comuniune, contribuind la reducerea stresului și la creșterea stării generale de bine.

Rezumare, feedback și consolidare (10 minute)

Temă pentru acasă: Jurnalul de stres și relaxare

Descriere: Participanții sunt invitați să țină un jurnal zilnic timp de o săptămână, în care să reflecteze asupra momentelor în care s-au simțit stresați și să înregistreze detalii despre situațiile respective. În jurnal, vor nota tehnicile de relaxare pe care le-au utilizat pentru a gestiona aceste momente, cum ar fi exercițiile de respirație, mindfulness, sau alte metode aplicate. Pe lângă documentarea tehnicilor utilizate, participanții sunt încurajați să observe și să descrie efectele acestora, cum ar fi reducerea tensiunii, claritatea mentală sau alte beneficii resimțite. La finalul

săptămânii, participanții vor avea ocazia să reflecteze asupra tiparelor de stres identificate, a eficacității tehnicilor utilizate și a modului în care aceste practici pot fi integrate pe termen lung în rutina lor zilnică. Această temă contribuie la creșterea conștientizării emoționale și comportamentale, promovând dezvoltarea unui set personalizat de strategii pentru gestionarea stresului.

ȘEDINȚA nr. 13: Eu și celălalt eu

Introducere (5 minute)

Discuție privind tema pentru acasă (10 minute)

Activitatea 1: Dialogul cu sinele (20 minute)

Scop: Îmbunătățirea înțelegerii de sine și cultivarea armoniei interioare prin integrarea și acceptarea diferitelor părți ale sinelui.

Materiale: Foi de hârtie, pixuri.

Descriere: Participanții sunt invitați să identifice și să descrie pe scurt două părți ale sinelui lor, cum ar fi „eu în calitate de părinte”, „eu în calitate de prieten”, „eu în calitate de partener”, „eu în calitate de bunic” sau alte roluri relevante. Ulterior, participanții vor scrie un dialog imaginar între cele două părți ale sinelui, explorând posibilele puncte comune, diferențe sau conflicte dintre ele. Acest dialog oferă o perspectivă introspectivă asupra modului în care diferitele aspecte ale identității influențează percepțiile, comportamentele și emoțiile.

Comentariu: Prin explorarea dialogului dintre diferitele aspecte ale sinelui, participanții pot deveni mai conștienți de complexitatea identității lor și de modul în care aceste aspecte coexistă sau intră în conflict. Activitatea sprijină procesul de integrare și armonizare internă, oferind un instrument util pentru gestionarea tensiunilor interne și creșterea autocunoașterii.

Activitatea 2: Scaunul gol - confruntarea cu sinele (20 de minute)

Scop: Activitatea promovează empatia și autorefecția, ajutând participanții să conștientizeze impactul comportamentelor și atitudinilor asupra celorlalți și asupra propriei persoane.

Materiale: Scaune, spațiu deschis pentru activitate.

Descriere: Un participant este invitat să abordeze o problemă sau o situație dificilă, ocupând un scaun, în timp ce un al doilea scaun gol, plasat în fața sa, simbolizează „celălalt eu” sau o altă persoană implicată în situație. Participantul începe prin a-și exprima gândurile și sentimentele către scaunul gol, ca și cum ar vorbi cu persoana sau partea sinelui pe care o reprezintă. După ce finalizează această parte, participantul schimbă locul, ocupând scaunul gol, și răspunde din perspectiva „celuilalt eu”. Această schimbare de perspectivă încurajează explorarea

emoțiilor și punctelor de vedere diferite, oferind o mai bună înțelegere a situației și a dinamicii implicate.

Comentariu: Exercițiul scaunului gol este o tehnică puternică pentru promovarea empatiei și a introspecției. Acesta le permite participanților să își exploreze propriile sentimente, să înțeleagă mai bine perspectivele și emoțiile celorlalți, și să își analizeze comportamentele și atitudinile. Activitatea contribuie la îmbunătățirea relațiilor și la creșterea conștientizării emoționale și relaționale.

Rezumare, feedback și consolidare (10 minute)

Tema pentru acasă: Reflectarea asupra dialogului intern

Descriere: Participanții sunt invitați să observe și să înregistreze dialogurile interne pe care le experimentează pe parcursul unei săptămâni. Aceste dialoguri pot include conflicte interne, momente de luare a deciziilor dificile sau situații care implică percepții contradictorii despre sine. În jurnal, participanții sunt încurajați să descrie conținutul acestor dialoguri, să identifice părțile sinelui implicate și să reflecteze asupra modului în care acestea interacționează. De asemenea, pot analiza dacă există tendințe de armonie sau conflict între aceste părți și modul în care aceste interacțiuni influențează deciziile și stările lor emoționale. La finalul săptămânii, participanții vor putea observa tiparele recurente din dialogurile interne și vor avea ocazia să reflecteze asupra impactului acestor dinamici asupra lor, oferindu-le o perspectivă mai profundă asupra sinelui și a proceselor lor de gândire. Această temă promovează autocunoașterea, integrarea emoțională și dezvoltarea unei relații mai echilibrate cu propriul sine.

ȘEDINȚA nr. 14: Reflectare și creștere

Introducere (5 minute)

Discuție privind tema pentru acasă (10 minute)

Activitatea 1: Calea realizărilor (30 de minute)

Scop: Celebrarea realizărilor personale și promovarea unei perspective pozitive asupra viitorului prin vizualizarea creativă a succeselor și aspirațiilor.

Materiale: Hârtie mare, markere colorate, reviste, foarfece, lipici.

Descriere: Participanții vor crea un colaj care să reflecte realizările lor personale din ultimul an, alături de obiectivele și speranțele pentru viitor. Utilizând imagini și cuvinte decupate din reviste, simboluri personale, desene și texte scrise, aceștia vor construi o reprezentare vizuală a progresului și aspirațiilor lor. Procesul creativ oferă un cadru pentru introspecție, iar produsul final servește drept ancoră vizuală, inspirând motivație și încredere. După finalizarea colajului,

participanții sunt încurajați să îl prezinte grupului, dacă se simt confortabil, consolidând sentimentul de realizare și sprijin reciproc.

Comentariu: Această activitate stimulează încrederea în sine prin recunoașterea succeselor trecute și încurajează gândirea pozitivă prin vizualizarea obiectivelor viitoare. În plus, procesul creativ promovează reflecția asupra identității și aspirațiilor, contribuind la creșterea motivației personale și a satisfacției de sine.

Activitatea 2: Cercul povestirilor (30 de minute)

Scop: Îmbunătățirea comunicării și a conexiunii emoționale între participanți prin împărtășirea de experiențe personale semnificative.

Materiale: Scaune aranjate într-un cerc, și un obiect simbolic (de exemplu, o minge sau un obiect decorativ) care va fi utilizat ca „baghetă a vorbitorului”.

Descriere: Participanții se așază în cerc, promovând un mediu egalitar și incluziv. Obiectul simbolic este pasat de la o persoană la alta, oferind fiecăruia ocazia să vorbească pe rând, în timp ce ceilalți ascultă cu respect și atenție. Fiecare participant este încurajat să împărtășească o întâmplare semnificativă din viața sa, o lecție importantă învățată sau un moment de cotitură care i-a influențat perspectiva asupra vieții. După ce toți participanții își împărtășesc poveștile, grupul poate discuta despre teme comune, lecțiile valoroase și emoțiile evocate, consolidând legăturile și empatia dintre membri.

Comentariu: Această activitate evidențiază puterea narativă de a construi punți între oameni, creând un spațiu sigur și autentic pentru comunicare. Împărtășirea experiențelor personale favorizează conexiunea emoțională, empatia și o mai bună înțelegere reciprocă, contribuind la întărirea coeziunii grupului.

Rezumare, feedback și consolidare (10 minute)

Temă pentru acasă: Cartea deschisă a vieții mele

Descriere: Participanții sunt invitați să scrie o scurtă poveste sau un fragment de jurnal care reflectă un moment din viața lor în care au simțit o conexiune profundă cu cineva sau au depășit o situație dificilă prin comunicare. Povestea poate include detalii despre contextul momentului, emoțiile trăite și impactul pe care acest eveniment l-a avut asupra relației sau asupra înțelegerii propriei persoane. Această temă încurajează autoreflexia și conștientizarea rolului esențial al relațiilor și comunicării în viață. Procesul de scriere le permite participanților să analizeze valoarea conexiunilor personale și să aprecieze lecțiile învățate din aceste momente. De asemenea, tema oferă oportunitatea de a celebra momentele de reziliență emoțională și empatie, consolidând sentimentul de apartenență și interconectare.

ȘEDINȚA nr. 15: Pas înainte

Introducere (5 minute)

Discuție privind tema pentru acasă (10 minute)

Activitatea 1: Drumul meu înainte (30 minute)

Scop: Încurajarea participanților să reflecteze asupra direcțiilor viitoare din viața lor și să își stabilească pași concreți pentru atingerea obiectivelor personale.

Materiale: Foi de hârtie, pixuri, post-it-uri.

Descriere: Participanții vor primi câte o foaie de hârtie pe care să deseneze un drum sau o hartă simbolică, reprezentând „călătoria lor viitoare”. De-a lungul acestui drum, vor plasa post-it-uri care simbolizează stații sau puncte de referință importante pe care doresc să le atingă în viitor. Fiecare post-it va conține un obiectiv personal sau un pas concret spre un scop mai mare. Acestea pot varia de la aspecte personale, precum „reînnoirea unei vechi prietenii” sau „dezvoltarea de noi prietenii”, la aspirații legate de dezvoltare personală, cum ar fi „învățarea unei noi abilități” sau „atingerea unui obiectiv profesional”. După finalizarea drumului, participanții pot, dacă doresc, să împărtășească cu grupul câteva dintre obiectivele lor, discutând cum planifică să le atingă și ce resurse sau sprijin ar putea fi utile.

Comentariu: Această activitate promovează claritatea obiectivelor și motivația personală, oferindu-le participanților un cadru creativ pentru a-și vizualiza viitorul. Harta simbolică servește drept ancoră vizuală pentru scopurile lor, iar procesul de planificare îi ajută să identifice pași reali și realizabili pentru a-și transforma aspirațiile în realitate. În plus, împărtășirea obiectivelor în grup consolidează sprijinul reciproc și încurajează responsabilitatea.

Activitatea 2: Strategii pentru menținerea legăturilor (30 minute)

Scop: Dezvoltarea abilităților sociale necesare pentru a menține și a îmbunătăți relațiile existente, prin exersarea unor tehnici eficiente de comunicare.

Materiale: Flipchart, markere.

Descriere: Participanții sunt implicați într-un exercițiu de joc de rol care simulează scenarii de comunicare relevante și frecvente, precum inițierea unei conversații, menținerea unui dialog semnificativ și exprimarea recunoștinței sau aprecierii față de ceilalți. Fiecare participant are oportunitatea de a experimenta atât rolul de comunicator, cât și pe cel de interlocutor, oferindu-le o perspectivă amplă asupra dinamicii procesului de interacțiune. Scenariile abordate reflectă situații relevante din viața de zi cu zi, cum ar fi întâlniri sociale, relații de prietenie sau contexte profesionale. La finalul activității, grupul participă la o sesiune de reflecție, analizând aspectele pozitive și ariile ce necesită îmbunătățire, observate pe parcursul exercițiilor. Totodată, sunt

sintetizate și notate pe flipchart tehnici eficiente pentru menținerea și dezvoltarea unor relații interpersonale autentice și sănătoase.

Comentariu: Jocul de rol oferă participanților o modalitate practică și sigură de a exersa tehnici de comunicare, contribuind la creșterea încrederii în propriile abilități sociale. Activitatea promovează conștientizarea importanței conexiunilor interpersonale și le oferă participanților instrumente concrete pentru a îmbunătăți relațiile lor, consolidând astfel bunăstarea personală și socială.

Rezumare, feedback și consolidare (10 minute)

Tema pentru acasă: Jurnalul relațiilor

Descriere: Participanții sunt invitați să țină un jurnal zilnic timp de o săptămână, în care să înregistreze interacțiunile sociale pe care le-au avut. În cadrul acestui jurnal, este important să reflecteze asupra modului în care s-au simțit în timpul fiecărei interacțiuni, să identifice aspectele care au funcționat bine și să noteze elementele care ar putea fi îmbunătățite. Această temă urmărește să crească conștientizarea participanților cu privire la impactul interacțiunilor sociale asupra stării lor de bine. Prin reflecție și analiză, participanții vor putea identifica strategiile care funcționează pentru menținerea relațiilor sănătoase și dezvoltarea abilităților de comunicare, contribuind astfel la îmbunătățirea conexiunilor interpersonale și a calității vieții social

DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnata Vlaicu Cristina, studentă-doctorand în cadrul Școlii doctorale Științe Sociale, de la Universitatea de Stat din Moldova, declar pe propria răspundere ca 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 și prenumele: Vlaicu Cristina

Semnatura:

Data:

CURRICULUM VITAE

INFORMAȚII PERSONALE

Vlaicu Cristina

📍 Str. Nucilor, Nr. 9, Sat Alunișu, Jud. Ilfov, România

☎ (+40) 0756059361

✉ cris.vlaicu@yahoo.com | cip@cristinavlaicu.ro

🌐 www.cristinavlaicu.ro

Data nașterii: 13/01/1983 | Cetățenie: Română

EXPERIENȚĂ PROFESIONALĂ

25/03/2024 -
Prezent

PSIHOLOG

DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI PROTECȚIA
COPILULUI SECTOR 2

- Evaluare complexă a factorilor sociali, psihologici, educaționali și de mediu pentru stabilirea gradului de handicap, oferirea de suport psihosocial familiilor, colaborarea cu instituții pentru promovarea incluziunii sociale, gestionarea documentației de evaluare și participarea la formarea continuă pentru actualizarea competențelor profesionale.

01/05/2011 -
Prezent

PSIHOLOG

CABINET INDIVIDUAL DE PSIHOLOGIE VLAICU CRISTINA

- Evaluare, diagnoză și intervenție în domeniul sănătății mentale, selecție și evaluare a personalului pentru optimizarea performanței și securității, oferirea de suport psihologic în domeniul securității naționale, consiliere și training pentru gestionarea stresului și îmbunătățirea relațiilor interpersonale, sprijinirea autocunoașterii și dezvoltării competențelor prin intervenții personalizate.

01/03/2018 –
24/03/2024

PSIHOLOG

DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ A MUNICIPIULUI
BUCUREȘTI

- Întocmirea și actualizarea dosarelor sociale, evaluări sociale și psihologice pentru identificarea nevoilor persoanelor vârstnice dependente, consiliere psiho-socială și psihoterapie personalizată, coordonarea programelor de recuperare psihologică, intervenție în situații de criză, evaluări psihometrice și psihopatologice, suport pentru accesul la servicii specializate și consiliere juridică, consiliere pentru reducerea riscurilor și consolidarea autonomiei personale.

01/02/2013 –
01/03/2018

PSIHOLOG

DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ A
MUNICIPIULUI BUCUREȘTI

- Intervenția psihologică primară și consilierea psihoeducațională pentru dezvoltarea competențelor emoționale și sociale ale copiilor din centrele de îngrijire timpurie, consilierea părinților prin programe de educație parentală, sprijinirea personalului educațional în gestionarea copiilor cu dificultăți de comportament, evaluarea psihologică periodică a copiilor, identificarea dificultăților de adaptare și învățare, și implementarea de planuri de intervenție personalizate pentru dezvoltarea unui mediu familial și educațional sănătos.

- 01/10/2008 –
30/10/2010 **MANAGER RESURSE UMANE**
SISTEM YAPI SUCURSALA BUCUREȘTI
- Definirea și implementarea strategiei de resurse umane, definirea și implementarea strategiei de resurse umane, dezvoltarea politicilor și procedurilor de recrutare, integrare, instruire și motivare a personalului, promovarea unei comunicări interne eficiente și a unui climat organizațional pozitiv, gestionarea proceselor de salarizare și administrare a personalului, întocmirea documentației pentru permisele de muncă și vizele de ședere ale angajaților străini.
- 21/01/2007 –
30/09/2008 **SPECIALIST RESURSE UMANE**
SYNERGY CONSTRUCT
- Planificarea, organizarea și evaluarea proceselor de resurse umane în conformitate cu obiectivele organizaționale și cerințele legale, coordonarea recrutării și integrarea noilor angajați, gestionarea formării profesionale și evaluării performanței, administrarea salarizării și documentației contractuale, pregătirea documentației pentru autorizațiile de muncă, vize și permise de ședere pentru angajații străini.
- 10/01/2006 –
30/12/2006 **MANAGER LOC DE JOACĂ PENTRU COPII ȘI CENTRU SPA**
PHOENICIA GRAND HOTEL
- Recrutarea și coordonarea personalului, evaluarea performanțelor acestora, dezvoltarea și implementarea strategiilor de marketing pentru creșterea numărului de clienți, gestionarea activităților operaționale, aprovizionarea și administrarea fluxului de documente, planificarea și coordonarea evenimentelor speciale și realizarea materialelor de promovare pentru atragerea și fidelizarea clienților.
- 15/09/2003 –
30/08/2005 **PROFESOR ÎNVĂȚĂMÂNT PREȘCOLAR**
GRADINIȚA CU PROGRAM PRELUNGIT NR. 211
- Organizarea activităților educative adaptate nevoilor fiecărui copil, crearea unui mediu favorabil dezvoltării acestora pentru integrarea școlară și socială, facilitarea colaborării între școală, familie și comunitate, și aplicarea programelor educative și de recuperare personalizate prin activități de consiliere și sprijin individualizat.
- EDUCAȚIE ȘI
FORMARE
PROFESIONALĂ
-
- 01/11/2020 -
prezent Școala doctorală în psihologia dezvoltării și psihologie educațională,
Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”
Lucrare de diploma: Singurătatea la persoanele în vârstă de regresie
- 10/2012 -
07/2014 Facultatea de Psihologie, Universitatea Ecologică
Diplomă de master în „Psihodiagnoză cognitivă și consiliere psihologică”
- 10/2008 -
07/2010 Facultatea de Psihologie, Universitatea „Spiru Haret”
Diplomă de master în "Managementul organizațional și al resurselor umane"
- 10/2006 -
07/2008 Facultatea de Psihologie, Universitatea „Spiru Haret”
Diplomă de master în "Psihologie judiciară și victimologie"
- 10/2002 -
07/2006 Facultatea de Psihologie, Universitatea „Titu Maiorescu”
Diplomă de licență în "Psihologie"
- 09/1997 -
07/2002 Liceul Pedagogic “D.P.Perpessicius”
Diploma de bacalaureat

COMPETENȚE LINGVISTICE

Limba maternă	română				
Alte limbi	ÎNȚELEGERE		VORBIRE		SCRIERE
	Acculture	Citire	Participare la conversație	Discurs oral	
engleză	C1	C1	B2	B2	B1
	Niveluri: A1/2: Utilizator elementar - B1/2: Utilizator independent - C1/2: Utilizator experimentat Cadru european comun de referință pentru limbi străine				

APTITUDINI DE COORDONARE

Leadership și coordonare a echipelor, planificarea și gestionarea resurselor și termenelor, gândire strategică, promovarea colaborării și performanței prin leadership empatic, flexibilitate, și implementarea soluțiilor pentru gestionarea situațiilor complexe cu promptitudine și acuratețe.

COMPETENȚE DE COMUNICARE SI INTERPERSONALE

Abilități de comunicare, negociere, mediere și gestionare a conflictelor, empatie, ascultare activă, deschidere către ceilalți, capacitatea de a facilita colaborarea și acordul în echipă.

COMPETENȚE PROFESIONALE

Abilități de comunicare, lucru în echipă, adaptabilitate, creativitate, gestionare a stresului, spirit de inițiativă și proactivitate.

ALTE COMPETENȚE

Atestat de libera practică în psihologie clinică
Atestat de libera practică în psihologie aplicată în domeniul securității naționale
Atestat de libera practică în psihologia muncii și organizațională
Atestat de libera practică în psihologia transporturilor
Curs formator
Curs de inspector salarii
Curs de competențe profesionale specializare învățător educator

PUBLICAȚII

VLAICU, C. Loneliness in the elderly - literature review. În: *Revista Cercetări și Studii Antropologice (ARS)*. 2024, No. 14, pp. 385–417. ISSN: 2360-3445, ISSN-L: 2360-3445.
SAVCA, L., VLAICU, C. Explorarea dimensiunii singurătății în rândul persoanelor vârstnice: analiza unor factori socio-demografici și psihologici. În: *Revista de Psihologie (Journal of Psychology)*, 2024, Vol.70, No.2, pp.151–165. București: Editura Academiei Române. ISSN: 0034-8759.
SAVCA, L., VLAICU, C. The impact of negative emotional states in the

development of loneliness in the elderly. În: *Revista Științifică a Universității de Stat din Moldova Studia Universitatis Moldaviae*, 2024, No.5 (175), pp.182–188. ISSN: 1857-2103.

VLAICU, C. Intervenții psihologice în diminuarea singurătății la vârstnici: eficacitatea programului formativ. În: *Revista Univers Pedagogic a Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă”*. 2024, Categoria B, No. 3 (83). ISSN: 1811-5470.

VLAICU, C. Relația dintre singurătate și depresie la persoanele vârstnice. În: *Volumul Conferinței Internaționale “Asistența socială în contextul schimbărilor sociale accelerate”*, ediția I, 16–17 noiembrie 2024, Universitatea „Petre Andrei”, Iași, p.73. ISSN: 3008–6728, ISSN-L: 3008–6728.

VLAICU, C. Analiza dinamicii singurătății în rândul persoanelor de vârstă avansată: o abordare multidisciplinară. În: *Conferința Științifică Anuală a Doctoranzilor cu Participare Internațională „Cercetare, inovare, dezvoltare”*, 19 aprilie 2024, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Chișinău.

VLAICU, C. Manifestarea singurătății la persoanele de vârstă a treia. In: *Psihologie: Revista Științifico-Practică*. 2023, Vol.43, No. 2, pp. 15–31. ISSN: 2537-6276.

VLAICU, C. Loneliness in the elderly. In: *Revista Studii și Cercetări de Antropologie (SCA)*. 2023, No. 8, p. 103. ISSN: 2344-2824, ISSN-L: 0039-3886.

VLAICU, C. Singurătatea: o revizuire teoretică și empirică. În: *Simpozionul Național cu Participare Internațională Kreatikon: Creativitate-Formare-Performanță “Creativitate și inovare – premise ale excelenței în educație”*, ediția a XVIII-a, 31 martie – 1 aprilie 2023, Universitatea „Petre Andrei”, Iași, p. 42. ISSN: 2068–1372.

VLAICU, C. Singurătatea la vârstă a treia. În: *Conferința Științifică cu Participare Internațională “Asistență psihologică la etapa contemporană: realități și perspective”*, ediția I, 27 octombrie 2023, Bălți, Republica Moldova: Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți, pp. 181–187. ISBN:978-9975-50-314-3.

VLAICU, C. Impactul instituționalizării asupra persoanelor vârstnice. În: *Simpozionul Național cu Participare Internațională Kreatikon: Creativitate-Formare-Performanță “Creativitate și inovare – premise ale excelenței în educație”*, ediția a XVII-a, 7–9 aprilie 2022, Universitatea „Petre Andrei”, Iași, pp. 77–81. ISSN: 2068–1372.

VLAICU, C. Efectele pandemiei asupra persoanelor vârstnice instituționalizate. În: *Conferința Științifică Anuală a Doctoranzilor “Probleme actuale ale științelor umanistice”*, *Analele Științifice ale Doctoranzilor și Competitorilor*, ediția a XIXa, 11 mai 2022, Chișinău: CEP UPS „I. Creangă”, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Vol. 20, Partea 1, pp.262–267. ISBN: 978-9975-46-636-3, ISSN:1857-0267.

VLAICU, C. Singurătatea persoanelor vârstnice instituționalizate în perioada pandemiei de COVID-19. În: *Conferința Științifică Națională cu Participare Internațională “Probleme ale științelor socioumanistice și ale modernizării învățământului”*, ediția a XXIV-a, 25 martie 2022, Chișinău: CEP UPS „I. Creangă”, Seria 24, Vol. 1, pp. 241–244. ISBN: 978-9975-46-651-6, 978-9975-46-652-3.

VLAICU, C. Singurătatea persoanelor vârstnice în perioada pandemiei de COVID-19. În: *Simpozionul Național cu Participare Internațională Kreatikon: Creativitate-Formare-Performanță “Creativitate și inovare – premise ale excelenței în educație”*, ediția a XVI-a, 1–2 aprilie 2021, Universitatea „Petre Andrei”, Iași, pp. 47–54. ISSN: 2068–1372.

VOICU, F., VLAICU, C. Sensul în viață și singurătatea la vârstnici în timpul pandemiei de COVID-19. În: *Conferința Științifică Anuală a Doctoranților “Probleme actuale ale științelor umanistice”*, *Analele Științifice ale Doctoranzilor și Competitorilor*, ediția a XIX-a, 1 ianuarie 2021, Chișinău: CEP UPS „I. Creangă”, Vol. 19, Partea 2, pp. 371–382. ISBN: 978-9975-46-296-9, ISSN: 1857-0267.