

STUDIU PRIVIND ASIGURAREA STĂRII DE BINE A PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI. NORMALITATE VERSUS DIZABILITATE

BONDOC Angelica Loredana¹

Conducător științific: Prof. Dr. Ing. Cristina MOHORA

REZUMAT: Obiectivul lucrării de față este acela de a sublinia faptul că fericirea/starea de bine sunt esențiale pentru o viață normală, persoanele dizabiliate sunt persoane cărora trebuie să li se ofere șanse egale la o viață împlinită iar atitudinea noastră față de acestea contribuie la imaginea pe care o percep acestea în „oglinzi lor socială”.

A trăi înseamnă a alege. În fiecare moment al vieții noastre suntem confrunțați cu dileme, trebuie să o luăm la stânga sau la dreapta, să plecăm sau să rămânem, viața este un joc în care suntem mereu obligați să apreciem cartea pe care vom miza. A ne plânge de diferențele noastre de potențial înseamnă a nega o evidență: viața este variată, este ca o piesă de teatru în care rolurile sunt distribuite diferit, în așa fel încât fiecare dintre noi să poată avea un rol.

CUVINTE CHEIE: normalitate, dizabilitate, stare de bine

1.INTRODUCERE

Starea de bine pe care o numim fericire nu aparține doar oamenilor bogați, frumoși și sănătoși. Dreptul la viață, la șanse egale, principiul normalizării, promovate de toate organizațiile internaționale și adoptate apoi în constituția fiecărei națiuni, stipulează și dreptul la o viață de o calitate superioară, de autorealizare personală. Oamenii fericiți sunt mai sociabili și energici, mai dispuși să facă acte de caritate, mai cooperanți și mai plăcuți de cei din jur. Fericirea are numeroase efecte secundare pozitive, duce la experiențe bazate pe bucurie, mulțumire, iubire, mândrie și, în același timp, ne oferă disponibilitatea de a îmbunătăți anumite aspecte din viața noastră: nivelul de energie, sistemul imunitar, angajamentul față de muncă și față de semenii noștri, starea de sănătate mentală și fizică. Când devenim mai fericiți, crește respectul de sine, încrederea în propria persoană iar beneficiul nu va fi numai al nostru ci și al familiilor noastre, al comunității, al societății în general.

Atitudinea celor din jurul nostru contribuie la starea noastră de bine. „Oglinda socială”, în care ne reflectăm zilnic, ne arată felul în care suntem percepuți de ceilalți, ne hrănește starea de bine sau, dimpotrivă, ne împinge în prăpastia singurătății și a suferinței.

¹ Specializarea EPTR, Facultatea IMST;
E-mail: angelica.loredana@yahoo.com;

2.FERICIREA

Demersul porneste de la importanța cuvântului **fericire**, care apare foarte des în limbajul comun. Psihologii s-au ocupat decenii după decenii de emoțiile neplăcute. Împreună cu neurologii au străduit să afle cum apar furia, frica, stările depresive. În ultima jumătate de secol, preocuparea psihologiei s-a îndreptat cu precădere către bolile mintale. Au fost clarificate și au fost alcătuite instrumente de măsurare a schizofreniei, depresiei, alcoolismului. Din păcate, acest progres a fost plătit foarte scump, deoarece interesul pentru ameliorarea stărilor care cauzează nefericirea în viață a determinat scăderea interesului pentru consolidarea celor care fac mai mult decât simpla corectarea slăbiciunilor lor. Psihologia a neglijat, din păcate, latura pozitivă a vieții. La fiecare o sută de articole despre tristețe, există numai unul despre fericire. Apariția psihologiei pozitive, condusă de Martin Seligman și numită de acesta astfel, aduce câteva concepte noi, aplicabile tuturor oamenilor, indiferent cât de fericiți sau nefericiți se consideră acestia.

Ideea centrală a **psihologiei pozitive** este aceea că trebuie să ne concentrăm asupra surselor fericirii autentice, care dau un înțeles vieții noastre, ar trebui să ne ocupăm în special de acele laturi ale vieții în care putem cu adevărat să excelăm, adică asupra punctelor noastre forte, deoarece, pentru a merge înainte, e mai important să ne cultivăm

STUDIUL PRIVIND ASIGURAREA STĂRII DE BINE A PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI. NORMALITATE VERSUS DIZABILITATE

capacitățile, decât să ne luptăm cu slăbiciunile noastre.

Majoritatea articolelor și tratatelor despre fericire, numesc fericirea „stare de bine subiectivă”, bunăstare subiectivă (termen apărut în anii 50 ca indicator social), „calitate a vieții”, „experiență optimală” sau „flux” (Csikszentmihalyi, 2008), cu toate acestea, din titlurile lor nu lipsește cuvântul fericire. Probabil aceste sinonime sunt variante moderne ale termenului de fericire, născute din dorința cercetătorilor de a distinge o denumire științifică de un termen prea folosit în uzul comun, fiind astfel un câștig analitic prin diferențierea de conotațiile pe care le are un termen din vocabularul comun. În ceea ce ne privește, preferăm termenul de fericire, considerând că acesta este cel mai cuprinzător și mai reprezentativ pentru scopul nostru și că, luând în considerare faptul că instrumentele utilizate pentru a măsura satisfacția în viață, fericirea într-un anumit moment sau fericirea globală, are la bază autoevaluarea constientă a subiecților.

Chu Kim-Prieto, Ed Diener, Maya Tamir, Christie Scollon și Marissa Diener, au identificat trei posibile abordări ale stării de bine subiective (SWB), fiecare dintre ele oferind o conceptualizare proprie și o modalitate specifică de măsurare: evaluarea globală a vieții și a aspectelor sale, perceperea stării de bine subiective și experimentarea unor emoții de mai multe ori, într-o anumită perioadă de timp. În cercetarea lor, au ajuns la concluzia că există o corelație între starea de bine subiectivă și diferitele măsurători utilizate, însă aceasta corelație, fiind moderată, pentru eliminarea unor potențiale erori, se recomandă utilizarea unor instrumente diferite. Au considerat starea de bine un concept alcătuit din patru componente, care se desfășoară în timp influențându-se reciproc: evenimentele și circumstanțele de viață; reacțiile afective la aceste evenimente; evocarea acestor reacții; evaluarea globală a vieții.

Evaluarea corectă a stării de bine înseamnă măsurarea tuturor acestor patru componente, neglijarea vreunui ducând la rezultate gresite.

La rândul său Seligman (2007), fondând psihologia pozitivă la sfârșitul anilor 90, a adunat în jurul lui mai mulți experți, care și-au unit forțele în studiul fericirii, printre care Sonja Lyubomirsky, Ken Sheldon și David Schkade. Ei ne propun o „formulă a fericirii” $T=F+C+V$

În această formulă F – gradul fericirii de durată, T – intervalul tendințelor genetice, C – circumstanțele de viață, iar V – factorii aflați sub controlul voluntar.

Autorul subliniază faptul că trebuie să se facă distincție între fericirea de moment și fericirea de durată. În ceea ce privește conceptul: intervalul tendințelor genetice, acesta este introdus în ecuație cu precizarea că mostenim un fel de „ghid” care ne îndrumă spre un anumit nivel de fericire sau de tristețe, fiecare dintre noi are un interval prestabilit al tendințelor genetice, un nivel fix de fericire, mostenit, la care revenim. Circumstanțele de viață pot schimba în bine starea de fericire, dar e o schimbare dificilă și costisitoare.

În cartea sa, Teoria fericirii, Jonathan Haidt (2008, p. 128), preia formula pozitivistilor cu mici modificări:

$$F = T + C + V$$

Nivelul de fericire pe care îl simțim, spune autorul, este suma alcătuită din punctul fix biologic, la care se adaugă condițiile de viață și activitățile voluntare.

Anxietatea permanentă și tristețea sunt factori de risc pentru sănătate datorită stresului la care supun organismul, acesta la rândul lui mărințind riscul infarctului sau al comoției cerebrale. Spre deosebire de stres, sentimentele plăcute stimulează sistemul imunitar, randamentul intelectual, oamenii fericiți sunt mai creativi, mai simpatici și mai dispuși să vadă părțile bune din ceilalți, se implică mai mult în viața comunității, sunt mai buni negociatori.

Fiecare autor sau carte scrisă pe tema fericirii încearcă să ofere cele mai importante „chei” sau „pași” de atingere a gradului său maxim. Dacă Seligman (2007) sugerează existența a trei căi pentru obținerea fericirii: viața plăcută, viața bună și viața plină de înțeles, Csikszentmihalyi (2008) consideră fluxul – „experiență optimală” – o stare care ajută la construirea capitalului psihologic ce poate fi folosit ulterior. Lykken a propus ca etalon un HAP (abrevierea cuvântului happiness) sugerând să măsurăm fiecare activitate și fiecare clipă: câți Hap socotim pentru o plimbare în natură, pentru o masă cu prietenii, o muncă dusă la bun sfârșit.

Două dintre dimensiunile fericirii pot fi măsurate, însă: una pur psihologică, sentimentul subiectiv de satisfacție față de propria existență („sunt mulțumit de viața mea”) și dimensiunea de natură

emoțională, care depinde de frecvența stărilor de spirit pozitive („mă simt bine adesea”).

Având în vedere faptul că, în jurul nostru întâlnim deseori persoane cu dizabilități, ni se par justificate întrebările: Fericirea este un drept al tuturor? Si dacă da, persoanele care s-au născut cu o infirmitate sau au dobândit-o la un moment dat, pot să fie fericite? Există diferențe între șansele la fericire ale indivizilor care au dizabilități și ale celor „normali”? Care este granița dintre dizabilitate și „normal”? Persoanele cu dizabilități sunt sau nu persoane „normale”? Ce presupune normalitatea?

3. PERSOANELE CU DIZABILITATI

Modalitatea practică de definire a persoanei cu dizabilități este abordată diferit, în funcție de criteriile și legislația în vigoare a fiecărei țări.

Sub titulatura de test al dizabilitatii („disability test”) sunt reunite condițiile care se verifică pentru a se putea decide dacă o persoană este dezavantajată în ce privește ocuparea și pastrarea unui loc de muncă, situație care ar îndreptăți accesul la o indemnizație specială. Aceste condiții au fost stabilite de o serie de experți. Dizabilitatea este identificată atunci când persoana:

- stand în picioare, nu își poate păstra echilibrul fără a se sprijini permanent de ceva;
 - utilizând carjele, cadrul de mers, bastonul, proteza sau alte tipuri de ajutoare la mers pe care le folosește de obicei, nu se poate deplasa pe o distanță de 100 m, fără a se opri sau fără a suferi dureri severe;
 - nu-și poate flexa brațele spre spate în timp ce îmbracă o haină sau își introduce cămașa în pantaloni;
 - nu-și poate mișca brațele în față fără dificultate, ca atunci când da mâna cu o altă persoană;
 - nu-și poate ridica brațele deasupra capului, ca atunci când își pune o pălărie;
 - din cauza lipsei de dexteritate manuală, nu poate ridica, folosind fiecare mână, o monedă cu un diametru mai mic de 2,5 cm;
 - nu este aptă să folosească mâinile pentru a ridica o cană de 1 litru și să toarne conținutul într-o ceașcă, fără dificultate;
 - nu-și poate flexa brațele lateral la 180 grade,
- este în evidența autorităților locale având calitatea de nevăzător sau ambliop;
 - nu poate vedea (citi) literele normale tiparite, la o distanță mai mare de 20 cm, chiar cu ochelarii pe care îi poartă în mod obișnuit;
 - nu poate auzi soneria telefonului situat în aceeași cameră, chiar cu un aparat auditiv pe care îl folosește în mod obișnuit;
 - are dificultăți în a auzi ce spune cineva cu voce tare la distanța de 2 m, într-o încăpere unde este liniște, chiar utilizând un aparat auditiv pe care îl folosește în mod obișnuit;
 - când se adresează unor persoane care le cunoaște bine, acestea au dificultăți în a înțelege ceea ce li se spune;
 - are dificultăți în a înțelege ce i se spune, când o persoană cunoscută îi vorbește;
 - cel puțin o dată pe an are o comă ori își pierde cunoștința în timpul orelor de muncă;
 - are o boală mintală pentru care primește tratament regulat sub supravegherea unei persoane cu calificare medicală;
 - datorită bolii mintale este adesea confuză sau uitucă;
 - nu poate face operațiile cele mai simple de adunare și scădere;
 - din cauza deficienței mintale, lovește oamenii sau distruge bunuri, ori este inaptă să stabilească relații sociale normale;
 - în mod normal, nu poate avea un program de lucru de 8 ore pe zi timp de cinci zile pe săptămână, din cauza unei condiții medicale ori durerii severe intermitente sau continue;
 - urmărirea unei boli sau unui accident, se află într-un proces de reabilitare.

Numărul și prevalența persoanelor cu dizabilități

În mod firesc, pentru a se putea contura și realiza obiectivele protecției sociale speciale a acestei categorii de persoane este necesară cunoașterea a cel puțin catorva caracteristici: număr, tipuri de dizabilități, grupare după vârstă, după structura familiei etc. Înșă, de cele mai multe ori, datele rămân incomplete, deși au ca proveniență mai multe surse:

a) recensămintele generale ale populației, când metodologia prevede înregistrarea persoanelor cu

STUDIUL PRIVIND ASIGURAREA STĂRII DE BINE A PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI. NORMALITATE VERSUS DIZABILITATE

dizabilitati. In aceste cazuri se ridica o serie de probleme tehnice privind colectarea informatiilor: necesitatea unui numar mare de operatori calificati, care sa acopere un teritoriu national etc. Incertitudinile legate de aceste aspecte fac din informatiile rezultate un material cu un grad redus de fiabilitate;

b) recensamintele speciale ale persoanelor cu dizabilitati;

c) anchetele epidemiologice, riguroase si exhaustive, dar care acopera un teritoriu redus, lasand deschisa problema reprezentativitatii esantionului si a criteriilor de selectie .

d) sistemele de inregistrare si raportare administrativa, care admit recunoasterea unei persoane ca avand dizabilitate numai dupa luarea ei in evidenta;

e) evaluarile generale, prin intermediul carora se apreciaza ca o anumita proportie din totalul populatiei ar prezenta dizabilitati (10% din populatia mondiala, dupa estimarile O.M.S.);

f) bazele de date privind persoanele cu dizabilitati. Primele date cu caracter international se refereau la un numar de 55 de tari, oferind o evaluare a modului in care conceptele si definitiile privind dizabilitatea sunt utilizate pentru identificarea persoanelor afectate. Astfel, procentajele variau intre 0,2% si 20,2%, in functie de diferentele privind tipurile definitiilor, varstele subiectilor, sistemele de colectare a datelor, recunoscandu-se imposibilitatea comparatiilor.

Studiul legislatiei existente la nivelul câtorva state ale Europei, dezvaluie faptul că decizia privind atribuirea calității de persoană cu dizabilități este luată în funcție de țară, de un medic sau o comisie, definite prin lege. Totodată, se constată faptul că cel mai adesea, deciziile sunt luate prin evaluarea deficienței raportată la baremurile vechi, rar reevaluate; și astfel se evidențiază incapacitatea și nu abilitățile.

Evaluarile nevoilor.

Conceptul de nevoie a fost introdus pentru prima dată de către Virginia Henderson, care subliniază 14 nevoi fundamentale ale ființei umane, considerând că satisfacerea acestora reprezintă o necesitate vitală, esențială ființei umane pentru asigurarea stării de bine din punct de vedere fizic și mintal.

Nevoile persoanelor cu dizabilități sunt complexe si de mai multe feluri, la fel ca pentru oricare

persoana: contactul social, securitate, locuință adecvata, educație, muncă, activități culturale si recreative, nevoia de a fi respectat, nevoia de a alege, nevoia de independență, iar acestea depind și de gravitatea și tipul dizabilității.

Dezvoltarea, integrarea si capacitatea acestor persoane este condiționata de rezolvarea nevoilor lor:

- **sociale:** interrelaționare, respect reciproc, comunicare, implicare activa in viata comunității etc.

- **psihologice:** respect de sine, explorarea si dezvoltarea potențialului propriu

- **juridice:** exercitarea drepturilor de cetățean, protecție împotriva abuzurilor, informare

Nevoia si importanta unui loc de munca pentru o persoana cu dizabilități a fost mai puțin exploatata in România. Gaston si Phyllis, in cartea lor "Mental health and work: Impact, issues and good practices" precizează despre rolul pe care îl are munca in dezvoltarea noastră ca persoane, dar și mai important, impactul deosebit în ceea ce privește starea de bine, a sănătății mentale a unui individ.

Nevoile persoanelor cu dizabilități pot fi:

a) **Medicale:**

- asistenta medicala de specialitate si evaluări, periodice;

- tratament;

- acces la alte servicii medicale;

b) **Psihologice** (aceleași ca ale oricărei persoane potrivit piramidei lui Maslow):

- nevoia de siguranța, apartenența la grup, acceptare, statut, respect, recunoaștere, autorealizare ;

- adesea persoanele cu dizabilități sunt stigmatizate sau respinse ;

c) **Nevoi socio-economice**

d) **Nevoi legate de respectarea drepturilor omului**

- dreptul la viata privata, la familie, sănătate, protecție sociala, educație, libera circulație.

Definițiile adoptate de Organizatia Mondiala a Sanatatii

Cautarea unei definitii a persoanelor cu handicap care sa fie in acelasi timp riguroasa si sa nu stigmatizeze a constituit obiectul preocuparilor unui numar mare de cecetatori. Printre acestia s-a

remarcat P. Wood care a formulat propuneri de reconceptualizare acceptate ulterior prin consens de Organizatia Mondiala a Sanatatii in anul 1980; inovatia sa a constat in utilizarea a trei concepte distincte:

- **infirmitatea sau deficianta** ("impairment") care desemneaza orice pierdere, anomalie sau dereglare a unei structuri sau a unei functii anatomice, fiziologice ori psihice. Prin acest termen se descrie perturbarea la nivelul unor membre, organe sau a altor structuri ale organismului, ca si la nivelul functiilor psihice. Conceptul este operational la nivelul sistemului „organism”. Iata cateva exemple de formulari care au fost utilizate pentru realizarea unor cercetari si recensaminte: „lipsa vederii”, „ambliopia”, „surzenia”, „mutismul”, „paralizii ale membrelor”, „amputatii ale membrelor”, „intarzierea mintala”, „deficienta de vorbire” s.a.;

- **incapacitatea sau dizabilitatea** („disability”), care desemneaza orice reducere, lipsa ori pierdere (rezultand dintr-o deficianta) a aptitudinii de a desfasura o activitate in conditiile considerate normale pentru o fiinta umana. Dizabilitatile sunt descrieri ale perturbarilor la nivelul persoanei, al personalitatii; ele ilustreaza limitarea functionala sau restrictia in activitate (de durata) cauzate de o deficianta. In cadrul studiilor si recensamintelor au fost urmarite diferite tipuri de dizabilitati, formulate ca dificultati, cum ar fi: „de vedere”, „de auz”, „de deplasare”, „de autoservire” etc.;

- **handicapul**, definit ca orice dezavantaj de care sufera o anumita persoana ca urmare a unei deficiente sau a unei dizabilitati care o impiedica sa satisfaca total ori partial sarcinile considerate normale pentru ea (in raport cu varsta, genul si cu diferiti factori sociali si culturali). Notiunea de handicap descrie rolul social atribuit persoanei cu deficianta sau dizabilitate, rol care o plaseaza ca dezavantajata comparativ cu alte persoane. Dezavantajele apar si se manifesta in cadrul interactiunii persoanei cu mediul ei social si cultural specific. In recensamintele si studiile realizate in diferite tari au fost utilizate formulari de tipul „imobilizat la pat”, „limitat la domiciliu”, „inapt de a utiliza transportul comun”, „inapt de munca”, „izolat social” s.a.

In acest mod, handicapul tinde sa capete acceptiunea unei probleme sociale, aceea a respingerii sau excluderii persoanei cu deficianta sau cu dizabilitate.

Pe baza acestor delimitari s-a elaborat Clasificarea Internationala a Deficientelor, Dizabilitatilor si Handicapurilor (ICIDH-1) care a fost adoptata ca document de lucru de catre O.M.S. in anul 1980.

Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF)

În analiza nevoilor persoanelor cu dizabilități este important să vedem interacțiunea dintre individ și factorii de mediu – de la afectări, limitări ale activității și restricții în participare, până la nivelul de funcționare cel mai ridicat pe care o persoana îl poate atinge, probabil, la un moment dat și care definește capacitățile sale în diferite domenii ale activității și participării.

Aceasta abordare sta la baza Clasificărilor Internaționale ale funcționării, dizabilității și sănătății (CIF și CIF-pentru copii si adolescenți), care pun accent pe participare și funcția păstrată, nu pe incapacitate și restricție, țin cont de factorii de mediu, cuprind domenii de sănătate și domenii asociate sănătății. CIF a fost adoptată la 22 mai 2001, după cinci ani de consultanță internațională și verificare în practică.

CIF nu se referă doar la persoanele cu dizabilități, ci la toți oamenii. Aceste clasificări au un rol important și în reducerea folosirii multitudinii terminologice și de etichetări, deseori peiorative, cum ar fi: persoană anormală, debilă, deficientă, dezavantajată social, deviantă, handicapată, idioată, malformată, mutilată, paralizată, invalidă etc.

Abordarea tradițională a dizabilității – ca o caracteristică individuală a persoanei, **a fost înlocuită cu abordarea socială**, punându-se accentul pe condițiile defavorizate, neadaptate ale mediului și societății, care stau la baza discriminării și accesibilității reduse la drepturile generale ale omului și care condiționează dezavantajul și restricțiile în participare. Modelul tradițional medical (de la etiologie – la patogenie – la manifestări clinice) este absolut insuficient și inutil în evaluarea medico-socială a pacientului cu probleme complexe, a stărilor care nu pot fi tratate sau prevenite.

Această nouă Clasificare accentuează **perspectiva bio-psiho-socială** în abordarea dizabilității evidențiind prin conceptul de funcționare (funcționalitate) necesitatea de a fundamenta activitățile în favoarea persoanei cu handicap pe aspectele pozitive ale interacțiunii între aceasta și contextul în care trăiește, factorii de mediu și

STUDIU PRIVIND ASIGURAREA STĂRII DE BINE A PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI. NORMALITATE VERSUS DIZABILITATE

personali cu care interacționează. De asemenea, CIF unește într-un continuum problemele unei persoane datorate deficienței și problemele de sănătate ale aceluiași individ. Aici cuvântul dizabilitate este folosit ca un termen general pentru afectări, limitări de activitate sau restricții de participare.

CIF propune pentru prima dată evaluarea socială centrată pe identificarea factorilor contextualii în care trăiește persoana cu handicap, vizând:

- calitatea mediului fizic, dar și a nișei de viață și dezvoltare (locuință, hrană, igienă, asigurarea securității fizice și psihice);

- **participarea în comunitate**, în viața civică și socială;

- **facilitatorii și/sau barierele existente în mediul fizic și social în care trăiește persoana**; - facilitatorii și/sau barierele existente la nivelul atitudinilor existente în mediu.

Facilitatorii și/ sau barierele existente în mediul fizic și social se referă, printre altele, la:

- produse și tehnologii care asistă persoana în viața de zi cu zi: orteze, proteze;

- produse, tehnologii și amenajări pentru asigurarea mobilității și transportul în interiorul și în afara locuinței;

- produse și tehnologii pentru comunicare

- produse și tehnologii care facilitează integrarea educațională;

- produse, tehnologii și amenajări care facilitează integrarea în muncă;

- produse, tehnologii și amenajări care asigură participarea la cultură, activități recreative; - designul, construirea și amenajarea clădirilor pentru a asigura accesul persoanei

Atitudinile - consecințe observabile ale obiceiurilor, practicilor, ideologiilor, valorilor, normelor, credințelor – influențează comportamentul individual și viața socială la toate nivelurile, de la relațiile interpersonale și asociațiile comunitare până la structurile politice, economice și legale. De exemplu, atitudini individuale sau ale societății despre credibilitatea și valoarea persoanei ca ființă umană pot motiva practici pozitive, onorifice sau practici negative și discriminatorii.

Unul dintre scopurile utilizării CIF este identificarea intervențiilor care pot îmbunătăți nivelul de participare a persoanelor cu dizabilități.

CIF poate contribui la identificarea sursei principale a “problemei”, fie că este vorba de mediu, sub forma prezenței unui obstacol sau a absenței unui facilitator, de capacitatea limitată a individului în sine sau de o combinație de factori.

Prin intermediul acestei clarificări, intervențiile pot fi orientate în mod corespunzător, iar efectele lor asupra nivelurilor de participare pot fi monitorizate și măsurate.

4. NORMAL SI ANORMAL

Deși handicapul este o realitate care se manifesta în cadrul oricarei colectivități, în România, prezenta sa era situată departe de sfera vizibilității publice până la sfârșitul anului 1989. Unul din fundamentele ideologice ale socialismului se referea la munca, iar valoarea atribuită acesteia îi conferea rolul de mijloc aproape exclusiv de soluționare a oricărui tip de problemă umană. De aici, principalele prevederi ale protecției speciale a persoanelor cu dizabilități erau ancorate de nevoia de a munci, ori, de nevoia de formare profesională specială. Acestea vizau educația specială și munca, domenii care, similar cu toate celelalte, se situau în sfera de responsabilitate a statului. Iar statul, a recurs la dezvoltarea de instituții speciale considerate drept răspunsul adecvat față de nevoile privind educația, munca și protecția specială a celor care nu puteau beneficia de educație și nu puteau presta o activitate productivă. Asemenea instituții speciale aveau un puternic caracter segregativ, iar amplasarea lor era realizată de cele mai multe ori, în zone rurale, la periferia localităților urbane, fapt care a contribuit la devalorizarea acestei categorii de persoane. Opțiunea respectivă a segregării nu constituia o excepție; până în anii 1960, instituționalizarea părea o alternativă rezonabilă chiar și în cele mai dezvoltate state. Însa, acolo exista căutarea unor alternative, iar apariția teoriei normalizării a generat experimente care au antrenat o schimbare rapidă și radicală în sensul dezinstituționalizării și îngrijirii în comunitate. Datorită lipsei tot mai accentuate de racordare a cercetătorilor din România la circulația informațiilor, astfel de noi opțiuni rămăneau cvasinecunoscute.

În România, modelul de abordare a handicapului era unul individual, medical; se pornea de la examinarea persoanei (copil sau adult), se constatau anumite deficiențe și se luau decizii referitoare la tratament, educație, eventual munca. Datorită localizării cauzelor la nivelul individului,

interventiile nu se puteau orienta decat la acelasi nivel.

Atat segregarea generata de modul in care era conceputa educatia speciala, cat si faptul ca multi dintre copiii cu dizabilitati ramaneau in afara sistemului de invatamant erau de natura sa genereze si sa intareasca anumite credinte, mentalitati, prejudecati referitoare la potentialul lor fizic si intelectual. Personalul medical, cel din invatamantul obisnuit, parintii copiilor cu deficiente si publicul in general considerau ca asemenea copii ar avea un potential scazut, ca sansele lor de participare la educatie, la munca si la viata sociala obisnuita ar fi diminuate sau chiar inexistente, argumente care pledau pentru un tratament special. Tendinta generala de nuclearizare a familiilor a redus semnificativ posibilitatile de ingrijire la domiciliu a copiilor cu handicap, in conditiile in care statul isi largea oferta de institutii speciale. Daca intr-o familie largita responsabilitatea ingrijirii unei persoane cu deficiente revenea celor mai multi membri ai acesteia, intr-o familie de tip nuclear, aceasta responsabilitate revine cu precadere femeii (ca mama, ca sotie).

Famiiliile carora le apartineau copiii cu handicap nu beneficiau decat de forme minime de suport din partea statului; cel mai adesea, acest suport se referea la posibilitatea de internare a copilului intr-o institutie speciala, desi, in mod formal, familia trebuia sa suporte partial (in functie de venituri) costurile institutionalizarii. In realitate, aceste obligatii de plata nu erau onorate, intrucat famiiliile din care proveneau copiii institutionalizati erau sarace si institutiile purtau o corespondenta pe aceasta tema cu autoritatile locale. De cele mai multe ori, situatia precara a familiei (din punct de vedere economic) era in realitate principalul argument pentru plasarea copiilor in institutiile speciale, considerandu-se ca acolo ar putea beneficia de conditiile adecvate de ingrijire. Pentru copiii cu handicap ingrijiti in familie, in afara unor ajutoare sociale ocazionale, singura forma de sprijin de care ar mai fi putut beneficia era pensia de urmas, in eventualitatea ca unul din parinti deceda inainte de implinirea de catre copil a varstei de 16 ani.

Validarea apartenentei unei persoane la aceasta categorie s-a realizat de catre comisiile de expertiza medicala. Se poate spune ca activitatea acelor comisii purta amprenta medicalizarii, desi, de pilda, nevoile copiilor cu handicap nu se rezumau la cele de factura medicala. Lipsa de

personal avand suficiente competente in ce priveste educatia, nevoile familiei, reabilitarea, ritmul alert de lucru impus acelor comisii de aglomeratiile numarului mare de cazuri, insuficienta colaborare cu mediul familial si cu cel comunitar par a fi cativa dintre factorii care au afectat calitatea acestei activitati. In fond, comisiile respective manifestau o concentrare aproape exclusiva asupra controlului intrarii copiilor in aceasta categorie si mai putin asupra nevoilor lor complexe actuale si de perspectiva.

Dupa adoptarea legislatiei referitoare la protectia speciala a persoanelor cu handicap au aparut noi indicii referitoare la calitatea protectiei speciale a minorilor si adultilor cu handicap. Cu toate prevederile noii legislatii speciale, au continuat sa se manifeste diferite aspecte ale fragmentarii politicii la nivelul ministerelor si departamentelor implicate: ANPH, MMPS, M. Sanatatii, M. Educatiei. Au fost luate o serie de masuri privind imbunatatirea conditiilor de ingrijire a copiilor institutionalizati: cresterea alocatiilor pentru hrana, marirea numarului de personal, reabilitarea cladirilor institutiilor speciale s.a.

Tendinta de descentralizare, de atribuire autoritatilor locale a unor responsabilitati a adus o serie de schimbari in ce priveste protectia speciala. Insa, in absenta unor specialisti, a unor competente la nivelul autoritatilor locale, nu se pot produce consecinte semnificativ pozitive asupra calitatii ingrijirii. Noua forma de organizare a comisiilor de expertiza a propus o componenta largita, din care fac parte si reprezentanti ai organizatiilor de resort. Planurile individuale de recuperare si integrare au in continuare un caracter extrem de general. Acestea nu sunt elaborate pe baza unei colaborari a diferitilor specialisti (medici, psihologi, pedagogi, asistenti sociali) cu reprezentanti ai comunitatii si cu parintii copiilor cu handicap.

Educatia speciala continua sa se realizeze cu precadere in forme segregate, cu toate ca se manifesta anumite tendinte de integrare si includere in invatamantul obisnuit. De cele mai multe ori, copiii cu handicap sunt educati in scoli speciale prevazute cu internat, optiune care apare de preferat pentru parintii lor, care altfel s-ar confrunta cu nevoia acompanierii zilnice a copiilor catre scoala si catre domiciliu. Propunere: dotarea scolilor speciale cu mijloace de transport adecvate, care sa asigure deplasarea copiilor in siguranta intre domiciliul lor si scoala.

STUDIU PRIVIND ASIGURAREA STĂRII DE BINE A PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI. NORMALITATE VERSUS DIZABILITATE

Informațiile privind programele și serviciile disponibile copiilor cu handicap nu sunt suficient de disponibile familiilor acestora, specialistilor și publicului larg (exemple din interviurile de grup). Există dovezi că personalul medical din rețeaua de îngrijire primară nu este suficient de pregătit și echipat pentru a răspunde nevoilor copiilor cu handicap. Uneori, depistarea se face tardiv, ca și îndrumarea către serviciile adecvate, ceea ce reduce semnificativ șansele unei intervenții precoce și ale reabilitării. Ar fi necesare programe concepute și realizate de echipe multidisciplinare destinate depistării, evaluării și tratamentului deficientelor.

Imaginea privind copiii cu handicap nu beneficiază de o proiectare suficient de pozitivă.

Protecția specială din România trebuie comparată cu tendințele pe plan internațional conturate de diferite documente: Declarația de la Salamanca privind educația specială, Regulile standard privind egalizarea șanselor pentru persoanele cu handicap.

Analiza nevoilor familiilor care îngrijesc un copil cu handicap releva o serie de disfuncționalități generate de unele tipuri de prestații și beneficii (asigurare medicală, activitatea asistenților personali, recuperare, educație). Interviurile de grup realizate au evidențiat principalele insatisfacții care indică un nivel redus al calității vieții atât a persoanelor cu handicap, cât și a familiilor cărora le aparțin:

- **Absența unor programe și a unei rețele de centre de depistare și intervenție precoce a deficientelor copiilor.** Detectarea precoce a persoanelor cu dizabilități cade în sarcina medicilor de familie, însă, nu există modalități de instruire adecvate a personalului medical și paramedical în ce privește lucrul cu copiii cu dizabilități. Pentru stabilirea unui diagnostic diferențiat și întocmirea unor programe specifice de reabilitare, este necesară existența unor centre de depistare și intervenție precoce cu dotări adecvate din punct de vedere al resurselor umane și tehnice, la care medicii de familie să poată face apel atunci când se consideră necesar.

- **Lipsa unor medicamente necesare copiilor cu dizabilități** sau faptul că multe dintre acestea nu sunt incluse pe lista medicamentelor compensate/gratuite. În plus, procedura de recuperare a banilor plătiți pentru medicamentele

compensate (dacă venitul pe membru de familie este sub 700.000 lei) este greoaie și birocratică.

- **Ordonanța 102/1999 referitoare la protecția specială a persoanelor cu handicap** oferă cadrul legal cu privire la accesul individual la programe de reabilitare și integrare, însă dezvoltarea unei rețele de servicii terapeutice și de reabilitare se află abia la început. Există numeroase programe de acest gen inițiate de către organizațiile neguvernamentale, uneori în parteneriat cu autorități guvernamentale.

În ultimii ani au fost realizate numeroase proiecte pilot pentru integrarea copiilor cu handicap în învățământul obișnuit, însă, integrarea școlară nu este întotdeauna suficient de bine pregătită iar resursele mobilizate pentru acest obiectiv sunt limitate. În general, copiii cu dizabilități severe și profunde au accesul cel mai limitat la educație. Uneori cadrele didactice din învățământul obișnuit refuză să accepte în clasele lor copii cu handicap. De asemenea, sunt frecvente atitudinile ostile din partea părinților copiilor „normali” față de integrarea copiilor cu handicap în clasele obișnuite. Un alt obstacol pentru integrare îl constituie lipsa serviciilor de sprijin în școlile obișnuite în care sunt integrați copiii cu handicap: logopezi, profesori de sprijin, psiho-pedagogi.

Deși în ultimii ani, în special din inițiativa unor organizații neguvernamentale s-au dezvoltat diferite tipuri de servicii pentru copiii cu dizabilități, acestea nu sunt suficient de bine cunoscute de către potențialii beneficiari, de către medicii de familie și chiar de către specialiștii care desfășoară activități cu acești copii.

Campaniile de informare privind problematica de ansamblu cu care se confruntă copiii cu dizabilități s-au desfășurat îndeosebi la inițiativa organizațiilor de resort, însă creșterea gradului de constientizare pare un obiectiv cvasiabsent la nivelul educației și instruirii curriculare a unor specialiști (medici, cadre didactice, personal medical cu pregătire de nivel mediu).

Problemele de această factură au efecte directe asupra calității vieții persoanelor cu handicap. Regândirea măsurilor de protecție specială reprezintă atât o necesitate, cât și un mijloc de identificare și valorificare a posibilităților de egalizare a șanselor pentru persoanele cu handicap, ceea ce ar avea consecințe nemijlocite asupra nivelului calității vieții lor.

5. Interactiunea cu o persoana cu dizabilitati

Când te întâlnești cu o persoană cu dizabilități pentru prima dată, zâmbește-i și întâmpin-o cu un gest obișnuit de salut sau cu un salut verbal. Întinde brațul pentru o strângere de mână, dacă asta faci de obicei. În cazul în care persoana nu poate să folosească mâna, îți va spune, și va aprecia că e tratată ca pe oricine altcineva. Dacă este evident că nu poate folosi mâinile, atingeți ușor persoana pe umăr sau pe braț de bun venit și pentru a-ți face cunoscută prezența.

Dacă te întâlnești cu o persoană cu dificultăți de vedere (nevăzător), în primul rând identifică-te verbal. Dacă vă cunoașteți deja sau dacă v-ați mai întâlnit înainte, reamintește-i în ce context, persoana nu are indicii vizuale pentru a-și reîmprospăta memoria.

Fii atent în alegerea locației atunci când ai o întâlnire cu o persoană cu dizabilități.

Dacă te întâlnești cu cineva care utilizează un scaun cu roțile, alege o locație care este dotată cu rampe sau lift și asigură-te că ușile (la intrare, lift, baie) sunt suficient de mari și camerele spațioase pentru a avea loc un scaun cu roțile.

Când întâlnești oameni cu diferite deficiențe, s-ar putea să devii ezitant și prea atent în alegerea cuvintelor și comportamentului față de acea persoană. Fiecare individ este diferit, unele persoane vor găsi ușor o modalitate de a interacționa și de a socializa, așa cum alții vor găsi că este dificil să se adapteze.

Întotdeauna amintește-ți că o persoană cu dizabilități este în primul rând o persoană. El/ea este ca oricine altcineva, singura diferență fiind limitările legate de dizabilitatea sa. Persoanele cu dizabilități (ca și toți ceilalți, de altfel), preferă să te concentrezi pe abilitățile lor, nu pe deficiențele lor. Apreciază persoana în primul rând. Evită privirile și cuvintele care arată milă sau superioritate. Atitudinile și comportamentele sunt cele mai dificile bariere de depășit de către persoanele cu dizabilitati.

În continuare găsiți câteva recomandări generale, însă țineți cont de faptul că fiecare este diferit, iar unele reguli se pot aplica în mod diferit în funcție de circumstanțe:

- Una din primele reguli atunci când întâlnești o persoană cu o dizabilitate fizică este să nu te uiti stăruior!
- Dacă abia te-ai întâlnit cu o persoană cu dizabilități, evită să faci remarci care sunt

intruzive sau prea personale. Nu pune întrebări nepotrivite. Exemplu: nu spuneți "Ce s-a întâmplat cu tine?" sau "De ce nu poți să mergi normal?"

- Menționează deficiența unei persoane numai dacă aceasta este esențială pentru conversație, ori în cazul în care persoana aduce în discuție subiectul sau indică faptul că ar vrea să discute despre asta.

- Când descrii o persoană cu dizabilități, accentul ar trebui să cadă mai degrabă pe individualitatea persoanei, decât pe deficiențele acesteia. Nu defini omul după deficiențele avute.

- Fii tu însuși - la fel ca în orice situație nouă, toată lumea se va simți mai bine dacă te relaxezi.

În comunicarea cu o persoană cu dizabilități, bazează-te pe bunul simț. Tratează-i pe ceilalți așa cum ți-ai dori să fi tu tratat și permite-ți întotdeauna să te adaptezi la preferințele individuale ale persoanei. Ține minte că există o comunicare reală doar atunci când cealaltă persoană înțelege mesajul pe care-l transmiți și vice-versa.

Utilizati:

- persoana cu dizabilitati;
- persoana care se confrunta cu provocari;
- a avea o dizabilitate;
- persoana cu deficient de vedere;
- parcare pentru persoanele cu dizabilitati;
- autobuze adaptate special pentru persoane cu dizabilitati;
- el/ea traieste cu o dizabilitate.

NU utilizati:

- ala schiopu'';
- pitic;
- mongol;
- handicapat;
- bolnav mintal;
- mut;
- limba innodata';
- parcare pentru handicapati;
- autobuz pentru handicapati;
- schizofrenicul, etc.

Cum să oferi ajutorul: Ia în considerare aceste sfaturi generale atunci când dorești să ajuți o persoană cu dizabilități:

- Dacă nu cunoști deja persoana, prezintă-te;
- Oferă ajutorul în mod adecvat – oferă ajutorul în modul în care oamenii au nevoie și spun, și nu cum crezi că ar trebui făcut;

STUDIU PRIVIND ASIGURAREA STĂRII DE BINE A PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI. NORMALITATE VERSUS DIZABILITATE

- Nu fi jignit dacă nu este nevoie de ajutorul tău;
- Întreabă cum să ajuți (în detaliu);
- Asistă persoanele cu dizabilități când ajutorul este necesar sau solicitat, însă nu descuraja participarea activă a persoanelor;
- Nu presupune că o persoană cu dizabilități are mereu nevoie de ajutor. Dacă dorești să oferi ajutorul, întreabă mai întâi dacă este necesar. Dacă nu știi cum să ajuți întreabă cum se face;
- Uneori o persoană se poate simți suficient de confortabil pentru a cere ajutorul;
- Nu te oferi de prea multe ori să ajuți, uneori acest obicei poate deveni enervant;
- Respectă întotdeauna demnitatea persoanei cu dizabilități, individualitatea și dorința sa de independență. Dacă consideri că ajutorul tău ar putea fi necesar într-o anumită situație, nu asista fără a cere permisiunea mai întâi;
- Fii răbdător atunci când oferi asistență!

Simboluri privind accesibilitatea:

Simbolul de Accesibilitate



Simbolul scaunului cu roțile ar trebui să fie folosit numai pentru a indica accesul pentru persoanele cu mobilitate redusă, inclusiv utilizatorilor de scaune rulante. De exemplu, simbolul este folosit pentru a indica o intrare accesibilă, o toaletă sau că un telefon este la înălțime redusă pentru utilizatorii de scaune cu roțile. Amintiți-vă că o accesibilizare este inutilă dacă nu poate fi folosită. Atenție, o rampă de intrare nu este complet accesibilă, dacă nu există bordură până la nivelul rampei, iar un lift nu este accesibil dacă la acesta se ajunge doar urcând scări.

Accesul persoanelor cu deficiențe de vedere



Acest simbol indică accesul pentru persoanele nevăzătoare sau cele care au vederea slabă și este cel mai bine utilizat în locuri cum ar fi: un tur cu ghid al unui obiectiv turistic, un tur tactil sau o expoziție unde exponatele pot fi atinse. Semnele și materialele de prezentare ar trebui să fie produse în culori contrastante și tipărite în mod clar într-o formă cât mai mare.

Audio descrierea spectacolelor (la teatru)



Descrierea audio este o descriere vie a personajelor, expresiilor lor, acțiunilor, costumelor și decorurilor, care este transmisă persoanelor cu dizabilități de vedere prin intermediul căștilor. Acest lucru se întâmplă discret între replici, pentru a oferi celor care nu pot vedea asistență în aspectele vizuale ale programului. Tururi tactile sunt uneori disponibile pentru persoanele cu dizabilități vizuale.

Telefon cu control de volum



Acest simbol indică locația de telefoane care au volum reglabil și sunet amplificat sau cu posibilitatea unui volum ajustabil.

Descriere audio pentru TV, video și filme



Acest serviciu face televiziunea, clipurile și filmele mai accesibile pentru persoanele cu dizabilități de vedere. Descrierea elementelor vizuale este asigurată de o persoană instruită în Descrieri Audio prin Programul Audio Secundar

(PAS) a televiziunilor și prin intermediul monitoarelor echipate cu sunet stereo.

Descriere audio live



Un serviciu pentru persoanele cu dizabilități de vedere care face artele vizuale mai accesibile. O persoană instruită în Descrieri Audio oferă descrieri și comentarii live (prin căști și un transmițător mic), constând din descrieri concise, obiective ale elementelor vizuale: de exemplu, un spectacol de teatru sau o expoziție de arte vizuale la un muzeu.

Tipărire accesibilizată



Măsura mare de imprimare este indicată prin cuvintele: "Large Print", tipărite în 18 pt. sau cu un text mai mare. În plus, pentru a indica faptul că versiunile de imprimare mare de cărți, broșuri, fluturașe, prezentări de muzeu și programe de teatru sunt disponibile, puteți folosi simbolul pe formularele de conferință pentru a indica faptul că materialele de imprimare pot fi furnizate în caractere mari. Tipărirea în Sans Serif sau Sans Serif modificat cu un contrast bun este foarte recomandat, și ar trebui să se acorde o atenție deosebită redactării literelor și spațierii cuvintelor.

Subtitrări (Closed captioning - CC)



Subtitrările permit persoanelor cu deficiențe de auz să citească o transcriere a părților audio ale unui film, expoziție sau alte prezentări. În timp ce filmul rulează, subtitrările transcriu (chiar dacă nu întotdeauna cuvânt cu cuvânt) dialogurile și alte sunete relevante.

Mașina de scris – telefon (TTY)



Cunoscut sub numele de telefon text (TT), sau dispozitiv de telecomunicații pentru surzi (TDD), TTY este un dispozitiv de telefonie care este utilizat împreună cu telefonul (și numărul de telefon) pentru comunicarea între neauzitori, persoane cu deficiențe de vorbire și auzitori.

Simbolul pentru informații



Cea mai valoroasă comoditate a societății de astăzi este informația, iar pentru o persoană cu dizabilități, este esențială. De exemplu, simbolul ar putea fi utilizat să indice locația biroului de informații sau biroul de securitate, unde există informații sau mai multe materiale specifice cu privire la servicii accesibile, cum ar fi materiale "Large Print", înregistrări materiale video sau tururi în limbajul semnelor.

7. Discriminarea

Este menționată evoluția termenului de discriminare, diferența dintre deficiență, dizabilitate, handicap.

Deși handicapul nu este cauzat de boala în sine, ci de interacțiunea dintre individ și societate, deficiența/dizabilitatea este aspectul care contează în cea mai mare măsură, iar cunoștințele și experiențele candidaților reușesc să influențeze prea puțin opiniile și deciziile angajatorilor în procesul de angajare.

În consecință, cele mai grave forme ale discriminării, pot fi resimțite în domeniul muncii care este guvernat de competiție și selectivitate în procesele de angajare și recompensă. Acest sistem concurențial face ca, de cele mai multe ori, combaterea discriminării să fie cu adevărat imposibilă. Cei care au dizabilități se confruntă cu situațiile cele mai dificile care pot fi descrise prin

STUDIU PRIVIND ASIGURAREA STĂRII DE BINE A PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI. NORMALITATE VERSUS DIZABILITATE

cerința de a fi cât mai bun, cu imposibilitatea de a fi perfect, așa cum candidații pot trezi interesul angajatorilor.

Astfel, prin discriminarea în plan socio-profesional, individul nu poate îndeplini un rol normal în societate, acela de a-și putea asigura propria sursă de venit.

6. Dizabilitatea ca factor de risc privind accesul la serviciile de educație

Excluziunea socială a persoanelor cu handicap nu înseamnă doar mai puține resurse materiale, ci mai ales dificultățile sau imposibilitatea lor de a participa în mod efectiv la viața economică, socială, politică și culturală sau chiar alienare și distanțare față de societatea obisnuită. Educația persoanelor cu dizabilități s-a realizat o lungă perioadă de timp cu precădere în forme segregate, ca educație specială, separată de cea obisnuită. Goffman, (1990, p.13) folosește termenul stigmat pentru a se referi la un atribut care discreditează profund, cu referire la un limbaj al relațiilor și nu cea a unui limbaj al atributelor. Analiza lui Goffman a vizat trei tipuri sau categorii de stigmat: anomaliile corporale (deficiențele fizice), defecte ale caracterului individului, trăsăturile negative asociate cu rasa, națiunea, religia.

După Goffman, efectul fundamental al stigmatului constă în reducerea șanselor vieții persoanei stigmatizate prin intermediul acțiunilor discriminatorii.

Experiența respingerii este foarte dureroasă. Să fii respins din cauza a ceea ce ești, să ai sentimentul că oamenii te evită fiindcă ai o anumită rasă, naționalitate, religie, clasă socială sau infirmitate, reprezintă o mare suferință distructivă. Până și respingerea de către niste persoane necunoscute și nevăzute, sau în situații fără miză concretă, faptul de a fi ignorat într-o discuție oarecare, pot provoca perturbări ale stimei de sine.

Considerat la început un deziderat al normalizării, mai apoi ca integrare și recent ca incluziune, efortul comun de punere în practică a șansei de educație pentru toți copiii, de a le oferi condiții normale de viață, este aplicabil și util în cadrul oricărei societăți, deoarece poate fi adaptat oricăror schimbări sociale. Integrarea semnifică faptul că relațiile dintre indivizi sunt bazate pe o recunoaștere a integrității lor, a valorilor și drepturilor comune ce le posedă. Relația care se

instaurează între individ și societate stă la baza integrării, care se realizează pe mai multe niveluri, de la simplu la complex: integrarea fizică, integrarea funcțională, integrarea socială, integrarea personală, integrarea în societate, integrarea organizatorică.

Obiectivul final al oricărei activități de integrare îl reprezintă, de fapt, o incluziune totală a persoanelor cu handicap. Pentru atingerea acestui obiectiv, este necesară rezolvarea respingerii sociale, pe care aceste persoane o întâmpină din partea societății. În scopul unei reușite depline a integrării a copiilor cu cerințe educative speciale este nevoie să se parcurgă câteva etape distincte,

prin care se urmărește asigurarea condițiilor optime pentru o nouă formă de organizare a școlii sensibilizarea, trainingul luarea deciziei, tranziția, evaluarea procesului. Revenind la sensibilizare, experiența noastră ne îndreptățește să apreciem că primii reprezentanți ai școlilor, care ar trebui să fie convinși de necesitatea integrării copiilor cu cerințe educative speciale, ar trebui să fie managerii școlilor respective, deoarece ei au puterea de a decide, a controla și a sprijini, după caz, activitatea unității școlare. Un rol esențial îl au și cadrele didactice din grădinițe și școli, locul în care pentru prima dată copilul se apropie de persoane obiective, străine, intră în contact cu copii de vârstă apropiată. Atitudinea acestora este extrem de importantă pentru copil, felul în care acceptat, privit, încurajat sau dimpotrivă, respins, etichetat, brutalizat, pot afecta întreaga viață a micului candidat fericire, îi pot trasa drumul vieții într-o direcție dorită sau dimpotrivă, îl pot condamna la singurătate și suferință.

7. Drepturile persoanelor cu dizabilități/ handicap

Drepturile persoanelor cu handicap sunt reglementate de Legea nr.448/2006 (actualizată 2016) privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată.

În vederea asigurării asistenței de recuperare/reabilitare, persoanele cu handicap au dreptul la:

a) dispozitive medicale gratuite în ambulatoriu, conform listei și în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate și a normelor sale de aplicare;

b) servicii gratuite de cazare si masa si pentru insotitorul copilului cu handicap grav sau accentuat ori al adultului cu handicap grav sau accentuat in unitatile sanitare cu paturi, sanatorii si statiuni balneare, la recomandarea medicului de familie ori a medicului specialist, asigurate de la Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate, conform Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate;

c) un bilet gratuit de tratament balnear, in cursul unui an, pe baza programului individual de reabilitare si integrare sociala si a recomandarii medicului de familie sau a medicului specialist.

Persoanele cu handicap au acces liber si egal la orice forma de educatie, indiferent de varsta, in conformitate cu tipul, gradul de handicap si nevoile educationale ale acestora. Persoanelor cu handicap li se asigura educatia permanenta si formarea profesionala de-a lungul intregii vietii. Persoana cu handicap sau, dupa caz, familia ori reprezentantul legal constituie principalul factor de decizie in alegerea formei si tipului de scolarizare, precum si a unitatii de invatamant.

In cadrul procesului de invatamant, indiferent de nivelul acestuia, persoanele cu handicap au dreptul la:

- servicii educationale de sprijin;
- dotarea cu echipament tehnic adaptat tipului si gradului de handicap si utilizarea acestuia;
- adaptarea mobilierului din salile de curs;
- manuale scolare si cursuri in format accesibil pentru elevii si studentii cu deficiente de vedere;
- utilizarea echipamentelor si softurilor asistive in sustinerea examenelor de orice tip si nivel.

In vederea asigurarii accesului persoanelor cu handicap in unitatile si institutiile de invatamant, autoritatile publice au obligatia sa ia urmatoarele masuri specifice:

- sa promoveze si sa garanteze accesul la educatie si formare profesionala al persoanelor cu handicap;

- sa asigure scolarizarea la domiciliu a persoanelor cu handicap nedepasabile pe durata perioadei de scolarizare obligatorie, precum si pregatirea scolara, indiferent de locul in care persoana cu handicap se afla, inclusiv prin cadrele didactice de sprijin/itinerante;

- sa asigure accesul la formele de educatie permanenta, adaptandu-le nevoilor educationale ale persoanelor cu handicap;

- sa sprijine cooperarea dintre unitatile de invatamant special sau de masa cu familia si comunitatea, in vederea asigurarii unei oferte educationale care raspunde nevoilor individuale ale persoanelor cu handicap;

- sa sprijine pregatirea cadrelor didactice in vederea adaptarii practicilor educationale pentru elevii cu handicap din grupe sau clase de invatamant obisnuit;

- sa asigure posibilitatea practicarii unui sport de catre orice persoana cu handicap, precum si pregatirea cadrelor didactice in vederea insusirii de catre acestea a unor notiuni medicale si tehnice specifice;

- sa asigure servicii educationale de sprijin pentru persoanele cu handicap si familiile acestora, prin specialisti in domeniul psihopedagogiei speciale;

- sa asigure accesul in unitatile si institutiile de invatamant.

In vederea asigurarii accesului persoanelor cu handicap la obtinerea unei locuinte, autoritatile publice au obligatia sa ia masuri pentru introducerea unui criteriu de prioritate pentru inchirierea, la nivelurile inferioare, a locuintelor care apartin domeniului public al statului ori unitatilor administrativ-teritoriale ale acestuia. Persoanele cu handicap grav beneficiaza de urmatoarele drepturi:

- acordarea unei camere de locuit, suplimentar fata de normele minimale de locuit prevazute de lege, pe baza contractelor de inchiriere pentru locuintele care apartin domeniului public sau privat al statului ori al unitatilor administrativ-teritoriale ale acestuia;

- stabilirea chiriei, in conditiile legii, pe baza contractelor de inchiriere pentru suprafetele locative cu destinatie de locuinte, detinute de stat sau de unitatile administrativ-teritoriale ale acestuia, la tariful minim prevazut de lege.

Persoanele cu handicap grav si accentuat beneficiaza de gratuitate pe toate liniile la transportul urban cu mijloace de transport in comun de suprafata si cu metroul. Beneficiaza de aceste prevederi si urmatoarele persoane:

- insotitorii persoanelor cu handicap grav, in prezenta acestora;

- insotitorii copiilor cu handicap accentuat, in prezenta acestora;

STUDIUL PRIVIND ASIGURAREA STĂRII DE BINE A PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI. NORMALITATE VERSUS DIZABILITATE

- însoțitorii adulților cu handicap auditiv și mental accentuat, în prezenta acestora, pe baza anchetei sociale realizate de către asistentul social din cadrul compartimentului specializat al primăriei în a cărei rază teritorială își are domiciliul sau reședința persoana cu handicap;
- asistenții personali ai persoanelor cu handicap grav;
- asistenții personali profesioniști ai persoanelor cu handicap grav sau accentuat.

Persoanele adulte cu handicap grav beneficiază de:

- gratuitatea transportului interurban, la alegere, în limita costului unui bilet la tren accelerat clasa a II-a, cu autobuzele, în limita a 12 călătorii dus-întors pe an calendaristic;
- gratuitate transport urban cu mijloace de transport în comun de suprafață și cu metroul.

BIBLIOGRAFIE

- Manea, Liviu, (2008). Asistența socială a persoanelor cu dizabilități. www.weebly.com/ 18.01.2010.
- Marian, Mihai, Drugas, Marius, Roseanu, Gabriel, (2005). *Persective psihologice asupra sănătății și bolii*, Oradea: Editura Universității din Oradea.
- Marian, Mihai, (2007). *Validarea scalei de satisfacție în viață - Caracteristici psihometrice*. Analele Universității din Oradea. Fascicula psihologie, Volumul XI.
- Marica, Simona, (2008). *Introducere în psihologia socială*, București: Editura Fundației României de Măine.
- Maslow, A. H., (2007). *Motivație și personalitate*, București: Editura Trei.
- Pavelcu, Vasile, (1970). *Invitație la cunoașterea de sine*, București: Editura Științifică.
- Pavot, W., Diener, E. (1993). *Review of the Satisfaction with Life Scale*. Psychological Assessment, June 5 (2), 164 -172.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C.R., și Sandvik, E. (1991). *Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well being measures*. Journal of Personality Assessment, 57, 149-172.
- Păunescu, C., (1983). *Copilul deficient – cunoașterea și educarea lui*, București: Editura Științifică și Enciclopedică.
- Ponea, Simona, (2009). *O lume diferită, o lume la fel - Integrarea socială a persoanelor cu dizabilități locomotorii*, Iași: Editura Lumen.
- Popovici, D. V., (1999). *Elemente de psihopedagogia integrării*, București: Editura Pro
- Seligman, Martin E. P., (2007). *Fericirea autentică*, București: Editura Humanitas.
- Sillamy, N., (1996). *Dicționar de psihologie Larousse*, București: Editura Enciclopedică.
- Suteu, Titus, Fărcas, Victor, (1982). *Aprecierea persoanei*, București: Editura Albatros.
- Taylor, S., Peplau, L.A., Sears, D.O., (1994). *Social Psychology*, Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Turbin, M. (2004). *Dealing with the feelings*, 24.12.2004, www.shhhor/ourmembers.htm.
- Voli, Franco, (s.a.). *Autoestima y vida*, Spania, Madrid: PPC, Editorial y Distribuidora, S.A.
- Vrășmas, Traian, (2001). *Învățământul integrat și/sau incluziv*, București: Editura Aramis.
- Ward, Steven, (1996). *Filling the World with Self Esteem: a Social History of Truth Making*, Canadian Journal of Sociology, nr. 21.
- Weihs, Thomas J., (1998). *Copilul cu nevoi speciale - Elemente de pedagogie curativă*, Cluj-Napoca: Editura Triade.
- Wolfensberger, W., (1983). *The principals of normalization in human resources*, Toronto: National Institute of Mental Retardation.
- www.intrebare.ro/ *Profețiile care se autoimplinesc*. html/ 15.06.2010
- Zamfir, C. Vlăsceanu, L, (1993). *Dicționar de sociologie*, București: Editura Babel.