

ASPECTE TEORETICE ALE ÎNCREDERII ÎN SINE ȘI CALITĂȚII VIETII

THEORETICAL ASPECTS OF SELF-CONFIDENCE AND QUALITY OF LIFE

Bogdan Cristian VOICU, ORCID: 0000-0002-0026-0895
Universitatea de Stat din Moldova

CZU: 159.923.2:330.59

e-mai: voicubogdancristian@gmail.com

The theoretical models of self-confidence can be divided according to the central focus of the theoretical model and the preponderance of the influences exerted. Thus, we will find models that explain self-confidence mainly by centralizing the importance of internal factors and theoretical explanatory models that mainly capitalize on the importance of the influence of external factors. This division is not an exhaustive one, but one that aims to order the specialized literature in a dichotomous linear manner. Thus, we can list the theoretical models that are focused on internal factors (personality traits: extraversion, emotional stability and self-esteem; cognitive processes and emotions, etc.) determinants of self-confidence.

The quality of life, at the macro level, first of all implies a development of the life situation of the individual/population, then of the way in which individuals relate to these circumstances and what are their subjective experiences; thirdly, an understanding of the way in which different areas of life are evaluated and what are the expectations and desires of the population towards them, and finally, suitable public policies can be identified and formulated to achieve the quality of life of the population. If we were to analyze the concept of quality of life through the same dichotomous linear perspective, we will broaden the perspective of internal factors by adding personal physical aspects and call them individual factors, and by external ones we mainly refer to social factors that interface the psychological aspects of the individual with societal aspects. In describing the concept of quality of life, we will analyze the perspective given by the World Health Organization (WHO), the perspectives of current research in the world reaching the social-governmental perspective and especially that of research in the field of psychology in Romania and the Republic of Moldova.

Keywords: *self-confidence, quality of life, explanatory theoretical models.*

De-a lungul istoriei, încrederea în sine a fost folosită în mod interschimbabil cu conceptele autoeficacitate și stima de sine. Abraham Maslow l-a inclus în definiția sa a autoactualizării, afirmând că trebuie satisfăcute nevoile inferioare de supraviețuire, siguranță, iubire și apartenență înainte de a ajunge la o stare de autoactualizare [1, p. 118].

Încrederea în sine este definită ca percepția unui individ asupra competenței, aptitudinilor și capacității de care are nevoie pentru a manevra cu succes diverse situații [2, p. 273]. Astfel, încrederea în sine este adesea menționată ca autoevaluare sau atitudine legată de sine. Cercetările anterioare privind încrederea în sine se concentrează pe de-

finirea acesteia ca fiind credința cuiva în îndeplinirea unei sarcini, încrederea în sine și credința în îndeplinirea unui anumit standard [3, p. 451].

Încrederea în sine a fost operaționalizată prin stima de sine și autoeficacitate. A crede în sine (stima de sine) și în propriile capacități (autoeficacitate) poate motiva un individ să-și asume mai multe proiecte sau să lucreze pentru a-și atinge obiectivele, cu alte cuvinte, să demonstreze încredere în sine [4, p. 884].

O abordare a definirii încrederii în sine sugerează că aceasta constă în trei componente: o componentă comportamentală, o componentă afectivă și o componentă cognitivă comportamentală ce se referă la autoeficacitatea sau la modul în care o persoană își percepe capacitatea de a îndeplini o sarcină. Componenta afectivă se referă la sentimentele asociate cu încrederea în sine (adică un sentiment de ușurință, nerăbdare și absența anxietății sau a neliniștii). Componenta cognitivă a încrederii în sine se concentrează pe percepții și comparații (adică această persoană crede că are performanțe cât mai bune din capacitatea sa). Shrauger subliniază componenta cognitivă, deoarece atunci când un individ este încrezător în sine, este mai probabil ca el sau ea să performeze bine și să-și atingă obiectivele în comparație cu ceilalți.

Modelele teoretice ale încrederii în sine le putem împărți după focusul central al modelului teoretic și preponderența influențelor exercitate. Astfel, vom regăsi modele care explică încrederea în sine preponderent prin atribuirea centrală a importanței factorilor interni și modele explicative teoretice care valorifică preponderent importanța influenței factorilor externi. Această împărțire nu este una exhaustivă, ci una ce are scopul de a ordona literatura de specialitate într-o manieră lineară dihotomică. Astfel, putem enumera modelele teoretice care sunt focusate pe factorii interni (trăsăturile de personalitate: extraversiune, stabilitate emoțională și stimă de sine; procesele cognitive și emoțiile etc.) determinanți ai încrederii în sine, precum: Teoria autodeterminării (SDT) [5, p. 261], Teoria atribuirii cauzale a lui Weiner [6, p. 112], Modelul de menținere a autoevaluării (SEM) [7, p.1282], Teoria trăsăturilor încrederii în sine [8, p. 79], Teoria autopercepției [9, p. 25]. Vom regăsi modele teoretice care îmbină într-o proporție echilibrată factorii interni cu cei externi, precum: Teoria cognitivă socială (SCT) [10], Teoria învățării sociale a lui Bandura [11, p. 20], Teoria conceptului de sine [12, p. 331]. De asemenea, regăsim și modele ce explică încrederea în sine prin influența factoriilor externi ce includ sprijinul social, feedback-ul și normele culturale și de gen [3], așteptările societale, stereotipurile de gen, cultura colectivistă/ individualistă [14, p. 23], precum: Teoria comparației sociale dezvoltată de Festinger [15, p. 122], Teoria identității sociale (TSI) [16, p. 82].

O definiție a zilelor noastre afirmă faptul că acest concept al calității vieții se referă la nivelul sănătății, confortului și fericirii unui individ. Dicționarul Oxford de asemenea sugerează un grad de similitudine cu sintagma standard de viață care se referă la cantitatea de bani și nivelul de confort al unei persoane sau grup.

I.Mărginean a definit calitatea vieții prin „ansamblul elementelor care se referă la situația fizică, economică, socială, culturală, politică, de sănătate etc., în care trăiesc oamenii, conținutul și natura activităților pe care le desfășoară, caracteristicile relațiilor

și proceselor sociale la care participă, bunurile și serviciile la care au acces, modelele de consum adoptate, modul și stilul de viață, evaluarea împrejurărilor și rezultatele activităților din perspectiva în care acestea corespund așteptărilor populației, precum și stările subiective de satisfacție/insatisfacție, fericire, frustrare” [17].

Gradul sau nivelul la care „cel mai bun mod posibil de a trăii” este atins poate varia de la un nivel înalt la unul scăzut sau de la bogat la sărac. De obicei, conceptul este contrastant explicit sau implicit cu expectanța de viață, de exemplu, numărul anilor trăiți, care pot fi trăiți într-o modalitate satisfăcătoare sau nu, excelentă sau plăcută. În acest sens, definițiile populare se concentrează pe aspecte ale vieții care merg dincolo de simpla subzistență, supraviețuire și longevitate; aceste definiții se concentrează pe aspectele care fac viața deosebit de plăcută, fericită și valoroasă, cum ar fi semnificația muncii, autorealizarea (dezvoltarea deplină a talentelor și capacităților) și un standard decent de viață. Totuși, „abundența materială a resurselor nu reprezintă o condiție singulară pentru ca oamenii să fie mulțumiți de viața lor” [18].

Pentru cercetarea noastră este important și conceptul de *calitate a vieții* la care ne vom referi în continuare. Mai mulți autori au propus definiții ale calității vieții, însă nu există o definiție agreată universal a noțiunii conceptului „calității vieții”. Lawton [19, p. 350] a oferit o descriere detaliată, surprinzător de modernă a calității vieții cu mulți ani în urmă. A descris conceptul drept „viață bună”, pe care a definit-o ca o competență comportamentală, bunăstare psihologică, percepție asupra calității vieții și a mediului ambiental obiectiv. Katschnig a fost mai specific, definind calitatea vieții ca fiind „un corp de lucru vag legat de bunăstarea psihologică, funcționarea socială și emoțională, starea de sănătate, performanța funcțională, satisfacția vieții, sprijinul social și nivelul de trai, prin care sunt folosiți indicatorii normativi, obiectivi și subiectivi ai funcționării fizice, sociale și emoționale”.

Harper și Power (1998) au oferit o definiție mai teoretică, care este folosită de Organizația Mondială a Sănătății (OMS). Ei au afirmat faptul că „calitatea vieții este percepția individului asupra poziției sale în viață în contextul culturii și sistemelor de valori pe care le trăiește și în relație cu obiectivele, așteptările, standardele și preocupările lui”. Toate aceste definiții oferă cercetătorilor o înțelegere generală a ceea ce este calitatea vieții; cu toate acestea, nu explică cum diverșii factori menționați în definiția calității vieții se leagă unul de celălalt pentru a forma un plan în care conceptul de calitate a vieții poate fi înțeles și utilizat [20, p. 557].

Așa cum demonstrează diferitele definiții de mai sus, conceptul nu are o definiție la care toți cercetătorii să acceadă universal și consensual. Astfel, nu este surprinzător faptul că unii cercetători au evitat să încerce să definească calitatea vieții, așa cum o evidențiază o revizuire efectuată de Gill și Feinsten [21, p. 622], în care au selectat aleatoriu articole ce studiază calitatea vieții, descoperind astfel că doar 15% dintre articolele revizuite defineau calitatea vieții.

Această lipsă a unității definițiilor calității vieții este explicată de Sîrbu [18] prin prisma faptului că acest concept atât de larg utilizat este înțeles și utilizat diferit datorită

percepțiilor și filtrelor conceptuale diferite datorate mediului extern, zonelor geografice, contextelor culturale. Unii autori [22, p. 24] au identificat două tipuri ale calității vieții a) obiectivă – ”care presupune măsurile obiective ce denotă „standardul individual de viață reprezentat de condițiile verificabile caracteristice unei unități culturale”, și b) subiectivă – definită ca „gradul în care viața individuală este percepută ca îndeplinind unele standarde interne, explicite sau implicite” [18, p. 23].

Desigur, cercetători diferiți au păreri diferite în ceea ce privește gradul de specificitate/ generalitate al definițiilor acestui concept ce variază de la opinii care afirmă faptul că multidisciplinaritatea și generalitatea conceptului oferă o acoperire mai largă conceptului, în timp ce alții afirmă faptul că „o generalitate prea mare a conceptului îi scade puterea analitică” [18].

În cercetarea privind calitatea vieții, cercetătorii definesc măsurările obiective ca acele scale care conțin elemente ce pot fi măsurate de altcineva decât participantul la cercetare. Măsurările obiective se referă la variabile precum venitul, caracteristicile obiective ale funcționării fizice și numărul de relații sociale. În schimb, cercetătorii definesc măsurările subiective ca acele scale care conțin item ce se referă la judecăți cognitive, cum ar fi satisfacția de diferite domenii ale vieții. La aceste tipuri de item le poate răspunde doar participantul [23].

Termenul „calitatea vieții” a fost folosit pentru prima dată în medicină ca o încercare de a privi dincolo de boala pacienților. Medicina s-a concentrat pe partea fizică a calității vieții referindu-se de obicei la efectele bolii și ale tratamentului, cum ar fi simptomele somatice, dar ignoră modul în care alți factori-cheie, cum ar fi libertatea, sprijinul social și resursele economice, afectează calitatea vieții. Mai mult, cercetările actuale sugerează faptul că calitatea vieții este mai mult legată de un sentiment personal de fericire și de satisfacție subiectivă a vieții decât de probleme obiective precum funcționarea fizică. Această tendință a făcut ca autoevaluarea calității vieții să fie esențială, ceea ce este în concordanță cu afirmația lui Diener: „Oamenii reacționează diferit la aceleași circumstanțe și evaluează condițiile pe baza așteptărilor, valorilor lor unice și experiențe anterioare” [24, p. 446].

Bunăstarea este o componentă subiectivă strâns legată și probabil fundamentală a calității vieții [25, p. 447]. Ca și în cazul multor altor concepte psihologice, conceptul are mai multe definiții. O definiție acceptată mai larg este aceea că este format din bunăstarea eudaimonică și hedonică [26, p.152]. Bunăstarea eudaimonică sau psihologică se referă la realizarea potențialului propriu și la responsabilitatea de a găsi sens în existența cuiva, chiar și în fața experiențelor negative. Bunăstarea psihologică este compusă din autoacceptare, scop în viață, creștere personală, relații pozitive cu ceilalți, stăpânire a mediului și autonomie. În schimb, bunăstarea hedonică sau subiectivă se concentrează pe plăcere, fericire și satisfacerea poftelor, dorințelor umane. Definiția bunăstării psihologice nu conține afect pozitiv; cu toate acestea, afectul pozitiv este de obicei ca un „produs secundar al vieții eudaimonice” [27, p. 1388; 19, p. 152].

În mod clar, pe baza caracteristicilor definitorii propuse pentru calitatea vieții, subiectivitatea este importantă. Cu toate acestea, având în vedere natura multifacțată a constructului, unii autori au sugerat că poate fi mai benefică examinarea modalităților de măsurare obiectivă, cum ar fi resursele sociale și materiale, ce sunt legate de calitatea vieții [28, p. 11; 30, p. 797]. Cu toate acestea, măsurătorile obiective ale calității vieții s-au dovedit a fi predictorii slabi ai constructului. Această afirmație a fost evidențiată într-o analiză a literaturii efectuată de Hass, care a confirmat faptul că, atunci când cercetarea conceptului a început să devină un subiect popular în anii 1960, calitatea vieții a fost de obicei măsurată cu indicatori obiectivi, precum statutul socioeconomic, educația și locuința, care au reprezentat doar 15% din variația constructului, comparativ cu 50% din variația reprezentată de indicatori subiectivi, precum fericirea și satisfacția de viață. În plus, pare să existe o relație slabă între indicatorii obiectivi și cei subiectivi. Acești doi factori (relația slabă dintre indicatorii obiectivi și indicatorii subiectivi ai calității vieții, precum și variația mică a fost explicată prin indicatori obiectivi) par să indice că factorii demografici și indicatorii obiectivi nu sunt predictorii puternici ai calității vieții și că percepțiile oamenilor sunt ceea ce contează [29, p. 217].

Organizația Mondială a Sănătății a propus 6 domenii diferite de măsurare a calității vieții: credințe personale/spiritualitate/religie, nivel de independență, mediu, relații sociale, sănătate fizică și psihologică, dar în chestionarul scurt WHOQOL BREF de evaluare a calității vieții OMS a inclus doar 4 dintre aceste domenii: relații sociale, mediu, sănătate fizică și psihologică [30; 20]. Domeniul sănătății fizice măsoară simptomele fizice, precum: durere și disconfort, energie și oboseală, somn și odihnă. Domeniul psihologic măsoară gradul în care o persoană are emoții pozitive, evaluează gândirea, capacitatea de învățare, memorare și concentrare, stima de sine, imaginea corporală, experimentează sentimente negative, precum depresia și anxietatea. Domeniul independență măsoară gradul de mobilitate fizică, de a se deplasa dintr-un punct în celălalt, activități zilnice efectuate în casă și în jurul acesteia, dependența de medicație sau tratamente, indiferent de natura acestora, capacitatea de muncă ce se măsoară prin implicarea în muncă. Domeniul relațiilor sociale măsoară gradul în care o persoană se simte iubită, sprijinită și însoțită. Acest domeniu explorează calitatea diferitelor relații, precum: relațiile personale, căsătoriile, prietenii profunde, suportul social și activitatea sexuală. Domeniul mediu al calității vieții pune accent pe sentimentul de siguranță și securitate fizică, resursele economice ale oamenilor, măsurând dacă oamenii au resurse financiare suficiente pentru a-și îndeplini nevoile, pe care trebuie să le îndeplinească pentru a trăi o viață satisfăcătoare. În plus, domeniul menționat măsoară și gradul în care o persoană este mulțumită de accesul său la servicii sociale și de sănătate, cazare, protecție împotriva daunelor fizice, mediu fizic curat, oportunități de dezvoltare a noilor abilități și acces la informații, transport, precum și acces la activități recreative. Domeniul numărul VI măsoară spiritualitatea, religia și credințele personale [31].

În concluzie, *calitatea vieții* este un concept multifacțat care conține o varietate foarte mare de indici diverși, de la indici obiectivi, precum venitul, salariul unui individ,

până la indici subiectivi, precum percepția individului față de fericirea pe care o trăiește. Variabilitatea și complexitatea conceptului face studiarea acestuia foarte complexă, necesitând o analiză și o sinteză a factorilor cu cea mai mare putere de influență asupra calității vieții.

Referințe:

1. SCHOLZ, Urte, et al. Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. In: *European journal of psychological assessment*, 2002, 18.3: 242.
2. SHRAUGER, J. Sidney, SCHOHN, Mary. Self-confidence in college students: Conceptualization, measurement, and behavioral implications. In: *Assessment*, 1995, 2.3: 255-278.
3. WOODMAN, T.I.M., HARDY, L.E.W. The relative impact of cognitive anxiety and self-confidence upon sport performance: A meta-analysis. In: *Journal of sports sciences*, 2003, 21.6: 443-457.
4. BÉNABOU, R., TIROLE, J. Self-confidence and personal motivation. In: *Psychology, Rationality and Economic Behaviour*, 2005. 19–57. doi:10.1057/9780230522343_2
5. DWECK, Carol S., ELLIOTT, Elaine S. Achievement motivation. In: *Handbook of child psychology*, 1983, 4: 643-691. ISBN: 978-1606233023
6. WEINER, Bernard. An attributional theory of achievement motivation and emotion. In: *Psychological review*, 1985, 92.4: 548. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.92.4.548>
7. WEINER, Bernard (ed.). *Achievement motivation and attribution theory*. General Learning Press, 1974. ISBN: 0382250664
8. COHEN, Geoffrey L., SHERMAN, David K. The psychology of change: Self-affirmation and social psychological intervention. In: *Annual review of psychology*, 2014, 65: 333-371. DOI: 10.1146/annurev-psych-010213-115137
9. BROCKNER, Joel, WIESENFELD, Batia M. An integrative framework for explaining reactions to decisions: interactive effects of outcomes and procedures. In: *Psychological bulletin*, 1996, 120.2: 189. DOI: 10.1037/0033-2909.120.2.189
10. BANDURA, Albert. *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ, 1986, pp. 23-28.
11. BANDURA, Albert, WALTERS, Richard H. *Social learning theory*. Prentice Hall: Englewood cliffs, 1977. ISBN: 9780138167448
12. NTOUMANIS, Nikos., STANDAGE, Martyn. Motivation in physical education classes: A self-determination theory perspective. In: *Theory and research in Education*, 2009, 7.2: 194-202. ISSN-1477-8785
13. BUUNK, Bram P., et al. The affective consequences of social comparison: ei-

- ther direction has its ups and downs. In: *Journal of personality and social psychology*, 1990, 59.6: 1238. DOI: 10.1037//0022-3514.59.6.1238
14. BEM, Daryl J. Self-perception theory. In: *Advances in experimental social psychology*. Academic Press, 1972, pp. 1-62. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601-\(08\)60024-6](https://doi.org/10.1016/S0065-2601-(08)60024-6)
 15. FESTINGER, Leon, KATZ, Daniel. *Research methods in the behavioral sciences*, 1953. ISBN-10. 1135544476
 16. TESSER, Abraham, CAMPBELL, Jennifer. Self-evaluation maintenance and the perception of friends and strangers. In: *Journal of personality*, 1982, 50.3: 261-279. DOI:10.1111/J.1467-6494.1982.TB00750.X
 17. MĂRGINEAN, I., PRECUPEȚU, I., DUMITRU, M., et al. *Paradigma calității vieții*. București: Editura Academiei Române, 2011. ISBN 978-973-27-2132-2
 18. SÎRBU, A. Abordări conceptuale ale calității vieții din perspectiva regională durabilă. Capitol 1. In: Platon, C., Sîrbu, A., Potâng, A., Bolea, Z., Turchină, T. *Dimensiuni psihologice ale calității vieții în mediul educațional din perspectivă regională durabilă*. Chișinău: CEP USM, 2015, p. 23. ISBN 978-9975-71-660-4
 19. LAWTON, M.P. Environment and other determinants of well-being in older people. In: *The Gerontologist*, 1983, vol. 23, pp. 349-357.
 20. WHOQOL GROUP, et al. Development of the World Health Organization WHOQOL BREF quality of life assessment. In: *Psychological medicine*, 1998, 28.3: 551-558.
 21. GILL, Thomas M., FEINSTEIN, Alvan R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. In: *Jama*, 1994, 272.8: 619-626.
 22. PLATON, C., SÎRBU, A., POTÂNG, A., BOLEA, Z., TURCHINĂ, T. *Dimensiuni psihologice ale calității vieții în mediul educațional din perspectivă regională durabilă*. Chișinău: CEP USM, 2015, p.24. ISBN 978-9975-71-660-4
 23. ZISSI, Anastasia, BARRY, Margaret M. *Well-Being and Life Satisfaction as Components of Quality of Life in Mental Disorders*. John Wiley & Sons Ltd, 2006.
 24. DIENER, Ed, et al. Subjective well-being: Three decades of progress. In: *Psychological bulletin*, 1999, 125.2: 276.
 25. RING, Lena, et al. Individual quality of life: can it be accounted for by psychological or subjective well-being? In: *Social Indicators Research*, 2007, 82: 443-461.
 26. RYAN, Richard M., DECI, Edward L. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. In: *Annual review of psychology*, 2001, 52.1: 141-166.
 27. RYFF, Carol D., SINGER, Burton H., DIENBERG LOVE, Gayle. Positive health: connecting well-being with biology. In: *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 2004, 359.1449: 1383-1394.

28. KATSCHNIG, H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? In: H. Katschnig, H. Freeman, & N. Sartorius (Eds.). *Quality of life in mental disorders*. New York: Wiley, 1997, pp. 3-15.
29. HAAS, Barbara K. Clarification and integration of similar quality of life concepts. In: *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 1999, 31.3: 215-220.
30. WHO, WHOQOL-BREF. *Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, field trial version*. World Health Organization: Geneva, 1996.
31. ZHAN, Lin. Quality of life: conceptual and measurement issues. In: *Journal of advanced nursing*, 1992, 17.7: 795-800.