

STUDIU PRIVIND PERSOANELE CU DIZABILITATI

BONDOC Angelica Loredana¹

Conducător științific: Prof. Dr. Ing. **Cristina MOHORA**

REZUMAT: Obiectivul lucrării de față este acela de a sublinia faptul că starea de bine este esențială pentru o viață normală, persoanele dizabiliate fiind persoane cărora trebuie să li se ofere șanse egale pentru o viață împlinită, atitudinea noastră față de acestea contribuind la imaginea pe care o percep în „oglinzi lor sociale”. Deși alegerile le facem singuri sunt momente în care cursul vieții poate lua o turnură diferită de ceea ce ne-am dorit. În fiecare moment al vieții noastre suntem confrunțați cu dileme, cu alegeri, de toate acestea depinzând cursul pe care îl va lua viața noastră.

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 (Salloum Mioara Maria, 2011).

CUVINTE CHEIE: normalitate, dizabilitate, stare de bine

1. INTRODUCERE

Este demonstrat faptul fericirea este un sentiment pe care îl pot avea persoane din diferite categorii sociale, nu neapărat doar oamenii bogați, frumoși și sănătoși. Care este dreptul la fericire al persoanelor cu dizabilitati sau dizabiliate de societate? In ultima vreme se incearca inlocuirea denumirii de persoana cu dizabilitati cu cea de persoana dizabilitata, luandu-se astfel in calcul si modul in care societatea creeaza conditii corespunzatoare sau nu acestor persoane. Fericirea are numeroase efecte secundare pozitive, duce la experiente bazate pe bucurie, multumire, iubire, mandrie si, in acelasi timp, ne ofera disponibilitatea de a imbunatati anumite aspecte din viata noastra: nivelul de energie, sistemul imunitar, angajamentul fata de munca si fata de semenii nostri, starea de sanatate mentala si fizica (Salloum Mioara Maria, 2011). Asa cum este prezentat si in cartea „Starea de Bine la persoanele cu dizabilitati” a doamnei Salloum Mioara Maria aparuta in anul 2011, atitudinea celor din jurul nostru contribuie la starea noastra de bine.

2. STAREA DE BINE

Demersul porneste de la importanta cuvântului stare de bine, care apare foarte des în limbajul comun. Psihologii s-au ocupat decenii după decenii de emoțiile neplăcute, iar împreună cu neurologii s-au străduit să afle cum apar furia, frica, stările depresive.

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

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 (Salloum Mioara Maria, 2011). 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 corectare a 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 capacitățile, decât să ne luptăm cu slăbiciunile noastre (Salloum Mioara Maria, 2011).

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

STUDIU PRIVIND PERSOANELE CU DIZABILITATI

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 (Salloum Mioara Maria, 2011). 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 conștientă a subiecților (Salloum Mioara Maria, 2011).

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 această corelație, fiind moderată, pentru eliminarea unor potențiale erori, se recomandă utilizarea unor instrumente de măsurare diferite. Astfel s-a considerat că starea de bine este alcătuită 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 putând duce la rezultate gresite (Salloum Mioara Maria, 2011).

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 au propus o „formulă a fericirii”

$$T=F+C+V$$

În această formulă F – reprezintă 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 moștenim un fel de „ghid” care ne îndrumă spre un anumit nivel de fericire sau de tristețe, fiecare dintre noi având un interval prestabilit al tendințelor genetice, un nivel fix de fericire, moștenit, la care revenim. Circumstanțele de viață pot schimba în bine starea de fericire, dar poate fi schimbare dificilă și costisitoare.

În cartea sa, Teoria fericirii, (Jonathan Haidt 2008), 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 este supus organismul, acesta la rândul lui mărinând riscul infarctului sau al comotiei cerebrale. Spre deosebire de stres, sentimentele plăcute stimulează sistemul imunitar, randamentul intelectual, oamenii fericiți fiind mai creativi, mai empatici și mai dispuși să vadă părțile bune din ceilalți, implicându-se mai mult în viața comunității și fiind buni negociatori (Salloum Mioara Maria, 2011).

Fiecare autor sau carte scrisă pe tema fericirii încearcă să ofere cele mai importante idei în atingerea gradului maxim de fericire. 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 optimă” 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”).

În cartea sa «Starea de bine a persoanelor cu dizabilitati» autoarea doamna Salloum Mioara Maria enumerează următoarele întrebări: Fericirea este un drept al tuturor? Și 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 si „normal”? Persoanele cu dizabilități sunt sau nu persoane „normale”? Ce presupune normalitatea?

3. DIZABILITATEA

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 sunt reunite conditiile care se verifică pentru a se putea decide dacă o persoană este dezavantajată în ceea ce privește ocuparea și pastrarea unui loc de munca, situatie 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 pastra echilibrul fara a se sprijini permanent de ceva;
- utilizând cărjele, cadrul de mers, bastonul, proteza sau alte tipuri de ajutoare la mers pe care le foloseste de obicei, nu se poate deplasa pe o distanță de 100 m, fara a se opri sau fără a suferi dureri severe;
- nu-și poate flexa bratele spre spate în timp ce îmbracă o haină sau își introduce camasa în pantaloni;
- nu-și poate misca bratele în față fără dificultate, ca atunci cand da mana cu o alta persoana;
- nu-si poate ridica bratele deasupra capului, ca atunci cand isi pune o palarie;
- din cauza lipsei de dexteritate manuala, nu poate ridica, folosind fiecare mana, o moneda cu un diametru mai mic de 2,5 cm;
- nu este apta sa foloseasca mainile pentru a ridica o cana de 1 litru si sa toarne continutul intr-o ceasca, fara dificultate;
- nu-si poate flexa bratele lateral la 180 grade;
- este in evidenta autoritatilor locale avand calitatea de nevazator sau ambliop;
- nu poate vedea (citi) literele normale tiparite, la o distanta mai mare de 20 cm, chiar cu ochelarii pe care ii poarta in mod obisnuit;
- nu poate auzi soneria telefonului situat in aceeasi camera, cu un aparat auditiv pe care il foloseste in mod obisnuit;
- are dificultati in a auzi ce spune cineva cu voce tare la distanta de 2 m, intr-o incapere unde este liniste, utilizand un aparat auditiv pe care il foloseste in mod obisnuit;
- cand se adreseaza unor persoane pe care le cunoaste bine, acestea au dificultati in a intelege ceea ce li se spune;
- are dificultati in a intelege ce i se spune, cand o persoana cunoscuta ii vorbeste;
- cel putin o data pe an intră în comă ori isi pierde cunostința în timpul orelor de munca;
- are o boala mintala pentru care primeste tratament regulat sub supravegherea unei persoane cu calificare medicala;
- datorita bolii mintale este adesea confuza sau uituca;
- nu poate face operatiile cele mai simple de adunare si scadere;
- din cauza deficientei mintale, loveste oamenii sau distruge bunuri, ori este inapta sa stabileasca relatii sociale normale;
- in mod normal, nu poate avea un program de lucru de 8 ore pe zi timp de cinci zile pe saptamana, din cauza unei conditii medicale ori durerii severe intermitente sau continue;
- ca urmare a unei boli sau unui accident, se afla intr-un proces de reabilitare.

In mod firesc, pentru a se putea contura si realiza obiectivele protectiei sociale speciale a acestei categorii de persoane este necesara cunoasterea a cel putin catorva caracteristici: numar, tipul dizabilitatii, grupare dupa varsta, dupa structura familiei etc. Insa, de cele mai multe ori, datele raman incomplete, desi au ca provenienta mai multe surse:

a) recensamintele generale ale populatiei, cand metodologia prevede inregistrarea persoanelor cu dizabilitati. In aceste cazuri se ridica o serie de probleme tehnice privind colectarea informatiilor cum ar fi 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;

STUDIUL PRIVIND PERSOANELE CU DIZABILITATI

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.

4. EVALUAREA 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 și de mai multe feluri, la fel ca pentru oricare persoană: contactul social, securitate, locuință adecvată, educație, muncă, activități culturale și recreative, nevoia de a fi respectat, nevoia de a alege, nevoia de independență, iar acestea depind și de gravitatea și tipul dizabilității.

Dezvoltarea, integrarea și capacitatea acestor persoane este condiționată de rezolvarea nevoilor lor:

- **sociale:** interrelaționare, respect reciproc, comunicare, implicare activă în viața comunității etc.

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

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

Nevoia și importanța unui loc de muncă pentru o persoană cu dizabilități a fost mai puțin exploatată

în România. Gaston și Phyllis, în cartea lor "Mental health and work: Impact, issues and good practices" precizează rolul pe care îl are munca în dezvoltarea noastră ca persoane, dar și mai important, impactul deosebit în ceea ce privește starea de bine și sănătatea mentală a indivizilor.

Nevoile persoanelor cu dizabilități pot fi:

a) **Medicale:**

- asistența medicală de specialitate și evaluări, periodice;

- tratament;

- acces la alte servicii medicale;

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

- nevoia de siguranță, 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 viața privată, la familie, sănătate, protecție socială, educație, liberă circulație.

4.1 Definițiile adoptate de Organizația Mondială a Sănătății

Căutarea unei definiții a persoanelor cu handicap care să fie în același timp riguroasă și să nu stigmatizeze a constituit obiectul preocupărilor unui număr mare de cercetători. Printre aceștia s-a remarcat P. Wood care a formulat propuneri de reconceptualizare acceptate ulterior prin consens de Organizația Mondială a Sănătății în anul 1980 și a utilizat trei concepte distincte:

- **infirmitatea sau deficiența** ("impairment") care desemnează orice pierdere, anomalie sau dereglare a unei structuri sau a unei funcții anatomice, fiziologice ori psihice. Prin acest termen se descrie perturbarea la nivelul unor membre, organe sau a altor structuri ale organismului, ca și la nivelul funcțiilor psihice. Conceptul este operational la nivelul sistemului „organism”. Iată câteva exemple de formulări care au fost utilizate pentru realizarea unor cercetări și recensăminte: „lipsa vederii”, „ambliopia”, „surzenia”, „mutismul”, „paralizii ale membrilor”, „amputații ale membrilor”, „întârzierea mintală”, „deficiența de vorbire” etc ;

- **incapacitatea sau dizabilitatea** („disability”), care desemnează orice reducere, lipsa ori pierdere (rezultând dintr-o deficiență) a aptitudinii de a

desfasura o activitate in conditiile considerate normale pentru fiinta umana. Dizabilitatile sunt descrieri ale perturbarilor la nivelul persoanei, al personalitatii, ilustrând limitarea functionala sau restrictia in activitate (de durata) cauzate de o deficienta. 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 pe aceasta sa indeplineasca 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 deficienta sau dizabilitate, rol care o plaseaza ca dezavantajata comparativ cu alte persoane. Dezavantajele apar si se manifesta in cadrul interactiunii persoanei cu mediul 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 persoanelor cu deficienta 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.

4.2. Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF)

În analiza nevoilor persoanelor cu dizabilități este importantă 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, ținând cont de factorii de mediu și cuprinzând 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 fiind 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 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 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 contextuali 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 si/ sau barierele existente in mediul fizic și social se refera, printre altele, la:
- produse și tehnologii care asistă persoana în viața de zi cu zi: orteze, proteze;

STUDIU PRIVIND PERSOANELE CU DIZABILITATI

- 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, atitudinile 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.

Deși handicapul este o realitate care se manifesta în cadrul oricărei 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 problema 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, domeniile 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. În schimb, 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 aproape necunoscute.

În România, modelul de abordare a handicapului era unul individual, strict 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, intervențiile nu se puteau orienta decât la același nivel.

Atât segregarea generată de modul în care era concepută educația specială, cât și faptul că mulți dintre copiii cu dizabilități rămăneau în afara sistemului de învățământ erau de natură să genereze și să întărească anumite credințe, mentalități, prejudecăți referitoare la potențialul lor fizic și intelectual. Personalul medical, cel din învățământul obișnuit, părinții copiilor cu deficiențe și publicul în general considerau că asemenea copii au un potențial scăzut, că șansele lor de participare la educație, la munca și la viața socială obișnuită ar fi diminuate sau chiar inexistente, argumente care pledau pentru un tratament special. Tendința generală de nuclearizare a familiilor a redus semnificativ posibilitățile de îngrijire la domiciliu a copiilor cu handicap, în condițiile în care statul își lărgea oferta de instituții speciale. Dacă într-o familie largită responsabilitatea îngrijirii unei persoane cu deficiențe revenea celor mai mulți membri ai acesteia, într-o familie de tip nuclear, această responsabilitate revine cu precădere femeii (ca mama, ca soție).

Familiiile cărora le aparțineau copiii cu handicap nu beneficiau decât 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 familiile 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 ceea 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.

Informatiile privind programele si serviciile disponibile copiilor cu handicap nu sunt suficient de disponibile familiilor acestora, specialistilor si publicului larg (exemple din interviurile de grup). Exista dovezi ca personalul medical din reseaua de ingrijire primara nu este suficient de pregatit si echipat pentru a raspunde nevoilor copiilor cu handicap. Uneori, depistarea se face tardiv, ca si indrumarea catre serviciile adecvate, ceea ce reduce semnificativ sansele unei interventii precoce si ale reabilitarii. Ar fi necesare programe concepute si realizate de echipe multidisciplinare destinate depistarii, evaluarii si tratamentului deficientelor.

Protectia speciala din Romania trebuie comparata cu tendintele pe plan international conturate de diferite documente: Declaratia de la Salamanca privind educatia speciala, Regulile standard privind egalizarea sanselor pentru persoanele cu handicap.

Analiza nevoilor familiilor care ingrijesc un copil cu handicap releva o serie de disfunctionalitati generate de unele tipuri de prestatii si beneficii (asigurare medicala, activitatea asistentilor personali, recuperare, educatie). Interviurile de grup realizate au evidentiat principalele insatisfactii care indica un nivel redus al calitatii vietii atat in ceea ce priveste persoanele cu handicap, cat si familiile acestora cum ar fi:

STUDIU PRIVIND PERSOANELE CU DIZABILITATI

- **Absenta unor programe si a unei retele de centre de depistare si interventie precoce a deficientelor copiilor.** Detectarea precoce a persoanelor cu dizabilitati este pusa in sarcina medicilor de familie, insa, nu exista modalitati de instruire adecvata a personalului medical si paramedical in ce priveste lucrul cu copii cu dizabilitati. Pentru stabilirea unui diagnostic diferentiat si intocmirea unor programe specifice de reabilitare, este necesara existenta unor centre de depistare si interventie precoce cu dotari adecvate din punct de vedere al resurselor umane si tehnice, la care medicii de familie sa poata face apel atunci cand se considera necesar.

- **Lipsa unor medicamente necesare copiilor cu dizabilitati** sau faptul ca multe dintre acestea nu sunt incluse pe lista medicamentelor compensate/gratuite. In plus, procedura de recuperare a banilor platiti pentru medicamentele compensate (daca venitul pe membru de familie este sub un anumit nivel) este greoaie si birocratica.

- **Ordonanta 102/1999 referitoare la protectia speciala a persoanelor cu handicap** ofera cadrul legal cu privire la accesul individual la programe de reabilitare si integrare, insa dezvoltarea unei retele de servicii terapeutice si de reabilitare se afla la inceput. Exista numeroase programe de acest gen initiate de catre organizatiile neguvernamentale, uneori in parteneriat cu autoritatile guvernamentale.

In ultimii ani au fost realizate numeroase proiecte pilot pentru integrarea copiilor cu handicap in invatamantul obisnuit, insa, integrarea scolara nu este intotdeauna suficient de bine pregatita iar resursele mobilizate pentru acest obiectiv sunt limitate. In general, copiii cu dizabilitati severe si profunde au acces limitat la educatie. Uneori, cadrele didactice din invatamantul obisnuit refuza sa accepte in clasele lor copii cu handicap. De asemenea, sunt frecvente atitudinile ostile din partea parintilor copiilor „normali” fata de integrarea copiilor cu handicap in clasele obisnuite. Un alt obstacol pentru integrare il constituie lipsa serviciilor de sprijin in scolile obisnuite in care sunt integrati copii cu handicap: logopezi, profesori de sprijin, psiho-pedagogi.

Desi in ultimii ani, in special din initiativa unor organizatii neguvernamentale s-au dezvoltat diferite tipuri de servicii pentru copiii cu dizabilitati, acestea nu sunt suficient de bine cunoscute de catre potentialii beneficiari, de catre

medicii de familie si chiar de catre specialistii care desfasoara activitati cu acesti copii.

Campaniile de informare privind problematica de ansamblu cu care se confrunta cei cu dizabilitati s-au desfasurat indeosebi la initiativa organizatiilor de resort, insa cresterea gradului de constientizare pare a nu fi un obiectiv important la nivelul educatiei si instruirii curriculare a unor specialisti (medici, cadre didactice, personal medical cu pregatire de nivel mediu).

Problemele de aceasta factura au efecte directe asupra calitatii vietii persoanelor cu handicap. Regandirea masurilor de protectie speciala reprezinta atat o necesitate, cat si un mijloc de identificare si valorificare a posibilitatilor de egalizare a sanselor pentru persoanele cu handicap, ceea ce ar avea consecinte nemijlocite asupra nivelului calitatii vietii 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 o persoană normală. Dacă este evident că nu poate folosi mâinile, atingeți ușor persoana pe umăr sau pe braț.

Dacă întâlnești o persoană cu dificultăți de vedere (nevăzător), în primul rând prezinta-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 role, 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 rulant.

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

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 dintre primele reguli atunci când întâlnești o persoană cu o dizabilitate fizică este să nu te uiti stăruiitor la aceasta.
- 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 ești relaxat.

În comunicarea cu o persoană cu dizabilități, bazează-te pe bunul simț. Tratează-i pe ceilalți așa cum ți-ai dori să fii 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 expresii de genul:

- 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 expresii de genul:

- ala schiopu'';
- pitic;
- mongol;

- handicapat;
- bolnav mintal;
- mut;
- limba innodata';
- parcare pentru handicapati;
- autobuz pentru handicapati;

Cum să oferi ajutorul: Exista cateva sfaturi generale care este necesar a fi luate in considerare atunci la intalnirea cu o persoana 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;
- Nu fii jignit dacă nu este necesar 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 role 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 faptul că un telefon este la înălțime redusă pentru utilizatorii de scaune cu roțile. Accesibilizarea 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.

STUDIU PRIVIND PERSOANELE CU DIZABILITATI

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: vizita unui obiectiv turistic, a unei expoziții 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, a expresiilor acestora, acțiunilor, costumelor și decorurilor, 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. Vizite cu descriere audio 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.



În ziua de astăzi informația este esențială pentru persoanele cu dizabilități. De exemplu, simbolul ar putea fi utilizat pentru a indica locația biroului de informații sau 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 vizite în limbajul semnelor.

6. 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 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.

6.1. Dizabilitatea și 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 obișnuită (Salloum Mioara Maria, 2011). Educația persoanelor cu dizabilități s-a realizat o lungă perioadă de timp cu precădere în forme segregate, ca educație specială, separată de cea obișnuită. Goffman, (1990) folosește termenul stigmat pentru a se referi la un atribut care discreditează profund, cu referire la un limbaj al relațiilor și 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 oricărui schimbări sociale (Salloum Mioara Maria, 2011). 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 (Salloum Mioara Maria, 2011).

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

STUDIU PRIVIND PERSOANELE CU DIZABILITATI

parcursă 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 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 acesta este acceptat, privit, încurajat sau dimpotrivă, respins, etichetat, brutalizat, putând afecta întreaga viață a micului candidat la fericire, și îl pot condamna la singurătate și suferință.

6.2.Drepturile persoanelor cu dizabilitati/ 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 și masă și pentru însoțitorul copilului cu handicap grav sau accentuat ori al adultului cu handicap grav sau accentuat în unitățile sanitare cu paturi, sanatorii și stațiuni balneare, la recomandarea medicului de familie ori a medicului specialist, asigurate de la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

c) un bilet gratuit de tratament balnear, în cursul unui an, pe baza programului individual de reabilitare și integrare socială și a recomandării medicului de familie sau a medicului specialist.

Persoanele cu handicap au acces liber și egal la orice formă de educație, indiferent de vârstă, în conformitate cu tipul, gradul de handicap și nevoile

educationale ale acestora. Persoanelor cu handicap li se asigură educația permanentă și formarea profesională de-a lungul întregii vieți. Persoana cu handicap sau, după caz, familia ori reprezentantul legal constituie principalul factor de decizie în alegerea formei și tipului de școlarizare, precum și a unității de învățământ.

În cadrul procesului de învățământ, indiferent de nivelul acestuia, persoanele cu handicap au dreptul la:

- servicii educaționale de sprijin;
- dotarea cu echipament tehnic adaptat tipului și gradului de handicap și utilizarea acestuia;
- adaptarea mobilierului din sălile de curs;
- manuale școlare și cursuri în format accesibil pentru elevii și studenții cu deficiențe de vedere;
- utilizarea echipamentelor și softurilor asistive în susținerea examenelor de orice tip și nivel.

În vederea asigurării accesului persoanelor cu handicap în unitățile și instituțiile de învățământ, autoritățile publice au obligația să ia următoarele măsuri specifice:

- să promoveze și să garanteze accesul la educație și formare profesională al persoanelor cu handicap;

- să asigure școlarizarea la domiciliu a persoanelor cu handicap nedepășabile pe durata perioadei de școlarizare obligatorie, precum și pregătirea școlară, indiferent de locul în care persoana cu handicap se află, inclusiv prin cadrele didactice de sprijin/întinerante;

- să asigure accesul la formele de educație permanentă, adaptându-le nevoilor educaționale ale persoanelor cu handicap;

- să sprijine cooperarea dintre unitățile de învățământ special sau de masă cu familia și comunitatea, în vederea asigurării unei oferte educaționale care răspunde nevoilor individuale ale persoanelor cu handicap;

- să sprijine pregătirea cadrelor didactice în vederea adaptării practicilor educaționale pentru elevii cu handicap din grupe sau clase de învățământ obișnuit;

- să asigure posibilitatea practicării unui sport de către orice persoană cu handicap, precum și pregătirea cadrelor didactice în vederea însușirii de către acestea a unor noțiuni medicale și tehnice specifice;

- să asigure servicii educaționale de sprijin pentru persoanele cu handicap și familiile acestora, prin specialiști în 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.

Este foarte important ca persoanele dizabiliate (atat din punct de vedere medical cat si de catre societate) sa fie ajutate in a gasi un rol si un scop in viata de zi cu zi si de a avea o stare de bine corespunzatoare.

BIBLIOGRAFIE

Manea, Livius, (2008). Asistența socială a persoanelor cu dizabilități. www.weebly.com/ 18.01.2010.

Marian, Mihai, Drugas, Marius, Roseanu, Gabriel, (2005). Persective psihologice asupra sănătății si 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, Bucuresti: Editura Fundației

România de Măine.

Maslow, A. H., (2007). Motivație si personalitate, Bucuresti: Editura Trei.

Pavelcu, Vasile, (1970). Invitație la cunoasterea de sine, Bucuresti: Editura Stiintifică.

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., si Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well being measures. Journal of Personality Assesment, 57, 149-172.

Păunescu, C., (1983). Copilul deficient – cunoasterea si educarea lui, Bucuresti: Editura Stiintifică si Enciclopedică.

Ponea, Simona, (2009). O lume diferită, o lume la fel - Integrarea socială a persoanelor cu dizabilități locomotorii, Iasi: Editura Lumen.

Popovici, D. V., (1999). Elemente de psihopedagogia integrării, Bucuresti: Editura Pro Salloum Mioara Maria, (2011). Starea de bine la persoanele cu dizabilitati, Editura Napoca STAR, ISBN 978-973-647-798-0, 274 pag.

Seligman, Martin E. P, (2007). Fericirea autentică, Bucuresti: Editura Humanitas.

Sillamy, N., (1996). Dicționar de psihologie Larousse, Bucuresti: Editura Enciclopedică.

Suteu, Titus, Fărcas, Victor, (1982). Aprecierea persoanei, Bucuresti: 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.

Vrăsmas, Traian, (2001). „Învățământul integrat si/sau incluziv”, Bucuresti: Editura Aramis.

Weihs, Thomas J., (1998). Copilul cu nevoi speciale - Elemente de pedagogie curativă, Cluj-Napoca: Editura Triade.