



Co-funded by the  
European Union



Funded by the  
European Union

Erasmus +



Acreditare numărul: 2021-1-RO01-KA120-ADU-000045996  
Valabilitate: 01.02.2022 – 31.12.2027  
Proiect mobilitati prin Programul Erasmus+  
Nr. referință proiect: 2025-1-RO01-KA121-ADU-000337690  
Durata: 01.06.2025 – 31.08.2026  
Beneficiar: Asociația ELOAH Craiova

## *SUPPORT DE CURS*

# FORME DE ABORDARE A DIZABILITĂȚII. PARTICIPAREA PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI ÎN PIAȚA MUNCII



**MECHE ALINA-MIHAELA**  
**ASOCIATIA ELOAH CRAIOVA**

# CAPITOLUL I

## 1. STUDIUL DIZABILITĂȚII

### Noțiuni generale

Termenul de handicap (dizabilitate) se referă la pierderea sau limitarea posibilității unei persoane de a participa la viața comunității, la același nivel ca al celorlalți membri care fac parte din ea. Persoanele cu handicap sunt persoanele ale căror șanse egale la viața societății le sunt împiedicate de către mediul social neadaptat deficiențelor lor psihice, senzoriale, mentale sau/și asociate și fizice, fiind necesare măsuri de protecție în ajutorul incluziunii și integrării lor.

Organizația mondială a sănătății (OMS), 2004, folosește o clasificare care propune utilizarea unor termeni neutri pentru a preveni apariția etichetării care implică efecte negative asupra vieții persoanelor cu dizabilități, astfel înlăturând termenii cu conotație peiorativă care ar putea duce la stigmatizare și izolare socială. Astfel termenul de handicap este eliminat, folosindu-se spre exemplu expresia *persoană cu o problemă de învățare* în locul sintagmei *persoană cu handicap mintal*.

Dizabilitatea este un cumul de afecțiuni ce țin de condițiile de sănătate, factori care țin de mediu, și factori personali. În ciuda stereotipurilor legate de dizabilitate care leagă această noțiune strict de acele persoane care se află în scaunul cu roțile sau de alte persoane cu anumite probleme legate de simțuri (persoane fără vedere și fără auz), persoanele cu dizabilități sunt diferite. Aceasta presupune atât acel copil care se naște cu anumite afecțiuni congenitale, cât și alte persoane invalide, sau cu probleme psihice. Condițiile legate de starea de sănătate pot fi evidente sau invizibile, pe termen scurt sau lung, dureroase sau nedureroase, statice, episodice sau degenerative.

Statutul de persoană cu dizabilitate este încărcat cu anumite realități legate de nerespectarea drepturilor omului în sensul în care acesta se confruntă deseori cu nedreptăți privind negarea dreptului la educație, muncă, participare politică ca urmare a afecțiunii, lipsă de respect din partea semenilor, abuzuri etc.

În legătură cu dezvoltarea, dizabilitatea poate crește riscul sărăciei iar aceasta din urmă riscul dizabilității. Instalarea sa afectează bunăstarea socială și economică care duce la sărăcie prin afectarea educației, a angajării pe piața muncii, și a creșterii cheltuielilor care vin odată cu apariția dizabilității: copiii cu dizabilități le scad șansele de a putea merge la școală lucru care atrage după sine limitarea șanselor de formare profesională și șanse scăzute de angajare.

Măsurarea dizabilității impune o serie de probleme, întrucât abordările cu privire la aceasta variază în funcție de țări, punându-se amprenta asupra rezultatelor. Măsurile operaționale variază pe baza scopului și punerii în practică a datelor, mentalitatea asupra dizabilității și aspectele dizabilității

ce se examinează. De foarte multe ori tipurile de dizabilitate sunt determinate folosindu-se un singur element al dizabilității, cum ar fi deteriorările de tip senzorial, fizic, intelectual sau mintal, iar în alte condiții acestea includ în aceeași categorie condițiile de sănătate cu dizabilitatea. Condițiile de sănătate cronice cu care se confruntă unele persoane, dificultățile de comunicare și alte dificultăți ar putea să nu fie cuprinse în această evaluare, cu toate că generează mari greutăți în viața de zi cu zi a persoanei.

Pentru stabilirea unei imagini clare a noțiunii de dizabilitate, datele cu privire la toate părțile dizabilității și a factorilor ce țin de împrejurări sunt importante. Stabilirea unei dimensiuni reale este foarte greu de realizat fără a se avea informații cu privire la anumite condiții de sănătate, ce se suprapun cu diverse bariere ce îi afectează pe oameni în viața lor zilnică. Persoane cu aceleași dificultăți se pot izbi de diferite tipuri și grade de limitări, în funcție de împrejurări, comunități și țări: Spre exemplu, mulți copii brazilieni abandonează școala ca urmare a lipsei de ochelari de citit care, în alte țări, sunt disponibili în număr mare.

În România, în baza unei statistici realizate de către Autoritatea Națională a Persoanelor cu Dizabilități în trimestrul al doilea al anului 2017, situația este prezentată astfel: În anul 1992 a fost înregistrat un număr de 74 053 persoane cu handicap, dintre care 8 845 copii și 65 208 adulți, acest număr crescând până în anul 2017 (la 30 iunie) la 788 092, dintre care 61 889 copii și 726 203 adulți. Din acest total 191.802 de persoane sunt cu dizabilități la nivel fizic, incluzând atât copii cât și adulți diagnosticați în toate gradele (I- grav, II- accentuat, III- mediu, IV- ușor), adică 24,34% din totalul persoanelor cu dizabilități. În legătură cu angajarea, dintre aceștia doar 33 832 au un loc de muncă, adică mai puțin de 5% din numărul total al persoanelor cu handicap peste 18 ani.

În situația actuală este vorba nu atât de creșterea numărului de persoane cu dizabilități ci de faptul că aceste persoane au apelat la instituții pentru a putea solicita diferite forme de ajutoare sociale . Înainte persoanele cu handicap alegeau un trai mai izolat din cauza stigmatizării sociale de care se izbeau ca urmare a statutului de persoană cu dizabilitate.

Conform legislației, legea 448/2006 privind protecția și promovarea persoanelor cu handicap, persoanele cu o încadrare într-un anumit grad pot beneficia de următoarele servicii sociale: asistent personal (în cazul persoanei cu handicap grav), asistent personal profesionist (în cazul adultului cu handicap grav sau accentuat care nu dispune de spațiu de locuit, nu realizează venituri sau realizează venituri mai mici de minimul pe economie), centre pentru persoane cu handicap (pot beneficia de servicii acordate în centre de zi sau rezidențiale). Beneficiile sociale pe care le pot obține persoanele cu dizabilități sunt următoarele: copiii cu handicap beneficiază de: alocații de stat majorate cu 100% în condițiile și în cuantumul prevăzut de lege, copiii cu handicap de tip HIV/SIDA beneficiază de o alocație lunară de hrană calculată pe baza alocației zilnice de hrană stabilite pentru consumurile colective din unitățile de asistență socială din sectorul bugetar; în cazul adulților: aceia cu handicap

vizual grav primesc pentru plata însoțitorului o indemnizație echivalentă cu salariul net al asistentului social debutant cu studii medii din unitățile de asistență socială din sectorul bugetar, adultul cu handicap grav beneficiază de indemnizație lunară (acordată pentru handicapul grav sau accentuat), buget complementar lunar (acordat pentru gradul grav, accentuat și mediu). Pentru asigurarea accesului persoanelor cu handicap la mediul fizic, informațional sau comunicațional, autoritățile publice sunt obligate să ia anumite măsuri specifice precum promovarea și implementarea conceptului *Acces pentru toți*, sprijinirea cercetării prin dezvoltarea de tehnologii de informare și comunicare și tehnologii asistive, facilitarea accesului persoanelor cu handicap la acele tehnologii noi, asigurarea accesului la informațiile publice pentru persoanele cu handicap, asigurarea de interpreți ai limbajului mimico-gestual și al limbajului specific persoanelor cu surdocecitate, să proiecteze și să deruleze programe de accesibilitate sau de conștientizare asupra importanței acesteia. Alte drepturi de care pot beneficia persoanele cu dizabilități în domeniul sănătății și recuperării: obținerea unor dispozitive medicale gratuite recomandate pe baza unei evaluări, concedii medicale pentru părintele sau îngrijitorul copilului cu dizabilitate care necesită spitalizare sau tratament la domiciliu, precum și pentru timpul care este necesar recuperării și reabilitării copilului (până la împlinirea vârstei de 18 ani). În ceea ce privește transportul, persoanele cu dizabilități pot beneficia de gratuitate pentru mijloacele de transport în comun, atât pentru cele de suprafață cât și metrou sau interurban, autobuze sau nave în cazul transportului fluvial. Dreptul la transport se acordă atât persoanei cu dizabilitate gravă cât și însoțitorului acestuia (ori asistenților personali).

## **2. Principalele categorii de deficiențe**

Dizabilitatea, starea fizică, psihică sau mentală apărută în urma unor afecțiuni, limitează anumite activități și este determinată de mai mulți factori. Principalele categorii de deficiențe întâlnite sunt:

*Deficiența mentală* reprezintă o problemă destul de des întâlnită în rândul persoanelor cu dizabilități. Aceasta are la bază reducerea capacităților intelectuale și psihice ale persoanei, dereglând reacțiile și mecanismele de adaptare la mediul înconjurător care se află în permanență schimbare. Ca urmare persoana se află într-o situație de inferioritate și incapacitate, tradusă prin a fi ca o stare de handicap în comparație cu ceilalți membri din comunitate. Statisticile OMS arată că în rândul populației infantile, deficiența mentală este întâlnită în proporție de 3-4% (în variate forme și diferite grade).

Indicatorul de dezvoltare intelectuală este reprezentat prin intelligence quotient (IQ).

Unitatea de măsură a coeficientului de inteligență este reprezentată de raportul dintre vârsta mintală și vârsta cronologică (se exprimă în luni). În funcție de aceasta pot fi operate nouă categorii: inteligență extrem de ridicată (peste 140), inteligență superioară (120-140), inteligență deasupra nivelului mediu (110-119), inteligență de nivel mediu (90-109), inteligență sub medie (80-89), inteligență de limită (70-79), deficiență mintală ușoară (50-69), deficiență mintală severă sau medie (20-49) și deficiență mintală gravă (0-19). În categoria deficiențelor mentale se încadrează formele cuprinse în intervalul IQ 0-80.

*Deficiența senzorială* este determinată de anumite disfuncții de la nivelul vizual și auditiv care își pun amprenta pe normala desfășurare a vieții persoanei, în special în raport cu mediul. Surdologia și tiflogia se ocupă de studierea deficiențelor de auz și respectiv de vedere.

Depistarea timpurie a tulburărilor auzitive este extrem de importantă pentru evoluția copilului având în vedere posibilitatea apariției muțeniei. (pierderile mari de auz în rândul copiilor mici- înainte de 2-3 ani- duc la apariția muțeniei) Gravitatea ei se răsfrânge prin influențele negative asupra procesului de percepere a sunetelor (necesare formării și dezvoltării vorbirii, limbajului și gândirii). Clasificarea se face în trei categorii, surditate de transmisie, surditate de percepție și surditatea mixtă, iar în funcție de gradul deficitului auditiv se întâlnesc patru tipuri: hipoacuzie ușoară (o pierdere de auz de 20-40 dB), hipoacuzie medie (o pierdere de auz de 40-70 dB), hipoacuzie severă (o pierdere de auz de 70-90 dB) și cofoza, surditatea (o pierdere de peste 90 dB).

În funcție de gradul leziunii optice, deficiențele de vedere sunt alcătuite din: orbirea absolută (fără percepere a luminii), orbirea socială (în care resturile de vedere sunt indeajuns pentru o orientare în spațiu și alterări ale câmpului vizual (până la 5-10 grade). Acestea pot fi congenitale sau dobândite la vârsta mică copilăriei (până în 3 ani), la vârsta preșcolară (3-7 ani), la vârsta școlară mică (3-7 ani) sau după vârsta de 10 ani.

*Deficiențele neuromotorii* sunt acelea care afectează capacitatea motrică a persoanei, neuromotorie și psihomotorie. Dacă acestea sunt asociate cu alte tulburări precum cele mintale iar intervenția sa este una destul de târzie, nivelul de evoluție și de dezvoltare psihofizică a persoanei sunt influențate. Din categoria neuromotorie fac parte bolile genetice și congenitale (Sindromul Down, malformații ale aparatului locomotor-amelii sau ectromelii-, diformitatea sprengel- umărul ridicat congenital-, toracele „în pâlnie” cu consecințe asupra respirației și asupra funcționării inimii, luxația congenitală a șoldului), bolile de creștere (rahitismul, picorul plat, hipotrofia staturală - nanismul-, inegalitatea membrelor, osteocondrodistrofiile, malformațiile coanei vertebrale), sechelele posttraumatice (paraplegia posttraumatică, paralizia obstetricală, alte tipuri de pareze cu origine medulară, reacția icemică a flexorilor degetelor- boala Volkmann), deficiențele osteoarticulare și musculare (traumatisme musculotendinoase, blocări ale mișcării din cauza reacției și fibrozării unui mușchi), și deficiențele preponderent neurologice (boli ale neuronului motor central,

boli ale neuronului motor periferic). Din categoria tulburărilor psihomotorii fac parte tulburările de expresie motrice (sincineziile, paratoniile tulburări de dominanță cerebrală), tulburările care afectează comunicarea motrice (instabilitatea psihomotrice, imaturitatea psihomotrice, inhibiția psihomotrice, astenia psihomotrice), tulburările de realizare motrice (apraxia, disgrafia), tulburările de schemă corporală, tulburările de structură spațială și orientare temporală și tulburările de lateritate.

*Tulburările de limbaj* pot fi cauzate de afecțiuni de natură organică, funcțională, psihologică sau educațională care acționează asupra copilului în perioada în care limbajul se dezvoltă. Acestea reprezintă disfuncții ale recepționării, înțelegerii, elaborării și realizării unei comunicări scrise și orale, și sunt împărțite în tulburări de pronunție (dislalia, rinolalia și disartria), tulburări de ritm și de fluentă a vorbirii (bâlbăiala, tahialia, bradialia, logonevroza, aftongia, tulburări pe bază de coree), tulburări de voce (afonia, disfonia, fonastenia), tulburări ale limbajului scris-citit (dislexia-alexia, disgrafia-agrafia), tulburări polimorfe (afazia, alalia) și tulburări de dezvoltare a limbajului (mutism psihogen- electiv sau voluntar-, întârziere în dezvoltarea generală a vorbirii).

*Tulburările de comunicare și relaționare- autismul-* pot fi asociate, sau nu, cu deficiențe de intelect. Autismul infantil precoce este un sindrom patologic ce apare în copilărie și se caracterizează printr-o lipsă de interes față de ceilalți, o lipsă de răspuns social, dificultăți de comunicare și de limbaj, incapacitate de dezvoltare a unui atașament normal și prin răspundere în moduri bizare la stimulii externi. Cauzele care declanșează apariția acestor tulburări nu se cunosc deși se presupune că există o predispoziție ereditară în această direcție ori un set de factori care acționează la nivelul creierului determinând afecțiuni.

### **3. Metode și tehnici de intervenție**

În abordarea handicapului există două direcții. Asupra acestei probleme se poate discuta din perspectiva a două modele: modelul individual, legat de partea medicală (se consideră că persoanele cu handicap au dificultăți ca urmare a inferiorității psihologice și biologice) și cel social care se axează pe neadaptarea mediului social care este generator de dificultăți în cazul persoanelor cu handicap. Dintre acestea două, modelul dominant este cel individual. Ipoteza implicită a acestuia are la bază ideea că din momentul apariției deficienței apar și alte probleme la nivel psihic, pe lângă afectările organismului.

La baza modelului individualist se află teoriile care poartă același nume, care afirmă că individul este format de pe urma evenimentelor pe care le trăiește. Modelul social intervine prin mutarea atenției de la limitările psihice și fizice ale unor persoane la limitările care sunt impuse de către anumite grupuri sau categorii de persoane.

Multă vreme persoanele care sufereau de un anumit tip de handicap primeau îngrijire în cadrul

familiei, fără a le fi negată apartenența la colectivitate. Societatea reacționa față de aceste persoane pe baza principiilor morale și religioase, dar în urma apariției capitalismului aceste persoane au devenit beneficiare de o atenție *specială*. Astfel principalele opțiuni cu privire la îngrijirea persoanelor cu dizabilități se învârt în jurul instituționalizării, dezinstituționalizării, non-instituționalizării, normalizării, reabilitării bazate pe comunitate și îngrijirii în comunitate.

Ca urmare a faptului că aceste persoane erau vazute ca fiind diferite, se considera favorabil crearea unor facilități *speciale* cu scopul de a li se reduce dezavantajele: educația, locul de muncă și alte facilități erau de natura specială. Ca urmare, cea mai adecvată formă de a răspunde acestor probleme era instituția. Până în jurul anului 1960 existau argumente care susțineau că instituționalizarea era cea mai adecvată formă de îngrijire, printre care faptul că era adaptată condițiilor persoanelor cu dizabilități, fapt care a generat apariția unei anumite competiții între familie și instituție, câștigată de către aceasta din urmă. Însă pe măsura trecerii timpului a devenit tot mai clar și mai evident faptul că acestea întâmpină anumite limite, printre care crearea unui mediu artificial prin atribuirea statutului de *special*, mult diferit de cel existent în comunitate, care nu provoca decât menținerea unei dependențe.

Dezinstituționalizarea a apărut ca opțiune după anul 1970 și semnifică reducerea acelor aflați în îngrijire de tip instituțională (rezidențial), vizând transferul lor către unități de talie mai redusă, dar și opțiunea renunțării la măsura îngrijirii pe termen lung.

Non-instituționalizarea semnifică decurajarea oricărei forme de instituționalizare. Argumentele care încurajează această intervenție sunt legate de efectele comportamentale negative induse de instituționalizare, demonstrate de studii. Informațiile acumulate au condus la ideea că cea mai adecvată formă de îngrijire a persoanelor cu handicap are loc în programele bazate pe comunitate, care promovează traiul obișnuit de viață. Avantajul acestei variante este evitarea efectelor instituționalizării (stigmatizare, excludere, etichetare) și implicarea persoanelor din comunitate în îngrijirea lor.

Normalizarea desemnează un principiu cultural și moral general, iar acest concept a apărut pentru prima dată în Scandinavia, ulterior influențând serviciile oferite persoanelor cu handicap. Prima formulare a conceptului apare ulterior în Danemarca, în Legea privind retardul mintal care avea ca obiectiv al serviciilor speciale crearea pentru persoanele cu retard o existență cât mai apropiată de condițiile obișnuite de viață. Principiul normalizării pune în prim plan obiectivele, standardele de tratament și procesul de integrare, oferind un ghid practicilor profesionale.

Reabilitarea bazată pe comunitate, apărută în aria dezinstituționalizării, are ca obiectiv implicarea comunității prin responsabilitatea privind reabilitarea persoanelor cu handicap, bazându-se pe principiul întraajutorării.

## CAPITOLUL II

### 2.1 Atitudini față de persoanele cu dizabilități de-a lungul istoriei

Persoanele cu dizabilități au existat dintotdeauna, iar de-a lungul timpului atitudinea socială față de aceștia a trecut prin numeroase schimbări, un prim element de la baza schimbării constituindu-l continua dezvoltare a conștiinței sociale caracteristice fiecărui moment istoric în parte: ca urmare, în antichitate, persoanele care sufereau de o anumită dizabilitate erau doar elemente generatoare de milă, dacă nu erau chiar omorâte pe considerente religioase, lucru ce în zilele noastre nu mai are loc sub nicio formă. Astăzi persoanele cu dizabilități ocupă un loc important în societate, existând o luptă din ce mai mare pentru libertățile și drepturile lor.

În anumite informații existente dinaintea de anul 2000 î.Cr. rezultă faptul că nașterea de copii cu dizabilități avea rol de prezicere a unor evenimente din viitor. Spre exemplu profeții vremurilor respective aveau liste cu semnificația fiecărei deformație la naștere și ce aceasta reprezenta. Într-un poem sacru antic, Rig-Veda, scris între 3500 și 1899 î.e.n, în care se relatează povestea reginei Vishpla care în primă fază și-a pierdut piciorul într-o luptă dar care ulterior se întoarce după ce și-a pus o proteză de fier, se consideră că ar fi vorba despre o primă înregistrare a unei proteze (Millington, 2006).

În civilizațiile antice, cultul corpului frumos și-a pus profund amprenta în abordarea dizabilității. Spre exemplu, în legile grecești exista o lege în care se specifica că până la 7 zile noul născut nu este chiar un copil, motiv pentru care acesta putea fi ucis fără muștrări de conștiință. Chiar Aristotel era cel care sfătuia ca cei imperfectă să fie eliminați, spunând că cei născuți fără auz devin insensibili și nu sunt capabili de rațiune.

Considerați fiind proprietatea statului, în Sparta copiii născuți cu probleme erau lăsați să moară sau duși la o prăpastie în care erau aruncați numită Apothetae, iar în lumea aztecă, în grădina zoologică regală erau expuși copiii cu deficiențe, care nu trăiau altfel decât mâncând resturi de mâncare și fiind închiși în cuștile lor (Millington, 2006).

În Grecia și Roma antică, o mică problemă de sănătate precum ruperea unui braț, putea să transforme o persoană *normală* într-una cu handicap. Apariția legilor scrise în cultura lor aduce schimbări prin faptul că societatea era obligată conform acestora să-i ajute pe infirmii, mai ales pe aceia care erau afectați în urma războaielor, însă cei născuți cu handicap congenital erau continuați să fie făcuți sclavi sau omorâți.

Însă tot în antichitate sunt aflate primele cercetări și încercări de tratare a diverselor tipuri de deficiențe prin diverse metode. În vremea lui Constantin cel Mare (307-337), datorită creștinismului recunoscut în Imperiul Roman, față de persoanele cu dizabilități se modifică atitudinile sociale, impunându-se astfel conceptul de milă și de toleranță. Înaintând în istorie, se observă cum în anii 700

apar pentru prima dată azile pentru aceia cu dizabilități mintale, construite fiind de către arabi în Bagdad, Cairo și Fez, considerând boala mintală ca fiind o inspirație divină, total opusă ideii de a fi demonică în sine (Millington, 2006).

În Evul Mediu, ca urmare a carității și milei încurajate de creștinism, persoanele cu dizabilități au fost îngrijite în azile ce aparțineau Bisericii.<sup>53</sup> Tot în acea perioadă epilepsia era văzută ca având la bază cauze demonice. În secolul XV mulți oameni au fost omorâți în Europa pe baza acuzațiilor de vrăjitorie, iar cei mai mulți dintre aceștea erau femei cu dizabilități sau mame ale căror copii erau cu dizabilități. Persoanele cu probleme mintale și cu handicap, în viziunea lui Luther și a lui Calvin erau ca niște fii ai diavolului posedați, iar pentru a îl scoate pe cel rău din ei aveau parte de tratamente crude: erau puși în lanțuri și bатуți cu biciul. Mai mult, ca urmare a faptului că erau vazuți ca fiind în legătură cu diavolul, erau vânați cu haitele de câini, iar condițiile lor de cazare în ospicii erau înspăimântătoare.

Două secole mai târziu, condițiile de trai ale acestora nu aveau să se schimbe prea mult. Erau separați de către cei *normali* și ținuți în instituții speciale cu scopul de a fi protejați, dar și cu intenția ca și societatea la rândul ei să fie protejată de ei.

Epoca modernă bifează dezvoltarea primelor griji cu privire la educarea copiilor cu dizabilități. Apariția primelor școli pentru nevăzători a avut loc în Anglia începând cu anul 1791. Se pare că inițiatorul a fost Itard, un medic francez, care a avut interesul de a educa un copil sălbatic ce a fost descoperit în pădurile Aveyron, iar tehnicile dezvoltate de către acesta au fost preluate și dezvoltate mai târziu de către Séquin, fondatorul primei școli din lume ce avea ca scop educarea deficienților mintali gravi, în 1873 la Paris. Acesta a fost momentul în care școlile speciale au început să se dezvolte.

În ce privește situația educațională din România a copiilor cu deficiențe, primele instituții au apărut în secolul XIX. Astfel în anul 1864 se deschide școala pentru surzi din Focșani, iar mai târziu, la începutul secolului XX, în anul 1901 se deschide școala pentru nevăzători din Focșani, și în anul 1918 școala pentru deficienți mintali din Cluj-Napoca.

## **2.2 Abordări sociale**

Persoanele cu dizabilități sunt adesea percepute negativ de către persoanele din comunitatea în care trăiesc, rămânând și în vizorul psihologiei populare. Termenii precum *handicapat*, *retardat* sau *invalid* se referă la o pierdere funcțională dar și la o lipsă a integrității. Aceștia contribuie la perpetuarea răspunsurilor negative oferite de către ceilalți participanți, de evitare a persoanelor cu dizabilități, și de manifestare a comportamentelor care au la bază mila, frica, comportamente dăunătoare, sau de protecție excesivă.

Modul în care sunt percepute persoanele cu deficiențe motorii, care de altfel folosesc fotolii rulante, a fost investigat de către Paicheler și colaboratorii într-un studiu, iar rezultatele lor au demonstrat faptul că cea mai mare parte a persoanelor participante consideră că persoanele cu deficiențe motorii sunt introvertite și anxioase, pe când cealaltă parte a grupului investigat e de părere că acestea sunt raționale, calme și controlate. Într-un alt studiu la care de aseastă dată au participat persoane profesioniste din domeniul reabilitării (ergoterapeuți, medici, kinetoterapeuți) s-a observat că reprezentările acestora nu diferă foarte mult de cele observate în studiul anterior: persoanele cu dizabilități au fost grupate în două categorii, în persoane care și-au putut depăși dizabilitatea și în persoane care nu au putut face acest lucru. Acest lucru transmite ideea că se consideră că există doar un mod de adaptare și anume depășirea handicapului.

Această reprezentare majoritară este folosită ca în cazul unei persoane care nu este adaptată. Reprezentările sociale pozitive precum spontaneitatea, încrederea de sine, lipsa grijilor care sunt folosite în mod normal pentru a descrie persoanele fără deficiențe nu sunt deloc atribuite persoanelor cu deficiențe motorii în scaune rulante.

Ca orice reprezentare socială, și cele ale dizabilității au influențe asupra modului de relaționare dintre persoane și obiectul reprezentării. Concepțiile normative legate de noțiunea de a fi normal influențează apariția unei reprezentări a lipsei de normalitate, inadaptări sociale, incapacități și dificultăți sociale ce țin de persoanele cu dizabilități, ce se pot prelungi până la stigmatizarea acestora.

În ce privește atitudinea membrilor comunității din perspectivă istorică față de persoanele cu dizabilități, aceștia i-au perceput ca aparținând unui grup cu putere limitată, fiind supuse discriminării. Pe măsură ce se înaintează către momentul prezent se observă o evoluție a atitudinilor persoanelor din comunitate către toleranță sau acceptare, dar cu toate acestea există și oameni care au concepții greșite sau comportamente discriminatorii față de persoanele cu dizabilități.

De cealaltă parte se observă acele persoane care abordează o atitudine pozitivă față de persoanele cu dizabilități manifestându-se prin comportamente *drăguțe* și prin intenția de *a fi de ajutor*. Însă din punctul de vedere al persoanelor cu dizabilități o atitudine pozitivă înseamnă renunțarea la conceptul și la categoria dizabilității.

Factorii care influențează formarea atitudinilor față de persoanele cu dizabilități sunt nivelul socio-economic, reședința (mediul urban sau rural), statutul marital, nivelul educațional, naționalitatea, vârsta, genul, și experiența avută cu persoanele cu dizabilități. În urma unui studiu realizat în 1999 de către Tak-fai Lau și Cheung, s-a observat faptul că persoanele tinere au mai puține atitudini care să ducă la discriminare în comparație cu persoanele în vârstă. Motivul îl reprezintă perioada în care persoanele în vârstă au trăit, vreme în care persoanele cu dizabilități nu aveau posibilitatea de a participa la viața comunității fiind situate în spitale. Un alt factor care influențează atitudinea îl reprezintă nivelul educațional; pe măsură ce acesta crește, oamenii sunt mai bine

informați, iar acest lucru conduce la atitudini pozitive.

Problemele sociale au parte de vaste cercetări aplicate în domeniul sociologiei. Există numeroase abordări și perspective ca funcționalismul, teoria devianței, perspectiva biologică, perspectiva schimbului, perspectiva conflictului.

Opinia publică consideră că o problemă socială ia naștere atunci când o situație socială se abate de la normalitatea acceptată și recunoscută de către cei mai mulți, adică de către majoritatea numerică, devenind o amenințare pentru funcționarea normală a societății. Merton și Nisbet (1971) afirmă faptul că în realitate problema socială constă în discrepanța dintre normele sociale și ceea ce reprezintă de fapt realitatea socială. Fuller și Meyers definesc în aceeași parametri problema socială, considerând ca fiind o situație pe care majoritatea indivizilor o consideră deviantă de la normele pe care aceștia le respectă.

Analizând aceste definiții se poate trage cu ușurință concluzia că în societatea românească există numeroase probleme sociale ca sărăcia, abandonul copiilor, abandonul școlar, existența problemelor legate de alte tipuri de vulnerabilitate, problema dizabilității. Există anumite probleme sociale care au fost prezente întotdeauna cum ar fi sărăcia, prostituția, iar altele precum fenomenul copiilor străzii, dependența de droguri, sunt apărute relativ recent. În viața omului mai pot apărea accidentale probleme de tipul șomajului, al lipsei de locuință, dar și altele de lungă durată precum boli incurabile, handicapuri severe.

Orice tip de handicap generează o dramă existențială destul de severă persoanei în cauză, dar și familiei din care aceasta face parte.

Peste un miliard de oameni din lumea întreagă se confruntă cu o formă de dizabilitate, iar dintre aceștia aproape 200 de milioane au grave probleme de funcționare. Numărul de față arată faptul că aceasta nu poate fi ignorată cu ușurință, considerând că populația lumii depășește numărul 7 miliarde, numărul persoanelor cu dizabilități depășind 13%.

Persoanele cu handicap alcătuiesc categoria socială cu un risc crescut de excluziune multiplă din partea societății, iar consecințele sale își pun amprenta pe mai multe niveluri: în ce privește nivelul *individual*, oportunitățile de integrare socială și de a avea acces la resursele comunității sunt limitate. La nivel familial, problema dizabilității se răsfrânge și asupra membrilor familiei care își asumă responsabilitatea de a oferi îngrijire, în acest mod veniturile familiei fiind reduse prin neparticiparea pe piața muncii (iar astfel riscul de sărăcie este creșterea); totodată acest lucru atrage după sine și stigmatizarea familiei de către ceilalți. La nivel comunitar apar probleme odată cu apariția riscului de sărăcie a familiei în cadrul comunității, dar și prin apariția unor tensiuni cauzate de stigmatizarea familiei. La nivel social, problemele care apar sunt observate din punct de vedere economic prin creșterea procentului acelor care nu pot munci, și astfel creșterea procentului acelor asistați social.

## 2.3 Stereotipurile, prejudecățile, discriminarea și stigmatizarea

Termenul stereotip provine din limba greacă și este format prin alăturarea a două cuvinte, stereos care înseamnă puternic, solid și typos care înseamnă imagine, impresie. Noțiunea de stereotip este definită în mai multe moduri de către autorii care au avut o implicație în cercetarea problemei. Definiția acceptată de către cei mai mulți dintre aceștia este aceea că stereotipurile sunt „un ansamblu de convingeri împărtășite vizavi de caracteristicile personale, de trăsăturile de personalitate dar și de comportament, specific unui grup de persoane” (Leyens, Yzerbyt & Schadron, 1994). Pe lângă această parte se alătură aspecte importante legate de modul în care sunt explicate legăturile dintre grup și atributele, dar și motivul de utilizare a stereotipului.

Noțiunea de stereotip îl are pe Walter Lippman ca *inventator* în sensul său socio- psihologic. Acest termen exista încă din 1798 și era folosit în domeniul tipografiei, însemnând turnarea plumbului în forma destinată creerii clișeelor tipografice. Cu trimitere la această procedură, Lippman accentua rigiditatea concepțiilor în special acelor legate de grupurile sociale. Imaginile din minte sunt absolut necesare pentru a cuprinde acele informații emise de către mediul înconjurător, ca urmare oamenii definesc înainte de a vedea și nu văd înainte de a defini.

În funcție de categorii, stereotipurile pot fi legate de sex, naționalitate, vârstă, rasă, etnice, ocupație, orientare sexuală, statut social, mediu de rezidență, probleme de sănătate etc. Acestea reprezintă o generalizare, persoana fiind judecată după grupul din care face parte și nicidecum după caracteristicile sale individuale. De exemplu, câteva cazuri de stereotipuri întâlnite în viața de zi cu zi sunt: bărbații sunt puternici în timp ce femeile sunt sensibile, japonezii sunt muncitori, nemții sunt distanți iar italienii sunt romantici, tinerii sunt nesăbuiți iar bătrânii sunt conservatori, romii nu sunt cinstiți, persoanele cu exces de grăsime sunt leneșe, persoanele cu probleme mentale sunt periculoase iar persoanele cu handicap sunt neajutorate, persoanele care trăiesc la oraș sunt stresate și grăbite în timp ce acelea care trăiesc în mediul rural sunt mult mai sănătoase.

Efectele stereotipurilor sunt prejudecățile și discriminarea. De foarte multe ori persoanele au stereotipuri legate de orice categorie de persoane, inclusiv de acelea cu care nu au avut niciodată ocazia de a avea un contact direct (ex: homosexualii sunt..., oamenii de culoare sunt..., bărbații sunt..., femeile sunt... etc). Conform dicționarului Cambridge, prejudecățile sunt opinii sau sentimente nerezonabile, nedrepte, care sunt formate fără o gândire înseajunsă sau o cunoaștere. Mai mult, declanșează sentimente iraționale de frică, limitând propria opinie despre realitate.

Raportat la forma îmbrăcată, stereotipurile pot fi de două feluri, negative- atunci când din punct de vedere social caracteristicile regăsite în structura lor sunt valorizate negativ, sau pozitive- atunci când din punct de vedere social caracteristicile regăsite în structura lor sunt valorizate pozitiv. În ce privește raportarea la timp, acestea au o mare stabilitate, fiind rezistente schimbărilor; în cazul

unor stereotipuri demontate de dovezi contrare conținutului lor, foarte greu sunt eliminate de la nivelul social.

Consecințele prejudecății sunt emoțiile sau atitudinile negative față de reprezentanții unui grup. Acestea sunt adesea evaluate în funcție de categoria socială care face centrul generalizării: prejudecățile în privința bărbaului sau a femeii este sexismul, ideile preconcepute față de evrei sunt antisemitismul, prejudecata față de indivizii unei alte rase este rasismul (acesta este clasificat în mai multe categorii: rasism clasic- cu adânci rădăcini istorice-, rasism camuflat- atunci când între cele afirmate și comportamentul propriu-zis apare o neconcordanță-, și rasism aversiv- o formă dificil de identificat, persoanele considerându-se fără tendințe rasiste, putând chiar exprima opinii de condamnare a rasismului, dar care comit în mod inconștient acte de discriminare, nu prin defavorizare ci prin favorizarea acelor nu fac parte din categoria *de defavorizat*).

Discriminarea este acel comportament negativ față de oamenii asupra cărora se exercită prejudecăți. Derivată din prejudecată, relația dintre acestea două este una complexă și nu neaparat automată. Comportamentul depinde de credințele proprii și de circumstanțele exterioare, dacă pot scăpa de sub control. La fel ca și în cazul prejudecății, aceasta poate fi de mai multe feluri: discriminare directă, când tratamentul dezavantajat este direct îndreptat împotriva unui anumit om pe baza unui motiv (sex, categorie socială- persoanele cu handicap sunt cele mai discriminate categorii sociale-), discriminare indirectă, când comportamentul nefavorabil este îndreptat către un grup, și discriminare structurală, atunci când un drept este încălcat ca urmare a unui sistem social prost organizat.

Discriminarea atrage după sine stigmatizarea. Stigmatul este orice atribut, semn fizic sau social care afectează imaginea și valoarea unei persoane, ce duce la neacceptarea (sub orice formă) din partea societății. Goffman, în a cărui discurs sociologic se regăsește conceptul de stigmat și stigmatizare, afirmă că cel mai mare efect al stigmatului constă în reducerea șanselor vieții persoanei stigmatizate sub efectul acțiunilor discriminatorii. Autorul a identificat trei categorii de stigmat: diformități fizice (desfigurări faciale, membre lipsă), slăbiciuni sau defecte de caracter (dependențe de substanțe, lipsă de voință, dominația instinctului, comportament psihotic), apartenența la diferite grupuri deziderabile. Punctul comun al acestora este reprezentat de faptul că se atrage atenția celorlalți în momentul în care o persoană cu o astfel de trăsătură intră în contact cu alte persoane.

Prin stigmatizare, omul trece de la statutul inițial la unul de marginal. Lucrul acesta îl împiedică să facă față marginalizării, și ca urmare își pierde încrederea în propriile forțe. Mai mult, ajunge să accepte ideea că diferențele dintre el și ceilalți sunt negative și astfel acceptă că merită un tratament inechitabil.

Așadar, stigmatizarea vizează de cele mai multe ori categoria persoanelor vulnerabile (acele persoane care din diverse motive nu se pot bucura de aceleași oportunități ca restul persoanelor). În România spre exemplu, din cauza neadaptării spațiilor publice în conformitate cu nevoilor lor,

persoanele cu dizabilități sunt adesea puse în imposibilitatea de a face față singure unor situații, și astfel sunt nevoite să apeleze la ajutorul altor persoane. Văzut ca un eșec de a se integra optim în societate, acest lucru este pus de către ceilalți pe seama unor caracteristici negative, lucru ce generează stigma. Ca urmare situația ajunge să fie văzută din unghiul următor: persoanele cu dizabilități sunt incapabile de a avea o viață independentă, și nicidecum că mediul este neaccesibilizat și că acest lucru le blochează accesul la resursele comunității.

Pentru că slaba accesibilizare limitează accesul acestora la educație și locuri de muncă (școlarizarea este semnificativ mai mică, la fel și procentul acelor care lucrează), acest lucru a dus la creerea stereotipului că persoanele cu dizabilități sunt incapabile de anumite lucruri. Însă dacă acestora li s-ar oferi condițiile necesare, ar putea face mult mai multe lucruri. În acest sens se pot vedea exemplele atâtor personalități care suferă de un anumit tip de dizabilitate dar care au reușit să realizeze lucruri extraordinare (ex: Stephen Hawking diagnosticat cu scleroză laterală amiotrofică, Aimee Mullins –fotomodel, actriță și atlet de performanță- născută cu hemimelie fibulară având ambele picioare amputate de la vârsta de un an, Eduard Novak -ciclist- câștigător de medalii de argint și aur având un picior amputat din cauza unui accident de mașină).

În cazul persoanelor cu probleme de sănătate mentală, termenul folosit în limbajul comun cel mai des pentru a o descrie este acela de *nebun*. Aceasta este poate una dintre cele mai stigmatizante probleme. În raport cu problema mentală, încă din Evul Mediu se vede o dorință ca persoanele afectate să fie ținute cât mai departe de societate, expulzate fiind prin diferite mijloace. Tendința de ascundere se poate observa și astăzi cu toate că există acțiuni puternice împotriva acestora. Conform unui sondaj realizat au reieșit următoarele: 57,7% dintre oameni nu ar fi de acord să aibă prieteni apropiați cu probleme de sănătate mentală, 60% dintre oameni nu ar avea încredere într-o astfel de persoană, 75,5% dintre români nu ar fi de acord ca o persoană care a suferit de o boală mentală dar care s-a vindecat să fie cadru didactic într-o școală, 65,4% dintre persoanele respondente au afirmat că nu respectă o persoană care a fost într-un spital de psihiatrie, iar în ce privește angajarea, 65,2% cred că firmele sau companiile ar prefera pe altcineva în locul unei persoane care a suferit la un moment dat de o boală mentală. Ca urmare a statisticilor, se poate observa că există o teamă față de aceste persoane, teamă care are la bază lipsa de cunoaștere. La fel ca în acest caz, și în cazul altor tipuri de dizabilitate necunoașterea generează discriminare.

Cele mai întâlnite stereotipuri și prejudecăți față de persoanele afectate de o boală mentală sunt: „bolnavii mentali sunt periculoși” - în realitate numărul violențelor comise de acestea nu este mai mare decât cel al celorlalte persoane; „oamenii trebuie să fie închiși în spital dacă au nevoie de îngrijire psihiatrică” - de fapt, datorită medicației și a programelor sociale pot duce o viață normală în comunitate; „o persoană cu boală normală nu poate ajunge niciodată normală” - o persoană se poate recupera după un episod de boală. Ba mai mult, sunt persoane care nu au avut decât un astfel de episod

dar care sunt nevoite să lupte toată viața cu stigmatizarea; „oamenii cu tulburări psihice nu își pot păstra locul de muncă” – în realitate aceștia pot fi angajați excelenți.

## **CAPITOLUL III**

### **ANGAJAREA PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI**

#### **3.1. Situația în România**

Una dintre cele mai sigure modalități de integrare socială este implicarea în piața muncii. Numărul mic al persoanelor cu handicap care sunt integrate pe piața muncii în România este ușor de observat conform datelor statistice transmise de către Autoritatea Națională a Persoanelor cu Dizabilități.<sup>71</sup> Legislația actuală, cu referire la legea 448/2006, încurajează integrarea acestora în muncile din comunitate.

În anul 2006, în momentul în care a fost promulgată legea, pentru încurajarea angajării persoanelor cu dizabilități pe piața muncii erau prevăzute următoarele: beneficierea de orientare profesională, posibilitatea privind formarea profesională prin participarea la programe de inițiere, calificare, perfecționare și specializare (responsabilitatea revenind autorităților publice). În funcție de gradul de handicap, conform pregătirii profesionale și a capacității de muncă, acestea pot fi încadrate în muncă. În ceea ce privește angajatorii, autoritățile și instituțiile publice, persoanele private, juridice sau publice care au cel puțin 50 de angajați trebuie să angajeze un procent de 4% persoane cu handicap din numărul total de angajați. Dacă acest lucru nu este îndeplinit, există obligația de a se achita în fiecare lună către bugetul de stat jumătate din salariul minim brut pentru fiecare om cu handicap care nu este angajat, fie de se cumpăra servicii sau produse de la unitățile protejate autorizate (UPA) în valoarea sumei care ar fi trebuit redirecționată către bugetul de stat în cazul neangajării persoanelor cu dizabilități.

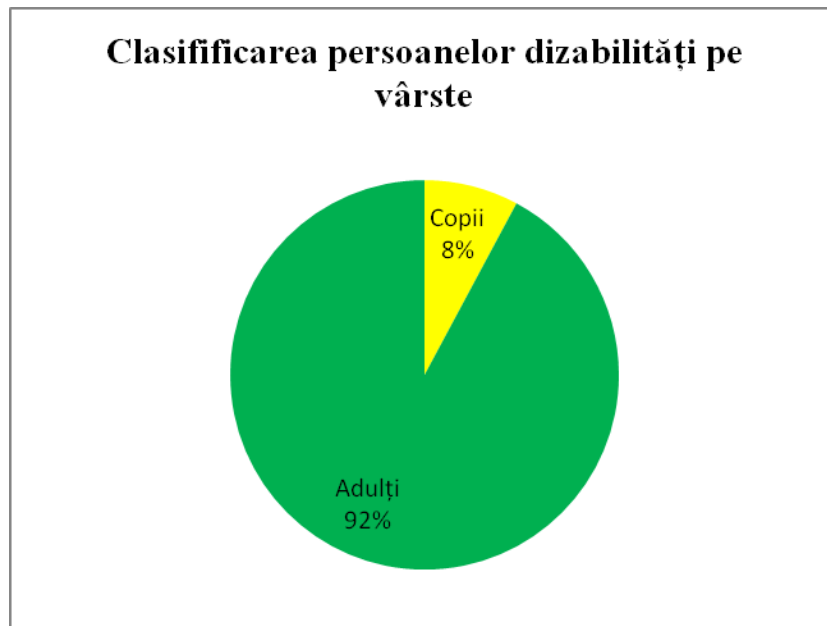
Prezentei legi i-au fost aduse completări în luna august 2017 și implică de asemenea obligația autorităților și instituțiilor publice, persoanelor private, juridice sau publice de a angaja la un număr de 50 de angajați 4% persoane cu dizabilități, făcându-se următoarele modificări: neangajarea persoanelor cu handicap obligă achitarea către bugetul de stat a unei sume egală cu salariul de bază minim brut înmulțit cu numărul de persoane cu handicap care ar fi trebuit angajate (în momentul de față fiind 1900), excluzându-se posibilitatea de a achiziționa de la unitățile protejate autorizate

produse în valoarea sumei care trebuie achitată

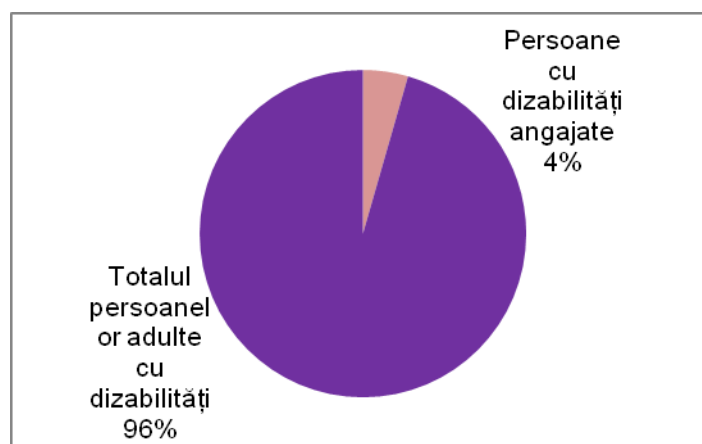
către bugetul de stat. Această schimbare legislativă are ca obiectiv mărirea gradului de integrare în muncă și creșterea responsabilităților angajatorilor.

Conform ANPD, statisticile privind numărul persoanelor cu dizabilități în România, la data de 30 iunie 2017, arată următoarele:

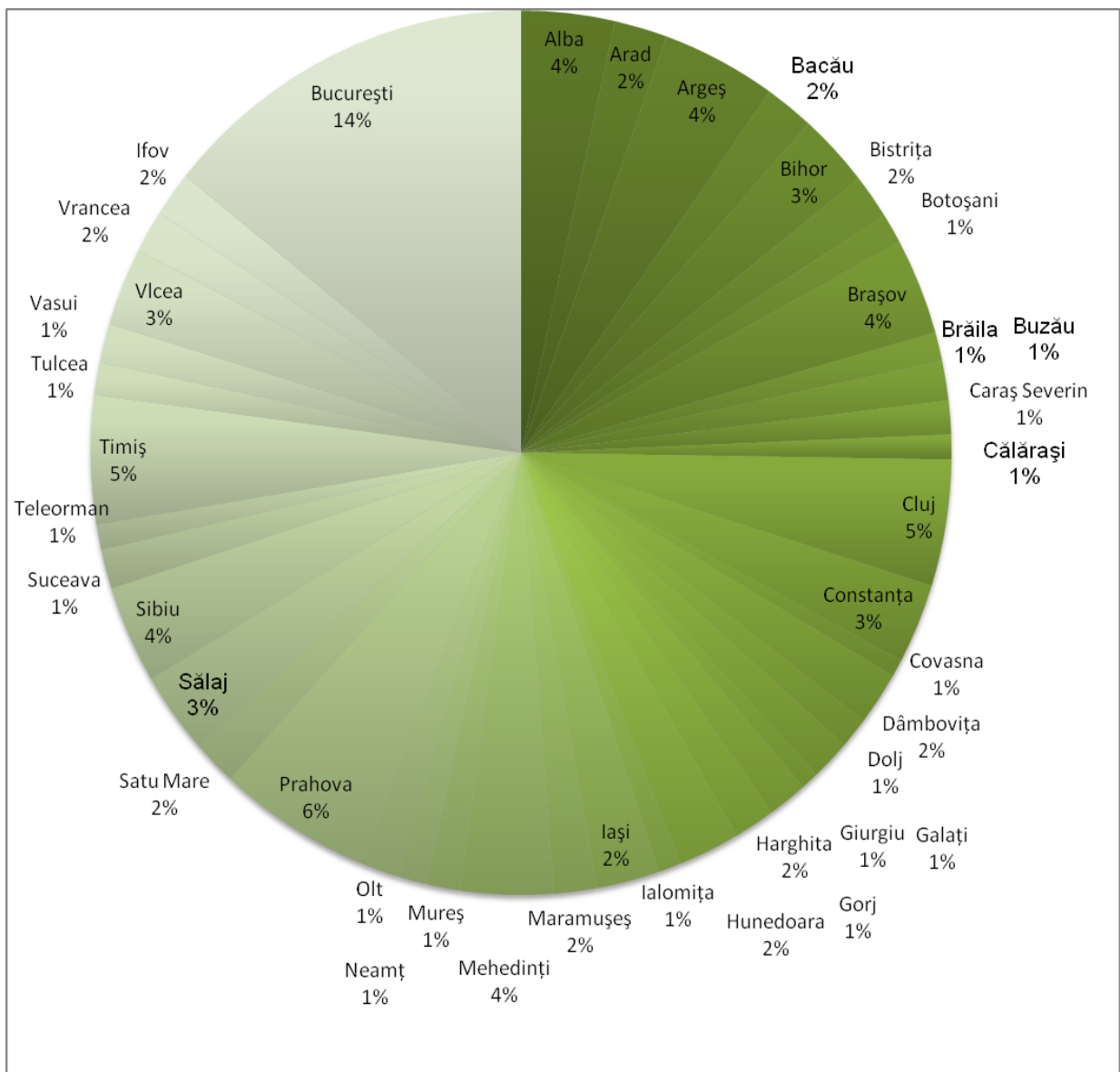
a. Numărul adulților este de 726967 iar cel al copiilor 61889.



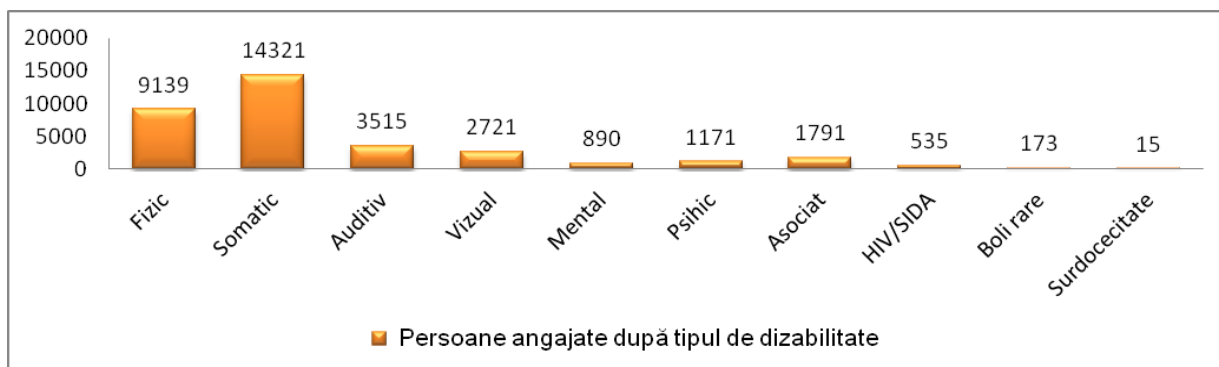
b. din numărul total al persoanelor adulte cu dizabilități, numărul celor care sunt angajate este de 33 882



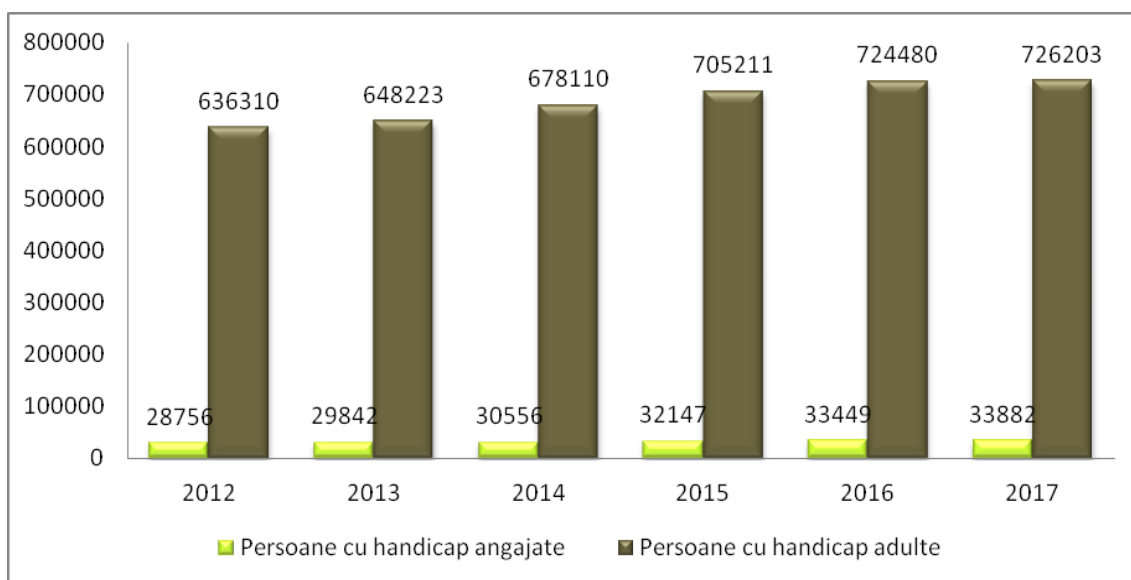
c. cea mai mare parte a persoanelor cu dizabilități angajate se află în București:



d. angajarea în funcție de tipul de afecțiune:



Evoluția ratei de ocupare în muncă a persoanelor cu dizabilități în România nu a fost niciodată analizată până în anul 2002, ca urmare a faptului că aceasta nu reprezenta un obiect al politicii de abordare privind nevoile speciale. La sfârșitul anului 2004, pe 31 decembrie, conform statisticilor ANPD erau angajate 11 872 persoane, cunoscând o creștere până în anul 2017, aflându-se în directă proporționalitate cu creșterea numărului de persoane cu dizabilități.



În România, recunoașterea persoanelor cu dizabilități de către sistemul de protecție socială a avut loc abia în anul 1990, după căderea regimului comunist, luând ființă astfel Secretariatul de Stat pentru Handicapați, promovând legi privind protecția specială și încadrarea în muncă (H.G. 1100/1990, Legea 53/1992 și Legea 57/1992). Astfel în perioada comunistă îngrijirea persoanelor cu deficiențe se făcea strict în instituții, iar în legătură cu condițiile de îngrijire ale acestora din anii '80 se întâlnesc numeroase imagini dramatice în mass-media.<sup>76</sup>

### 3.2. Formarea profesională și ocuparea

Conform unui studiu realizat de către Societatea Academică din România (SAR) în anul 2009 cu referire la ocuparea în muncă a persoanelor cu dizabilități, a reieșit că

principalul element care influențează ocuparea persoanelor cu dizabilități este nivelul de educație. Însă problematic este faptul că sistemul educațional din România creează dezavantaje destul de mari pentru acestea. Ca urmare se observă că incidența neșcolarizării este de șapte ori, iar cea abandonului timpuriu, după primele 4 clase, este de două ori mai mare în comparație cu cea a populației generale. La nivelul liceal doar 17,5 % din persoanele cu dizabilități, comparativ cu 31% din media națională, reușesc să-și finalizeze studiile.

În ce privește gradul handicapului raportat la nivelul de școlarizare, pe măsură ce acesta este mai grav șansele de a avea un nivel scăzut de educație cresc considerabil. Totodată un rol important îl constituie și momentul instalării afecțiunii. În categoria acelor care nu au mers niciodată la școală, marea majoritate este alcătuită din persoane care au dobândit dizabilitatea la naștere sau înainte de vârsta școlară.

În școlile profesionale, pregătirea și îndrumarea elevilor cu deficiențe mentale pentru învățarea unor meserii dobândesc caracterul unei preorientări profesionale. Obiectivul principal este reprezentat de dezvoltarea intereselor și a deprinderilor de muncă. Procesul de învățământ reprezintă principala modalitate de educare a intereselor și formării unor deprinderi. Antrenarea acestora în diferite activități practice le va orienta atenția, stimula curiozitatea, și astfel permite consolidarea unor deprinderi generatoare de interese.

În ce privește inteligența este greu de dat o definiție completă întrucât vizează multe calități diferite, care de multe ori nu se înrudesc. Ca de exemplu se presupune că forma cea mai pură de inteligență constă în capacitatea de a rezolva probleme matematice, care se măsoară cu ajutorul testelor IQ. Însă persoanele care rezolvă aceste probleme este foarte posibil să aibă capacități scătute în alte domenii precum sportul, arta, istoria. Tocmai din acest motiv se poate observa că această explicație este insuficientă.

Scorurile obținute la testele IQ influențează rezultatele școlare, motiv pentru care sunt în strânsă corelație cu divergențele economice, etnice sau sociale. Apariția acestor diferențe este determinată de nivelul de reușită educațională.

Munca ocupă pentru mulți dintre noi o parte amplă a vieții în comparație cu alte tipuri de activitate. În ciuda efortului depus pentru realizarea sarcinilor ce țin de ea, reprezintă o serie de numeroase avantaje, iar momentul în care se confirmă cel mai bine cele spuse îl reprezintă aflarea în șomaj și efectele sale. Spre exemplu se pot observa sentimentele generate de ideea că un șomer nu ar mai putea obține niciodată un loc de muncă, ținându-se cont de legătura existentă între a avea un serviciu și stima față de propria persoană ( lucru declanșat odată cu apariția societății moderne).

Chiar și atunci când sarcinile de la serviciu sunt plictisitoare și condițiile neplăcute, munca continuă să fie un element de bază în structura psihologică a oamenilor făcând de asemenea parte din ciclul activităților zilnice ale oamenilor prin caracteristicile sale: bani câștigați sub formă de salariu

(de aceștia depind majoritatea oamenilor pentru asigurarea nevoilor materiale), nivelul de atractivitate determinat de posibilitatea de exersare a calificărilor și competențelor, varietatea prin faptul că oamenii pot realiza lucruri diferite de cele desfășurate acasă, structura temporală ce se stabilește zilnic de către oamenii angajați în jurul programului de lucru (oferă sentimentul unei direcții în activitățile zilnice, pe când cei care nu au un serviciu sunt de părere că plictiseala este o problemă majoră, lucru ce dezvoltă un sentiment de apatie în privința timpului), contactele sociale stabilite la locul de muncă prin dezvoltarea unor legături de prietenie și oazii de a participa la anumite activități împreună cu ceilalți (fără un loc de muncă aceste contacte au tendința de a se restrânge și astfel se reduce cercul de prieteni și cunoștințe), și nu în ultimul rând identitatea personală subliniată de faptul că de obicei munca este prețuită ca urmare a sentimentului de identitate socială pe care o oferă (mai cu seamă entru bărbați, stima față de propria persoană este legată de aportul economic pe care îl are în întreținerea familiei). Astfel se pot observa cu ușurință, pe baza acestei liste, motivele pentru care lipsa unui loc de muncă poate submina încrederea persoanelor în propria valoare.

Atunci când vorbim despre persoane cu dizabilități, motivația este esențială pentru formarea deprinderilor: este o condiție necesară activității omului și este generată de diverse impulsuri, dorințe, aptitudini, interese etc.<sup>81</sup> Aceasta asigură dobândirea unor noi cunoștințe și arată motivul pentru care o persoană să dorească să învețe ceva (un interes pentru o activitate pe baza unei experiențe anterioare plăcute, dorința de autorealizare sau de depășire, dorința de a fi laudat de profesor ș.a.). Tot ea este cea care explică atitudinea activă sau neactivă a elevilor în procesul de învățare.

O formă superioară a motivației este cea intrinsecă, însă aceasta este foarte rar întâlnită la cei cu deficiențe mentale. Aceasta presupune o formă de lungă durată, cu intenție, a unui tip de activitate sau spre anumite forme ale activității. Tot legat de persoanele cu deficiențe mentale (copii și adolescenți) interesele și opțiunile lor profesionale sunt cruciale pentru succesul adaptării într-o instituție ocupațională, afirma M. Silverman. Trăsăturile dezvoltării intereselor profesionale la copii și adolescenții cu deficiențe diferă de cele ale celor fără deficiențe: la ocupațiile cu caracter aventuros, cei cu deficiențe au răspuns mai puțin în comparație cu cei fără (acest lucru poate avea drept cauză experiența timpurie a celor etichetați ca deficienți care au învățat să fie mai prudenți față de cei normali), iar pentru ocupațiile mai practice, care implică un nivel coborât de aptitudine mecanică și utilizarea mâinilor, aceștia au răspuns mai mult. Spre deosebire de cei fără deficiențe, cei cu deficiențe și-au motivat alegerea meseriei cu faptul că „este ușoară”.

Studiul despre motivație a luat naștere la începutul secolului XX când psihanaliștii și behavioriștii au început să trateze subiectul. Aceasta este piatra de temelie a disciplinelor ce vizează resursele umane, iar de aportul cel mai vizibil privind cercetarea motivației a beneficiat psihologia industrială/organizațională.

În literatura românească se găsesc puține informații cu privire la problematica motivației (în

muncă și nu numai), lucru influențat în mare măsură de perioada comunistă în care subiectul nu reprezenta un element important. Însă în ceea ce privește literatura internațională se regăsesc numeroase documente și cercetări. Ca urmare există foarte multe abordări ale motivației în muncă, printre care se numără cele propuse de Campbell, Dunnett, Lawler și Weick în anul 1970, care împart în două clase teoriile: cele de conținut care au la bază întrebarea „ce anume declanșează, susține sau stopează comportamentul motivațional” și cele de proces care vizează identificarea mecanismelor de declanșare susținere sau stopare a comportamentului. Întrucât răspunsul primei întrebări se regăsește în trebuințele și nevoile umane, acestea sunt numite și teorii centrate pe nevoi.

O altă abordare privind motivația este regăsită în cercetările lui Mitchell (1982) care clasifică teoriile care stau la baza acestora în două categorii: teorii ale activării, ce au la bază noțiuni bazate pe nevoi, ierarhizarea nevoilor (piramida lui Maslow), teoria motivație-igienă (Herzberg), teoria x/y (McGregor) și teoria ERD (Alderfer), și teorii ale alegerii ce cuprind: stabilirea obiectivelor (Locke și Latham), teoria echității (Adams), teoria condiționării operante (Skinner) și teoria expectanței (Vroom).

Ronen și Kraut (1982) divizează gruparea factorilor motivaționali în factori intrinseci și extrinseci, însă datorită complexității fenomenului consideră că această clasificare este prea simplă.

Kanfer (1990) propune trei grupe pentru clasificarea teoriilor: teorii de bazate pe nevoie-motiv-valoare, teoriile alegerii cognitive și teoriile autoreglatorii-metacognitive

Barbuto (2001) consideră că există cinci surse ale motivației: procesele intrinseci ce derivă din plăcerea îndeplinirii respectivei sarcini, sursa de tip instrumental ce derivă din așteptarea recompenselor ce pot fi atinse, conceptul de sine extern ce derivă din dorința de îmbunătățire a reputației sau imaginii, conceptul de sine intern derivat din nevoia de a răspunde standardelor interne impuse și internalizarea obiectivelor ce derivă din credințe operternice într-un principiu sau într-o cauză.

Indiferent de elementele care îi stau la bază și de felul în care se manifestă, motivația are efecte atât asupra vieții personale cât și asupra vieții profesionale.

În ceea ce privește școlarizarea, în ciuda promovării educației incluzive, anumite studii privind atitudinea față de integrarea copiilor cu dizabilități intelectuale în școlile de masă au arătat că multe dintre cadrele didactice consideră că această variantă nu reprezintă o alegere bună, deși în ceea ce privește includerea copiilor cu deficiențe motorii sunt de acord (Forlin 1955). Acele persoane care au fost de acord considerau că doar copiii cu dizabilitate intelectuală ușoară să fie integrați în școala de masă, și doar pentru o perioadă de timp.

Atitudinea elevilor fără dizabilitate față de aceia cu dizabilitate intelectuală este de cele mai multe ori una negativă. Între măsura acceptării sociale a colegilor și atitudinile exprimate există o conexiune, în sensul că atitudinile negative duc la limitarea sau chiar la inexistența interacțiunilor

între colegi. Potrivit studiilor, majoritatea interacțiunilor care au loc între aceștia sunt superficiale, și doar foarte puțini dintre acei elevi fără dizabilități își doresc să stabilească relații personale cu elevii cu dizabilități și să mențină legătura cu ei în afara școlii (Siperstein și colaboratorii 2007).

Pe baza stării de sănătate, a educației și a competenței are loc orientarea către alegerea unei profesii. Competența este definită prin capacitatea de pronunție asupra unui lucru pe baza unei cunoștințe profunde a problemei în discuție (competență ca abilitate de a exercita anumite atribuții), și permite rezolvarea situațiilor dificile. Termenul de profesie se referă la acel complex de cunoștințe teoretice aplicate în practică, care definesc pregătirea persoanei.<sup>84</sup>

Competența profesională are la bază ansamblul de abilități de care este nevoie pentru cunoașterea unui domeniu de activitate. Aceasta este urmată de evaluarea performanțelor, care urmărește măsurarea aportului fizic și psihic adus de către oameni în procesul de producție.

Evaluarea competenței profesionale îmbracă mai multe forme atunci când se aplică: capacitatea de a efectua într-un mod optim o activitate specifică –cu sensul de muncă-, conformitate între calitățile persoanei și cerințele postului, și potențialitate, aceasta permitând dezvoltarea altor abilități decât cele existente. Ca reper, se stabilește în funcție de calitatea muncii și ritmul accelerat, respectarea termenelor, implicarea altor abilități deja existente, prezența mai multor elemente create. Noțiunea este una dinamică putând cunoaște o evoluție prin procesul de dezvoltare profesională sau regresie din cauza mai multor factori precum diminuarea abilităților de învățare, neconcordanță între cerințele muncii și propriile posibilități.

Decisivă competenței profesionale este inteligența. Aceasta este măsurabilă cu ajutorul testelor de inteligență. W Stern (1928) afirma că aceasta este „capacitatea generală de a-și adapta gândirea la cerințe noi”, iar Ed. Claparede afirma că este declanșată de „nevoia de adaptare care apare atunci când un individ suferă un dezechilibru față de mediu”. Funcția sa adaptativă a fost scosă în evidență de către J. Piaget care afirma că „intelența este adaptarea mentală cea mai înaintată, adică instrumentul indispensabil al schimburilor dintre subiect și univers”. Aceasta este determinată de procesele interne psihologice ale persoanei care rezultă din dinamicile interindividuale sociale, mai ales cele legate de conflictele sociocognitive (W. Doise și G. Mugny).

## **BIBLIOGRAFIE**

**Alois Gherguț**, *Sinteze de psihopedagogie specială*, Ed. Polirom, Iași 2001

**Maria Constantinescu**, *Competența socială și competența profesională*, Ed. Economică, București, 2004,

**Doru Buzducea**, *Aspecte contemporane în asistența socială*, Ed, Polirom, Iași 2005

**Dr. Hoffman Oscar**, *Sociologia muncii*, Ed. Hiperion, București 1996

**Dumitru Otovescu (coord.)**, *Populația României și resursele de muncă locale*, Craiova, 2006, Ed. Beladi

**Erving Goffman** (1963), *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*, Ed, Publisher Penguin Books, London

**George Neamțu**, *Tratat de asistență socială*, Ed. Polirom, Iași 2003

**Giddens Anthony**, *Sociologie*, 2000, Ed. Bic All,

**Ioan Sima**, *Psihopedagogie specială*, Vol I, Ed. Didactică și Pedagogică R.A. București, 1998

**F. Lazăr**, *Persoanele cu handicap, în Marian Preda (coordonator), Riscuri și inechități sociale în România, Iași, 2009.*