

Contemporary Perspectives on Social Protection in the West Region of Romania

Empirical Research in

Social Work and Sociology

ISSN 2668-3512
ISSN-L 2668-3512

Volume I, Issue 1

June 2019

TIMISOARA, ROMANIA

Empirical Research in Social Work and Sociology
Department of Social Work & Department of Sociology

Editor of the current issue:

Cosmin GOIAN

Phone: (+40) 0744 810 318 / E-mail: cosmin.goian@e-uvv.ro

Address: Blvd. Vasile Pârvan, No. 4, 300233, Timisoara, Timis, Romania

Secretary of the current issue:

Florina Luiza VLAICU

Phone: (+40) 0743 520 678 / E-mail: vlaicu.luiza@gmail.com

Address: Blvd. Vasile Pârvan, No. 4, 300233, Timisoara, Timis, Romania

ISSN 2668-3512

ISSN-L 2668-3512

Editura Universității de Vest
2019

Edited at West University of Timisoara
Department of Social Work & Department of Sociology

Editorial Board

Editor-in-Chief

Cosmin GOIAN, West University of Timisoara, Romania

Deputy Editor-in-Chief

Laurențiu ȚÎRU, West University of Timisoara, Romania

Associate Editors

Monika ALISCH, Fulda University of Applied Sciences, Fulda, Germany

Victor GROZA, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio, U.S.A.

Mona VINTILĂ, West University of Timisoara, Romania

Nicoleta NEAMȚU, Babeș-Bolyai University, Romania

Ulrich PAETZOLD, Brandenburg University of Technology, Cottbus - Senftenberg, Germany

Viren SWAMI, Anglia Ruskin University, Cambridge, UK

Rosella TOMASSONI, Università degli Studi di Cassino, Folcara, Italy

Melania POPA-MABE, University of South Carolina, South Carolina, USA.

Mihai - Bogdan IOVU, Babeș-Bolyai University, Romania

Managing Editors

Dănuț Sorin BĂLĂUȚĂ, West University of Timisoara, Romania

Editorial Board

Dănuț Sorin BĂLĂUȚĂ, West University of Timisoara, Romania

Carmen BĂRBAT, West University of Timisoara, Romania

Andreea BÎRNEANU, West University of Timisoara, Romania

Venera BUCUR, West University of Timisoara, Romania

Simona DABU, West University of Timisoara, Romania

Theofild LAZĂR, West University of Timisoara, Romania

Alexandru NEAGOE, West University of Timisoara, Romania

Patricia RUNCAN, West University of Timisoara, Romania

Carmen STANCIU, West University of Timisoara, Romania

Mihaela TOMIȚĂ, West University of Timisoara, Romania

Loredana Marcela TRANCĂ, West University of Timisoara, Romania

Florina Luiza VLAICU, West University of Timisoara, Romania

Elisabeta ZELINKA, West University of Timisoara, Romania

Contents

Editorial	3
Importanța rolului asistentului social în dezvoltarea personalității copilului instituționalizat	5
<i>Magdalena-Cristina NICOLESCU</i>	
Rolul asistentului social în spitale	21
<i>Alexandra - Ioana NEAGU, Carmen BĂRBAT</i>	
Incluziunea socială a familiilor monoparentale	42
<i>Loredana Lavinia ȚEȚ, Alexandru NEAGOE</i>	
Integrarea profesională a persoanelor cu dizabilități	70
<i>Elena - Mădălina COJOCARU, Andreea BÎRNEANU</i>	
Nevoile de sprijin ale copiilor aflați în dificultate din Timișoara	91
<i>Anna-Melania CERBU</i>	
Comunicarea Nonverbală în domeniul Asistenței Sociale	110
<i>Carla-Eugenia EÖRDÖGH</i>	
Protecția socială a persoanelor cu dizabilități	125
<i>Oana Andreea SÎRBU</i>	
Cum influențează problemele sociale ale familiilor activitatea școlară a copiilor	150
<i>Andreea Cosmina ȘICA</i>	

Editorial

Cosmin GOIAN¹

Jurnalul *Empirical Research in Social Work and Sociology* este un răspuns la rezultatele științifice ale școlilor de asistență socială și sociologie de la Universitatea de Vest din Timișoara. Cei aproape 30 de ani de funcționare a celor două departamente amintite anterior sub umbrela instituțională a Facultății de Sociologie și Psihologie au produs mii de specialiști dintre care o importantă parte au preocupări de cercetare constante. Acest demers editorial își propune ca, prin eforturile cadrelor didactice universitare, doctoranzilor noștri și specialiștilor din domeniu, să publice de trei ori pe an rezultatele unor cercetări care să aducă un plus de valoare spațiului social.

Numărul curent are opt articole care tratează subiecte ca: rolul asistentului social în spitale, în domeniul instituționalizării copiilor, incluziunea socială a familiilor monoparentale, a persoanelor cu dizabilități, a copiilor aflați în dificultate, comunicarea în domeniul asistenței sociale, dificultăți școlare și probleme sociale ale familiei.

Pe această cale transmitem un mesaj tuturor specialiștilor care doresc să își publice rezultatele unor studii din domeniile asistenței sociale și sociologiei, să ne trimită articolele lor la adresa de email: asistenta.sociala@e-uvt.ro, până la data de 1 septembrie 2019.

Cosmin GOIAN

Editor of the current issue

¹ *West University of Timisoara, Blvd. Vasile Pârvan, No. 4, 300223, Timisoara, Timis, Romania; E-mail: cosmin.goian@e-uvt.ro*

Importanța rolului asistentului social în dezvoltarea personalității copilului instituționalizat

Magdalena-Cristina NICOLESCU¹

Abstract

Asistentul social, datorită locului și rolului pe care trebuie să-l aibă în formarea personalității copilului, trebuie să-și pună mereu întrebarea: „De unde vin acești copii și unde trebuie să ajungă?”. În această lucrare voi prezenta importanța rolului asistentului social în dezvoltarea personalității copilului instituționalizat. Lucrarea este structurată în patru părți: o parte teoretică, metodologia cercetării, rezultatele cercetării și o parte de concluzii. În prima parte voi prezenta sistemul de protecție a copilului instituționalizat, alternative la instituționalizare, rolul asistentului social în centrul de plasament, iar în final rezultatele cercetării efectuate prin prezentarea studiilor de caz, arătând antecedentele biografice, cauzele pentru care au fost părăsiți, stilul lor de viață, care sunt manifestările comportamentale după diagnoza și prognoza evoluției lor, care sunt nevoile de bază care se cer împlinite și care sunt obiectivele de lungă durată și de scurtă durată, trasate de asistentul social și educatori.

Cuvinte cheie: copil instituționalizat, instituționalizare, asistent social.

Introducere

1.1. Plasamentul. Definiție și reglementare

Literatura de specialitate definește plasamentul ca fiind o măsură de protecție specială a copilului aflat în dificultate sau a copilului lipsit temporar de ocrotirea părintească, constând practic în luarea acestuia din grija familiei sale naturale, a familiei adoptive sau a reprezentatului său legal și plasarea lui, după cum situația o permite, fie în grija unei rude ori a unei persoane care nu are legături de rudenie cu copilul, dar care își exprimă acordul în acest sens, fie în grija statului (Șoitu apud Neamțu, G., 2011, p. 819).

Trebuie precizat că această măsură de protecție specială a copilului aflat în dificultate, poate fi dispusă ca variantă alternativă de protecție, pentru copiii care nu îndeplinesc criteriile impuse de lege pentru adopție sau care, dimpotrivă, au fost declarați adoptabili și așteaptă să fie finalizată procedura adopției.

¹ West University of Timisoara, Blvd. Vasile Pârvan, No. 4, 300223, Timisoara, Timis, Romania; E-mail: cristina_misca@yahoo.com

Plasamentul, ca măsură specială de protecție va fi dispusă la cererea D.G.A.S.P.C. (atunci când părinții nu își dau acordul pentru aceasta) de către instanța de judecată. Dacă totuși părinții își exprimă consimțământul pentru instituirea plasamentului, măsura va fi dispusă de către Comisia pentru protecția copilului (Gavrilescu, 2010, p. 5).

Cu toate acestea, atât instanța de judecată, cât și Comisia pentru protecția copilului, vor institui măsura plasamentului doar cu respectarea unor principii fundamentale în domeniul asistenței sociale, precum: interesul superior al copilului, nevoia furnizării unei îngrijiri individualizate și personalizate pentru fiecare copil; respectarea demnității și a imaginii copilului; implicarea copilului în deciziile ce îl privesc; respectarea particularităților etnice, religioase, culturale sau lingvistice ale acestuia; asigurarea unei protecții sporite împotriva abuzurilor și a exploatarei.

1.2. Formele de plasament

Conform dispozițiile legale, observăm că măsura plasamentului comportă două componente:

- cea reclamată de o situație de urgență, motiv pentru care față de copil se va institui *măsura plasamentului în regim de urgență*;
- și cea reclamată de lipsirea temporară a copilului de ocrotirea părintească, care impune instituirea *măsurii obișnuite a plasamentului*.

Conform legii, plasamentul se poate face fie la o persoană sau familie, fie la un asistent maternal, fie la un serviciu de tip rezidențial (art. 62 alin. (1) din Legea nr. 272/2004).

În funcție de situația fiecărui copil în parte și de varianta considerată de către Comisia pentru protecția copilului, de managerul de caz sau de către instanță, putem distinge două forme ale plasamentului:

- *plasamentul de tip familial*, din această categorie făcând parte plasamentul la familia extinsă și plasamentul la asistentul maternal;
- *plasamentul de tip rezidențial*, "modalitate de creștere a copiilor în care îngrijirea este asigurată de personal plătit care nu are alte legături cu minorul" (Tolfree, 2000, apud Neamțu, 2011, p. 798) și care se recomandă numai atunci când eșuează toate încercările de ocrotire a copilului într-un cadru familial (Enache, 2011, p.159).

Plasamentul de tip rezidențial se face în centre cunoscute sub diferite denumiri, în funcție de specificul lor: case de tip familial, apartamente (organizate pe modelul centrelor de plasament de tip familial) sau apartamente de tranziție (pentru tinerii care urmează să părăsească sistemul de protecție a copilului).

Găzduirea copiilor pentru care s-a luat măsura plasamentului în regim de urgență se poate face atât în centrele de tipul celor enumerate mai sus, dar și în adăposturile special concepute pentru protecția de scurtă durată a copiilor separați de părinți (Ghid metodologic de implementare a SMO pentru serviciile de tip rezidențial, 2006, p. 3).

1.3. Nevoi specifice ale copilului instituționalizat

Copiii din centrele rezidențiale se confruntă cu situații de viață extrem de dificile, aflându-se în imposibilitatea de a crește alături de propria familie, fiind nevoiți să trăiască într-un mediu străin/instituțional care uneori poate eșua în încercarea de a oferi beneficiarului resursele necesare dezvoltării sale fizice, psihice și sociale, unii autori vorbind și despre incidența cazurilor de neglijare și/sau abuz fizic, psihic și sexual petrecute în instituțiile care ar fi trebuit să asigure îngrijirea și bunăstarea copilului (Neamțu, 2011, p. 797).

Beneficiarii se confruntă nu doar cu situația dificilă din cadrul familiei - specialiștii subliniază că "pierderea mediului familial stabil înseamnă și o mulțime de alte pierderi, ca: nevoia de a schimba casa sau școala, pierderea contactului cu alți membri familiali și chiar pierderea animalelor preferate" (Mitrofan, Buzducea, 2002, p.126), cu atitudinea de stigmatizare din partea comunității sau cu comportamentul nepotrivit/abuziv al unora dintre cei însărcinați cu ocrotirea și supravegherea lor (comportament care este unul excepțional și trebuie perceput ca atare, cei mai mulți dintre cei implicați în sistemul de protecție a copilului fiind deosebit de devotați și empatici), dar și cu probleme care țin de dezvoltarea personală, acești copii fiind lipsiți de modele de roluri și deprinderi, precum și de experiențe diversificate, atât de importante pentru adaptarea socială.

Analizând copilul instituționalizat, putem vorbi despre nevoile specifice oricărui copil: acelea fiziologice, de siguranță și securitate, de apartenență și dragoste, de respect și stimă de sine, și de autodezvoltare (Maslow, 1997), dar și despre nevoi specifice copilului care experimentează o pierdere, fiind cunoscut faptul că "toți copiii, inclusiv cei care nu arată semne evidente de durere, au nevoie de suport și îngrijire din partea adulților în validarea sentimentelor și încorporarea pierderilor în rândul experiențelor de viață" (Mitrofan, Buzducea, 2002, p. 126).

În analiza nevoilor copilului din centrele rezidențiale trebuie să pornim în primul rând de la încărcătura emoțională cu care acesta vine în centru (pe fondul maltratării, al abuzului și al neglijării din cadrul familiei copiii dezvoltă o puternică sensibilitate emoțională, comportament de evitare, furie, retragere în sine, tulburări de atașament, reacții definite sintetic de literatura de specialitate prin sintagma "sindrom de stres post-traumatic" (Roth-Szamooskozi, 1999, p.106).

1.4. Efecte pe termen scurt și pe termen lung ale instituționalizării

Tot mai multe studii susțin efectele negative ale instituționalizării copilului.

Un studiu care sintetizează rezultatele celor mai importante cercetări privind impactul instituționalizării asupra copiilor" (The Effects of Institutionalization on Children, 2012) demonstrează faptul că introducerea copilului în centrele rezidențiale are urmări:

- în *plan fizic* (ca urmare a deprivării de stimuli, constatând faptul că majoritatea copiilor din centrele în care s-a desfășurat studiul aveau un tonus muscular scăzut, erau cu 20% mai mici de înălțime și mai slabi decât media normală pentru vârsta lor, unii dintre aceștia dezvoltând sindromul de "nanism psihologic" ca urmare a inhibării hormonului de creștere pe fondul șocului emoțional, sindromul atenuându-se de obicei după reîntoarcerea copilului în cadrul familiei naturale sau după integrarea în familia adoptivă).
- în *plan socio-emoțional* (cea mai afectată componentă fiind cea afectivă, majoritatea copiilor instituționalizați simțind nevoia de a se atașa de îngrijitorii săi, dezvoltarea unei relații de atașament condiționând stabilitatea și echilibrul emoțional al viitorului adult, mai ales în cazul copiilor instituționalizați înainte de a împlini 2 ani. Totuși, copiii care nu beneficiază de o persoană față de care să dezvolte relații de atașament sunt foarte tăcuți, au mari dificultăți de a stabili relații interpersonale, sunt foarte sensibili la contactul fizic și de cele mai multe ori dezvoltă tulburări de atașament, caracterizate de către autorul studiului prin sintagma "autism instituțional", care din păcate nu dispar odată cu (re)stabilirea relațiilor normale de familie).
- în *plan cognitiv* (potrivit studiului citat, la vârsta școlarității, un număr semnificativ de copii instituționalizați sunt diagnosticați cu deficiență mintală, între 50% și 90% dintre copiii preșcolari experimentând întârzieri în dezvoltarea psihomotorie, manifestând grave tulburări de limbaj ca urmare a contactelor sociale reduse).
- în *plan mintal* (potrivit autorului instituționalizarea are un puternic impact asupra stării de sănătate psihică a copilului, cel mai adesea copiii instituționalizați pe termen lung manifestând tulburări de comportament, labilitate psiho-emoțională, imaturitate în unele situații de viață, instabilitate în relațiile inter-personale, agresivitate, tulburare hiperchinctică cu deficit de atenție (ADHD) sau comportament antisocial).

Observațiile surprinse de studiul prezentat anterior sunt susținute și de alte opinii.

O altă lucrare vorbește, de asemenea, despre întârzieri în cele mai importante arii ale personalității copilului instituționalizat (fizic, cognitiv, hormonal și emoțional) ca urmare a lipsei de îngrijire corespunzătoare nevoilor individuale și a lipsei stimulilor necesari unei bune dezvoltări și funcționări bio-psiho-sociale (Van IJzendoorn, Palacios, Sonuga-Barke, Gunnar, et.al., 2011, pp. 8-30).

Aceiași autori vorbesc și despre sindromul post-instituționalizării (manifestat prin întârzieri în plan fizic, dezvoltarea mai slabă a creierului, disfuncții ale sistemului neuroendocrin, tulburări de cogniție, tulburări de atașament, etc.), idee reiterată și de alte publicații care vorbesc despre tulburarea reactivă de atașament, ca simptom al sindromului post-instituționalizării (Balasingham, 2012).

Acest tip de tulburare a fost certificată științific la începutul anilor 80 după ce a fost constată în centre de plasament din diferite colțuri ale lumii și afectează în mod special

beneficiarii plasamentului de tip rezidențial, având o incidență mai mică la beneficiarii plasamentului de tip familial (Troutman, Ryan, Cardi, 2011).

Reflectându-se în capacitatea relațională a copilului, tulburarea reactivă de atașament poate lua două forme, una inhibitivă și una dezinhibitivă, prima dintre acestea manifestându-se prin auto-izolare, retragere față de ceilalți și stare permanentă de vigilență (copilul este suspicios față de toți cei cu care intră în contact, fiind în permanentă alertă), iar cea de a doua formă având ca efect stabilirea unor relații sociale inadecvate vârstei - ca urmare a incapacității de a diferenția relațiile sociale, copilul implicându-se afectiv în relații sociale aberante (Balasingham, 2012, p. 63)

1.5. Principiile care stau la baza protecției copilului

Legea nr. 272/2004 arată că respectarea și garantarea drepturilor copilului se realizează conform următoarelor principii:

- a) principiul protecției interesului superior al copilului;
- b) egalitatea șanselor și nediscriminarea;
- c) responsabilizarea părinților cu privire la exercitarea drepturilor și îndeplinirea obligațiilor părintești;
- d) primordialitatea responsabilității părinților cu privire la respectarea și garantarea drepturilor copilului;
- e) descentralizarea serviciilor de protecție a copilului, intervenția multisectorială și parteneriatul dintre instituțiile publice și organismele private autorizate;
- f) asigurarea unei îngrijiri individualizate și personalizate pentru fiecare copil;
- g) respectarea individualității copilului;
- h) ascultarea opiniei copilului și luarea în considerare a acesteia ținând cont de vârsta și de gradul său de maturitate;
- i) asigurarea stabilității și continuității în îngrijirea, creșterea și educarea copilului, ținând cont de originea sa etnică, religioasă, culturală și lingvistică, în cazul luării unei măsuri de protecție;
- j) celeritate în luarea oricărei decizii cu privire la copil;
- k) asigurarea protecției împotriva abuzului și exploatării copilului;
- l) interpretarea fiecărei norme juridice referitoare la drepturile copilului în corelație cu ansamblul reglementărilor din această materie

Responsabilitatea revine și comunității din care face parte copilul. Autoritățile locale au obligația de a sprijini părinții prin asigurarea de servicii cât mai accesibile care să corespundă nevoilor copilului și familiei și prin acordarea priorității acelor familii aflate în dificultate. Intervenția statului este complementară în ceea ce privește drepturile familiei. Statul are datoria de a asigura protecția copilului și de a garanta respectarea tuturor drepturilor și poate interveni numai în cazuri de abuzuri sau de încălcare a acestora. Legea

nr. 272/2004 promovează un sistem nou și modern de protecție a copilului, menit să schimbe ideea că statul poate substitui grija părintească. Părinții trebuie să-și asume obligații permanente fără de care dezvoltarea armonioasă a copilului nu ar fi posibilă, deci ambii părinți sunt responsabili de creșterea copiilor lor, chiar dacă sunt divorțați.

Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului (ANPDC), subordonată Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei deține rolul central în coordonarea procesului de implementare a legislației în vigoare și are următoarele funcții: de strategie, administrare, reprezentare și de monitorizare.

Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC) sunt responsabile pentru rezolvarea cazurilor în care sunt implicați copiii separați de părinții lor. De asemenea colaborează cu consiliile locale, în vederea prevenirii separării copiilor de părinți.

1.6. Planul individualizat de protecție al copilului

Planul individualizat de protecție este elaborat de managerul de caz de la Serviciul Public Specializat pentru Protecția Copilului, pe baza evaluării inițiale și recomandărilor Comisiei pentru Protecția Copilului. Managerul de caz, respectiv responsabilul de caz folosește metodele și instrumentele specifice pentru documentarea cazului, cerute de lege și cele recomandate de către Colegiul Național al Asistenților Sociali din România.

Responsabilii de caz din protecția specială sunt profesioniștii din cadrul serviciilor rezidențiale (cu excepția centrelor maternale) care, îndeplinind condițiile menționate de prezentele standarde, prin delegarea atribuțiilor de către Managerul de caz, asigură coordonarea activităților legate de elaborarea și implementarea tuturor programelor de intervenție specifică (PIS);

Atribuțiile principale ale Managerului de caz sunt următoarele (Brătianu, 2005, p 102):

- a) coordonează eforturile, demersurile și activitățile de asistență socială și protecție specială desfășurate în interesul superior al copilului;
- b) elaborează Planul individualizat de protecție/celelalte planuri prevăzute în legislație și alcătuiește echipa multidisciplinară și, după caz, interinstituțională, și organizează întâlnirile cu echipa, precum și cele individuale cu profesioniștii implicați în rezolvarea cazului;
- c) asigură colaborarea și implicarea activă a familiei/reprezentantului legal și a copilului și îi sprijină pe aceștia în toate demersurile întreprinse pe tot parcursul managementului de caz (de ex. organizarea de întâlniri periodice sau la solicitarea acestora, acompaniere, sprijin emoțional, consiliere);
- d) asigură comunicarea între toate părțile implicate în rezolvarea cazului;
- e) asigură respectarea etapelor managementului de caz;
- f) întocmește și reactualizează dosarul copilului;
- g) coordonează metodologic responsabilii de caz;

- h) comunică, cu avizul superiorului ierarhic, la SEI, cazurile pentru care a fost luată decizia de închidere.

Planurile individuale de îngrijire cuprind informații necesare pentru modul de educare și îngrijire al copiilor și tinerilor aflați atât în serviciile familiale cât și în serviciile rezidențiale, precum și informații privind domeniile de dezvoltare al lor.

Un astfel de plan de îngrijire asigură un mod de lucru constant și individualizat pentru fiecare copil. Aceasta înseamnă că fiecare copil va fi îngrijit și educat în aceeași manieră de către fiecare persoană implicată în educarea și îngrijirea lui (membri de personal, specialiști, personal didactic).

Dacă în procesul de evaluare sunt implicați în primul rând specialiștii, în elaborarea planurilor de îngrijire un rol primordial îl are personalul din serviciul respectiv, acestea fiind persoanele cele mai apropiate de copil, ele cunoscând cel mai bine copiii.

Orice plan de îngrijire cuprinde două părți:

- o parte se referă la aspectele cotidiene de îngrijire și educare. Aici vom găsi informații privind modul în care trebuie hrănit, programul de somn, programul de frecvență a școlii sau a centrului de zi, dar și informații legate de individualitatea copilului, ceea ce este reprezentativ pentru el.
- cea de a doua parte cuprinde aspectele legate de ceea ce vom dori să achiziționeze sau recupereze copilul sau tânărul. Acestea sunt obiectivele care vor fi urmărite de către toate persoanele care lucrează cu copilul respectiv.

Este bine să se stabilească două-trei obiective pentru o anumită perioadă de timp. Prea multe obiective ar putea duce la bulversarea copilului și nu ne vom putea atinge nici unul din obiective. De asemenea vor fi trecute în planul individual de îngrijire și activitățile propuse pentru a fi realizate în scopul atingerii obiectivelor.

Este bine ca pentru elaborarea planurilor individuale de îngrijire să participe cât mai multe persoane implicate direct în educarea și îngrijirea copiilor.

Planurile individuale de îngrijire sunt refăcute periodic, în funcție de timpul necesar pentru realizarea obiectivelor dorite. Dacă achizițiile sunt realizate înainte de perioada propusă, adică acel copil a reușit să învețe sau să recupereze mai repede ceea ce s-a propus, atunci se va reface planul individual de îngrijire mai repede decât termenul stabilit și se vor propune noi obiective

Metodologie

1. Scop

Scopul prezentei cercetării îl constituie rolul asistentului social în dezvoltarea personalității copilului instituționalizat.

2. Obiective și ipoteze

Obiectivul 1: Identificarea problemelor sociale și de adaptare în centrele de plasament.

Obiectivul 2: Stabilirea rolului asistentului social în centrele de plasament.

Obiectivul 3: Influența asistentului social în procesul de reintegrare (integrarea) familială și socială a copilului.

Ipoteza 1: Să ajute copiii să rezolve sau să reducă la minimum problemele care apar în centrele de plasament. Asistentul social nu caută să rezolve problemele copiilor instituționalizați, ci încearcă să le sporească capacitățile pentru a le rezolva singuri, urmărind evitarea apariției dependenței acestora de ajutor.

Ipoteza 2: Cu cât se cunoaște mai bine rolul asistentului social, cu atât poate fi apreciată munca acestuia în scopul ameliorării problemelor existente.

Ipoteza 3: Asistentul social este pregătit să respecte istoria copilului, să nu comenteze greșelile părinților sau situația socială specială a familiei, etc.

3. Procedura

Pentru obținerea informațiilor în vederea atingerii scopului propus și verificării ipotezelor am folosit interviul, o metodă de cercetare calitativă, ce presupune întocmirea unui ghid de interviu cu întrebări specifice, majoritatea deschise, așezate într-o ordine logică. Prin comunicare directă, deschisă, prin întrebări clare și la obiect, într-un limbaj familiar celor intervievați, am căutat să aflu opinia specialiștilor din domeniul educativ în legătură cu tema propusă.

Persoanele intervievate au fost: 4 educatori specializați din cadrul Centrului pentru Sprijinirea Integrării Familiale și Profesionale a Tinerilor Timișoara, 2 asistenți sociali din același centru.

Am ales educatorii specializați pentru interviu în vederea aflării opiniei celor care lucrează direct cu copiii din centrele de plasament, problemele cu care se confruntă și dacă necesită ajutor din partea unui asistent social.

Alegerea asistenților sociali a fost făcută deoarece am dorit să aflu părerea acestora despre necesitatea muncii unui asistent social în centrele de plasament, care ar fi sarcinile acestuia raportate la complexitatea problemelor identificate.

Rezultate

Pentru primul obiectiv, din răspunsurile date de persoanele intervievate, s-a constatat că există probleme sociale și de adaptare ale tinerilor din centrul de plasament, dintre care au fost amintite: situația copiilor din familii monoparentale (4 răspunsuri), abandon școlar (6 răspunsuri), acte de violență fizică, verbală, psihică (5 răspunsuri), urmări negative ale

plecării părinților în străinătate (6 răspunsuri), tulburări de comportament (3 răspunsuri), tulburări de învățare (6 răspunsuri).

Personalul care lucrează în centrele de plasament se confruntă uneori cu imposibilitatea legală de a aplica anumite sancțiuni, întrucât toată legislația privind protecția copilului stipulează doar drepturile, neregăsindu-se în nici un articol o formă de responsabilizare privind faptele negative ale unui minor/tânăr. Educatorul trebuie să fie în același timp pedagog, profesor, prieten, frate, uneori părinte etc. Dar nu întotdeauna educatorul are resursele necesare pentru a acoperi toate aceste roluri. Uneori, partajarea propriilor responsabilități cu o altă persoană, educatorul, nu este în interesul dezvoltării copilului.

„Tânăr provenit din familie dezorganizată, cu tatăl plecat în străinătate, care nu este interesat de situația materială.”

„În decursul anilor am avut tineri cu anumite tulburări de comportament, cu tulburări de învățare și elevi care foloseau violența verbală sau chiar fizică în momentele în care erau deranjați de atitudinea colegilor de cameră.”

"De foarte multe ori tinerii din centru refuză să meargă la școală, pretizând că nu se simt bine."

"În primele zile când ajung în centru sunt tăcuți, sceptici, accept greu să comunice cu personalul centrului."

În cadrul Centrului tinerii beneficiază de servicii educaționale, recreative și de socializare, de asistență socială (evaluare și consiliere a copilului și a familiei), suport emoțional și consiliere psihologică, îngrijire medicală, programe de recuperare fizică și psihică, de servire a mesei și asigurare a traiului de zi cu zi.

Conform celor relatate, prima ipoteză se confirmă, astfel existența și complexitatea problemelor sociale și de adaptare implică nevoia de ajutor specializat.

Pentru al doilea obiectiv, la întrebarea Care credeți că ar putea fi atribuțiile unui asistent social în centrele de plasament? am obținut din partea educatorilor specializați următoarele răspunsuri:

- a) Identifică precoce tinerii cu risc de inadaptare socială. (2 răspunsuri)
- b) Consiliază tinerii din punct de vedere al nevoilor sociale. (3 răspunsuri)
- c) Oferă servicii tinerilor cu cerințe speciale. (3 răspunsuri)
- d) Analizează cauzele inadapării unui tânăr sau a unui grup de tineri și formulează strategiile de acțiune în vederea ameliorării problemelor de adaptare în centru (împreună cu echipa multidisciplinară). (4 răspunsuri)
- e) Desfășoară acțiuni de prevenire și diminuare a violenței. (4 răspunsuri)
- f) Colaborează cu profesioniștii din cadrul DGASPC (psihologi, medic, director), cu autoritățile locale, cu organismele private autorizate, pentru a se oferi servicii sociale în scopul soluționării problemelor tinerilor. (4 răspunsuri)

- g) Organizează și derulează acțiuni și campanii în vederea informării, sensibilizării și responsabilizării comunității. (4 răspunsuri)
- h) Cooperează și își oferă serviciile în domeniul protecției copilului. (4 răspunsuri)
- i) Asigură asistență medicală elevilor. (3 răspunsuri, la unul fiind specificat realizarea în colaborare cu medicul sau asistentul medical)

În răspunsul asistenților sociali din centru și am identificat câteva dintre atribuțiile asistentului social centrele de plasament:

„Depistarea tinerilor cu probleme de comportament, consilierea tinerilor și a educatorilor specializați care lucrează cu tinerii, menținerea legăturii cu părinții, cadrele didactice și specialiștii, monitorizarea evoluției tinerilor cu cerințe educative speciale.”

„Identificarea tinerilor care provin din familii aflate în dificultate; cunoașterea nevoilor tânărului și ale familiei prin evaluările efectuate; consiliere socială a familiei; referirea cazurilor către instituțiile care oferă servicii sociale/de recuperare, în funcție de nevoi.”

Asistenții sociali intervievați sunt de părere că majoritatea educatorilor specializați din centrele de plasament au o pregătire adecvată pentru a face față problemelor existente, totuși educatorii solicită sprijin specializat și consideră că activitatea asistentului social, alături de întreaga echipă de specialiști poate fi apreciată în scopul ameliorării problemelor.

În urma răspunsurilor primite, a doua ipoteză se confirmă, astfel cunoașterea activității asistentului social în centrele de plasament poate fi un punct de sprijin pentru aprecierea muncii acestuia, pentru a oferi servicii specializate celor implicați în actul de dezvoltarea a personalității copilului instituționalizat.

Pentru al treilea obiectiv toate persoanele interviuate au răspuns că este nevoie de asistență socială în procesul de reintegrare (integrare) familială și socială a copilului.

„Pentru rezolvarea unor situații e nevoie de o persoană cu pregătire adecvată.”

„Asistentul social poate ajuta în cazurile ușoare și poate depista și trimite către specialiști cazurile mai dificile. Ar susține munca educatorilor, ar căuta soluții pentru situațiile în care educatorii nu au pregătire de specialitate.”

„O mai bună înțelegere a problemelor tinerilor și integrarea lor în procesul educativ și social.”

„Activitatea asistentului social este de real ajutor tuturor celor implicați în educația tinerilor (profesori, educatori....), dar în special tinerilor, prin rolurile sale de mediator, abilitator, consilier, agent de schimbare socială....., el ar putea face legătura între familiile tinerilor și restul instituțiilor implicate în actul de integrare a tinerilor.”

Ca urmare a interviurilor realizate am constatat că deși există o multitudine de probleme sociale, atât educatorii specializați, cât și asistenții sociali consideră importantă rezolvarea acestora și nevoia de sprijin în acest sens. Activitățile desfășurate în Centru pot fi considerate un punct de reper pentru rolul asistentului social și constituie un beneficiu

major pentru copii. Părinții sunt depășiți de situație, unii refuză realitatea, sunt reticenți, alții nu știu cum să-i facă față, sprijinul și îndrumarea acestora fiind necesară.

Educatorii consideră că există un număr insuficient de specialiști (psiholog, profesor de sprijin, logoped). De multe ori rămân singuri în fața unor probleme care necesită să fie soluționate de un specialist.

Concluzii

Scopul acestei lucrări este aflarea opiniei celor implicați în educarea și formarea copiilor instituționalizați, despre necesitatea colaborării educatorilor specializați din centrele de plasament cu asistenții sociali.

În centrele de plasament copiii sunt despărțiți de familiile lor, acest lucru afectând dezvoltarea lor armonioasă. Mediul social în care se formează și se dezvoltă un copil, reprezintă un factor care are cea mai mare influență asupra devenirii sale. Teoriile sociologice pun accentul pe rolul fundamental al familiei, ca factor social, care își exercită acțiunea cea mai puternică asupra copilului, sub aspectul intensității, cât și al duratei, modelând personalitatea individului.

Chiar dacă rezultatele obținute nu au fost pe măsura așteptărilor mele, este posibil să fi existat o serie de alți factori care să influențeze rezultatele și de care eu nu am ținut seama. Pornind de la această cercetare consider că ar fi interesant de studiat modul în care tinerii ce provin din Centrele de Plasament, reușesc să se integreze în societate.

În urma studierii materialului bibliografic și realizării părții teoretice a lucrării, dar și după desfășurarea cercetării am ajuns la următoarele concluzii:

- Asistenții sociali promovează principiile justiției sociale, prevăzute în actele normative cu privire la asistența socială și serviciile sociale.
- Asistenții sociali asigură egalitatea șanselor privind accesul persoanelor asistate la informații, servicii, resurse și participarea acestora la procesul de luare a deciziilor.
- Asistenții sociali respectă și promovează demnitatea individului, unicitatea și valoarea fiecărei persoane.
- Asistentul social nu trebuie să practice, să tolereze, să faciliteze sau să colaboreze la nici o formă de discriminare
- Asistentul social sprijină persoanele asistate în eforturile lor de a-și identifica și clarifica scopurile, în vederea alegerii celei mai bune opțiuni.
- Asistenții sociali contribuie la consolidarea relațiilor dintre persoane cu scopul de a promova, reface, menține și/sau îmbunătăți calitatea vieții persoanelor, familiilor, grupurilor, organizațiilor și comunităților.
- Asistenții sociali acționează cu onestitate și responsabilitate față de beneficiari, instituții și societate, în concordanță cu normele deontologice ale profesiei, adoptate de comunitatea profesională prin Colegiu.

- Asistenții sociali trebuie să își desfășoare activitatea numai în aria de competență profesională determinată de calificarea și experiența profesională. Asistenții sociali au obligația de a-și îmbunătăți permanent cunoștințele și deprinderile profesionale și de a le aplica în practică.
- Asistenții sociali contribuie la îmbunătățirea și dezvoltarea bazei de cunoștințe a profesiei.

Există în mediul protecției copilului diferite probleme privind adaptarea socială a copiilor. Comunitatea trebuie să se implice cu responsabilitate în sprijinirea copiilor și rezolvarea acestor probleme. Uneori complexitatea lor implică nevoia de ajutor specializat ce completează dorința, creativitatea, dăruirea celor ce lucrează cu copiii.

Nu cred că educatorii din cadrul centrelor doresc să respingă copiii și problemele lor. Vor să ajute, să înțeleagă, să se perfecționeze, dar să fie la rândul lor susținuți și îndrumați, să coopereze cu specialiștii în aflarea cauzelor și rezolvarea situațiilor deosebite.

Respectarea drepturilor copiilor, a nevoilor fundamentale de creștere și educare, prevenirea, ameliorarea sau înlăturarea situațiilor de risc, stabilirea legăturii dintre familie, școală și comunitate, avantajul unei echipe multidisciplinare în rezolvarea cazurilor pot influența dezvoltare personalității copiilor.

Pentru o îmbunătățire a situației actuale, doresc să expun câteva propuneri și argumente privind influența asistentului social în dezvoltare personalității copiilor:

- nevoia de realizare a unor strategii comune, de cooperare a instituțiilor publice, ONG-uri și reprezentanților mediului economic în domeniul incluziunii sociale a tinerilor postinstituționalizați,
- nevoia de mobilizare a resurselor comunitare în vederea eficientizării programelor sociale;
- nevoia de sprijin moral a grupului țintă, în vederea depășirii riscului de marginalizare și excluziune socială cu care se confruntă;
- rolul asistentului social în protecția și respectarea drepturilor copilului;
- îndeplinirea rolurilor profesioniștilor în domeniul asistenței sociale: "consilier, avocat al intereselor celor asistați, agent de legătură, coordonator de caz, planificator de program, membru al echipei de profesioniști, mediator, formator, negociator, arbitru, rol în colectare de fonduri, în relațiile cu publicul" (Goian, 13, 14);
- necesitatea depistării la timp a situațiilor de risc și intervenția de specialitate (insuccesul școlar, violența în școală, problemele familiilor monoparentale, sărăcia, abandonarea, abuzul și neglijarea copiilor, abandonul școlar, delinquența juvenilă, integrarea copiilor cu cerințe speciale;
- necesitatea unor servicii sociale și educaționale de calitate;
- asigurarea integrării sociale, prevenirea marginalizării și excluziunii sociale a copiilor;

- dorința de a asigura copiilor din școli condiții care corespund nevoilor de formare și dezvoltare prin acțiunea asistentului social în interesul acestora, căutând resurse în mediul familial, școlar și în comunitate;
- tinerilor care urmează să părăsească sistemul de protecție trebuie să li se ofere accesul la cursuri de pregătire pentru un trai independent, desfășurate în cadrul autorităților locale sau organizate de ong-uri. Este important ca asistenții sociali care se ocupă de consiliere a grupurilor de tineri în vederea inserției sociale să cunoască programele în curs de desfășurare.

Deci, am putea concluziona spunând că sistemele instituționalizate au creat o lume în sine, micro-modele culturale, distincte de restul societății, caracterizate prin fenomene de atenuare psihologică a percepției față de gravitatea unor fapte antisociale, iar acest model de reprezentări a rămas funcțional și în viața post-instituționalizare. Credem că și printr-o asemenea logică reziduală a reprezentărilor colective pot fi explicate atitudinile și comportamentele persoanelor postinstituționalizate (atitudinea față de muncă, educație, faptele antisociale); ea este generatoarea unor acțiuni sociale a permisivităților, pe fundalul unor structuri morale în care etica responsabilității, în accepțiunea ei macrosocială, este extrem de fluidă. Este evident că pentru aceste persoane legitimarea socială a unei asemenea permisivități comportamentale nu este făcută prin conștientizarea precarității sistemului lor normativ, ci printr-o "ideologie a marginalului", puternic îngroșată legitimist în perioada post-instituționalizare, care găsește în exterior explicații pentru a-și legitima statutul social, culpabilizând sistemul social în care nu se mai poate integra. În logica lor legitimistă, paternalismul instituțiilor de ocrotire trebuie prelungit printr-un paternalism etatist.

Bibliografie

- Brătianu, I., Roșca, C., Copilul instituționalizat între protecție și abuz, Editura Lumen, Iași, 2005.
- Balahur, Doina, Protecția drepturilor copilului ca principiu al asistenței sociale, Editura All Beek, București, 2001
- Chipea, Floare, Ștefănescu, Florica, Combaterea sărăciei și promovarea incluziunii sociale, Editura Universității din Oradea, 2004
- Comitetul Național pentru Protecția Copilului, Situația copilului și a familiei în România, editura Alternative, 1995
- Filipescu, P., I., Adoptia și protecția copilului aflat în dificultate, Editura All, București, 1996.
- Ichim, Ioana, Minorul în reglementările europene, Editura Timpul, Iași, 2003
- Irimescu, Gabriela, Tehnici specifici în asistență socială, Editura Univ. Al. I. Cuza, Iași, 2004.
- Legea nr.18/ 1990 pentru ratificarea Convenției ONU cu privire la Drepturile Copilului.

- Legea 272/2004 publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 557 din 23/06/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului
- Legea nr. 273/2004 privind regimul juridic al adopției
- Legea nr. 274/2004 privind înființarea, organizarea și funcționarea Oficiului Român pentru Adopții
- Legea nr. 275/2004 pentru modificarea Ordonanței de Urgență nr. 12/ 2001 privind înființarea Autorității Naționale pentru Protecția Copilului și Adopție
- Mănoiu, Florica, Epureanu, V., Asistența Socială în România, editura ALL, București, 1996;
- Miftode, V., coord., Tratat de metodologie sociologică, Ed. Lumen, Iași, 2002
- Muntenu, Ana, Familii și copii în dificultate, Editura Mitron, Timișoara, 2001.
- Neacșu, I, Seminar internațional: Managementul calității în domeniul Protecției Copilului, tănărului și familiei, București, 2001.
- Neamțu, George, Tratat de asistență socială , Editura Polirom, 2003
- O.U.G. nr. 26/ 1997 Aprobă prin legea 108/ 1998 și legea 325/ 2003, privind protecția copilului aflat în dificultate
- O.U.G. nr. 25/ 1997, cu privire la adopție.
- Smith, Carole, R., Adopție și plasament familial. Cum și de ce? ,Editura Alternative, 1993
- Tomescu, Milena, Dreptul familiei. Protecția copilului, Editura All Beek, București, 2005
- Zamfir, Elena, Psihologie socială- texte alese, editura Ankarom, Iași, 1997

Rolul asistentului social în spitale

Alexandra - Ioana NEAGU¹

Carmen BĂRBAT²

Abstract

Prin această cercetare am dorit să identific rolul pe care asistenții sociali îl au în spitalele din România, urmărind în acest sens tipurile de intervenție oferite pacienților de către asistenții sociali de tip clinic, modul în care aceștia colaborează cu membrii echipei multidisciplinare în vederea oferirii unui tratament holistic, prezența sindromului burnout în rândul asistenților sociali clinicieni, cât și perspectivele acestora cu privire la profesia de asistent social clinician. Rezultatele cercetării au arătat faptul că principalele probleme întâmpinate de pacienți, ce necesită ajutorul asistenților sociali clinicieni sunt lipsa actelor, a locuinței și violența domestică. În ceea ce privește colaborarea cu echipa multidisciplinară, asistenții sociali respondenți consideră că aceasta este una bună, prietnică, existând câteva excepții. De menționat este prezența sindromului burnout în rândul asistenților sociali de tip clinic. Aceștia au identificat o serie de factori ce ar putea îmbunătăți exercitarea profesiei și anume: angajarea unui număr mai mare de asistenți sociali clinicieni și creșterea fondurilor alocate pentru servicii.

Cuvinte cheie: *asistență socială de tip clinic, sindromul burnout, echipa multidisciplinară.*

Introducere

1.1. Asistenții sociali în instituții medicale

Potrivit Asociației Naționale a Asistenților Sociali (NASW), asistența socială clinică reprezintă "o zonă a practicii asistenței sociale care se concentrează pe evaluarea, diagnosticarea, tratamentul și prevenția bolilor mentale, emoționale și a altor tulburări comportamentale". Asistenții sociali clinicieni aduc o perspectivă holistică în planul spitalicesc, prin incorporarea unei serii de factori psihologici și emoționali și prin concentrarea pe aspectele psiho-sociale ale bolii (Rachman, 1995 apud Craig, Muskat, 2013).

¹ West University of Timisoara, Blvd. Vasile Pârvan, No. 4, 300223, Timisoara, Timis, Romania; E-mail: aleneagu96@gmail.com

² West University of Timisoara, Blvd. Vasile Pârvan, No. 4, 300223, Timisoara, Timis, Romania; E-mail: carmen.barbat@gmail.com

Încă de la începuturile aceste profesii, asistența socială a recunoscut conexiunea fizică, psihologică și socială, astfel adoptând metoda biopsihosocială în munca cu clienții. (Mann, C. C., Golden, J.H., Cronk, J. N., Gale, J. K., Hogan, T., Washington, K. T., 2016). De aceea spitalele funcționează după modelul biopsihosocial. Modelul biopsihosocial s-a dezvoltat ca reacție la cel biomedical, fiind criticată orientarea exclusivă asupra factorilor biologici ai stării de sănătate. Acest model subliniază importanța integrării psihologice și sociale care influențează sănătatea. (Oprea, Cojocaru, Gavrilovici, 2015).

Există mai multe motive pentru care asistenții sociali sunt necesari în spitale, unul dintre acestea fiind faptul că medicii și restul angajaților din spațiul spitalicesc oferă pacientului strict îngrijire medicală. Oprea, Cojocaru și Gavrilovici(2015) sunt de părere că medicii sunt antrenați să facă față problemelor medicale în timp ce aspectele ce țin de percepțiile subiective, starea afectivă și relațiile sociale ale pacientului par de importanță secundară. Aici intervine asistentul social ce poate oferi pacientului ajutorul și consilierea necesară pentru ca acesta să își rezolve diferitele probleme cu care s-ar putea confrunta (lipsa locuinței, lipsa actelor de identitate, și altele).

Asistenții sociali joacă un rol critic în mediul spitalicesc prin ajutorul oferit pacienților și a familiilor acestora în momentele în care se confruntă cu probleme de sănătate. O cantitate enormă de stres se acumulează pe parcursul spitalizării, fie că este vorba de un accident sau o afecțiune cronică. Factori de stres precum lipsa/ aglomerarea cu informații, lipsa controlului și resurse materiale insuficiente pot duce la o serie de tulburări emoționale precum anxietate, furie și depresie. Asistenții sociali clinicieni oferă pacienților servicii de evaluare, consiliere și întocmesc planuri de intervenție individualizate pentru a contribui la refacerea optimă a stării biopsihosocială a pacientului și la îmbunătățirea calității vieții acestuia.

1.2. Asistența socială de tip clinic în spațiul internațional

Barker (2003) este de părere că "aplicarea teoriilor și metodelor asistențiale este vitală pentru realizarea rolului de asistent social clinician". Comitetul American de Examinatori în Asistență Socială Clinică face referire la importanța serviciilor individualizate ce necesită să fie concentrate pe problemele și tulburările comportamentale și biopsihosociale ale beneficiarilor.

Ținând seama de faptul că profesia de asistent social cere ca acesta să intervină în viața beneficiarilor pentru a-i ajuta să prevină și depășească situațiile de criză, E. Goldstein(1999) este de părere că noțiunile de medicină și psihologie nu trebuie să lipsească din formarea asistentului social clinician. E. A. Ferguson(1975) precizează faptul că asistentul social clinician trebuie să îndeplinească și rolul de consilier, să intervină în sistemele sociale ale pacientului, să fie educator, consultant și agent al schimbării.

Un număr mare de autori (Seden, 2005; Hepsworth și Larsen, 1986) sunt de părere că procesul de evaluare este extrem de important în asistență socială. Evaluarea în domeniul

asistenței sociale pornește de la nevoile sau îngrijorările unei persoane și reprezintă elementul fundamental pentru procesele de planificare și luare a deciziilor și astfel o piesă centrală în activitatea asistenței sociale clinice. Seden, J.(2005) consideră că evaluarea este o "metodă principală de lucru în asistență socială" și insistă că trebuie văzută ca un proces complex și nu ca un eveniment izolat. Compton și Galaway(1989) sugerează faptul că principalul scop al evaluării este de a contribui la înțelegerea necesară pentru planificarea intervenției. Hepsworth, H. D. și Larsen, J.A. (1986) definesc evaluarea ca un proces critic în practica asistenței sociale, eficacitatea intervenției și a rezolvării cazului depinzând într-o mare măsură de acuratețea evaluării.

Plecând de la faptul că una dintre cele mai comune modalități de tratament în domeniul asistențial este consilierea, fie ea individuală, familială sau de grup, Osman (2002) pune accentul pe importanța acumulării metodelor de consiliere de-a lungul procesului de formare a asistenților sociali datorită rolului consilierii: îmbunătățirea aptitudinilor beneficiarilor cât și al echilibrului psihic al acestora.

În definirea consilierii, McLeod, J.(2003) pune accentul pe acumularea unui set de abilități de comunicare, modificate prin experiență, intuiție și diverși factori interpersonali cât și pe însușirea teoriilor psihologice. De asemenea, acesta este de părere că "procesul de consiliere trebuie să fie centrat pe nevoile și scopurile beneficiarului pentru a-l ajuta pe acesta în situații de criză, ghidare, rezolvare a problemelor și în dezvoltarea relațiilor". Rolul asistentului social în consiliere este de a motiva beneficiarul să acționeze pentru schimbarea comportamentului ce a determinat situația de criză și pentru a-și restabili echilibrul bio-psihio-social.

În practica asistențială, comunicarea reprezintă un aspect esențial al interacțiunii dintre asistentul social și client. Construirea unei relații corecte și eficiente între asistent și asistat depinde de calitatea procesului de comunicare.

Seden, J. plasează central abilitățile de consiliere în munca asistentului social , abilități utilizate în comunicarea cu beneficiarii cât și în consolidarea relațiilor profesionale ale acestuia. Autoarea face referire și la adaptarea limbajului ținând seama de interlocutor: beneficiari (copii, persoane tinere și adulte) , membri echipei multidisciplinare, agenții și instituții.

O parte esențială a activității de asistent social clinician este colaborarea cu membrii echipei multidisciplinare. Potrivit lui Schram, B. și Reid, M. B.(1997) în funcție de tipul spitalului, echipa multidisciplinară poate fi formată din doctori, asistenți medicali, psihologi, asistenți sociali, fizioterapeuți și terapeuți ocupaționali. Legislația din România prevede faptul că serviciile de îngrijire social- medicale sunt realizate de echipe pluridisciplinare.

"Echipa pluridisciplinară poate cuprinde asistent social, asistent maternal, îngrijitor, însoțitor, asistent personal, ajutor menajer, educator specializat, psihoterapeut, psihopedagog, psiholog, terapeut ocupațional, kinetoterapeut, logoped, pedagog social,

asistent medical si medic, precum si alte profesii conexe domeniului social si medical”(O.G. Nr. 68/ 2003, cu modificările și completările ulterioare, art. 22, aliniatul 2).

În articolul lor, Wayne Ambrose- Miller și Rachelle Ashcroft vorbesc despre colaborarea interprofesională. Aceasta este văzută ca un factor important în munca asistenților sociali. Participanții la studiu au identificat șase posibile bariere și factori ce facilitează colaborarea: cultura, identitatea proprie, clarificarea rolurilor, luarea deciziilor, comunicarea și dinamica puterii.

Experiența asistenților sociali în ceea ce privește munca în echipă, aduce sistemului medical o perspectivă unică, având ca rol tratamentul holistic al pacientului. Însă, în vederea unei colaborări de succes cu echipa multidisciplinară, este esențială clarificarea rolului asistentului social în echipă. Aceștia pot aduce bune abilități de comunicare, integritate și valori. Acest studiu a identificat câteva zone de îngrijorare printre care se număra tensiune dintre rolul bine definit al asistentului social și fluiditatea rolurilor membrilor echipei.

Un studiu din 1967 a demonstrat faptul că doctorii și asistenții sociali au concepții diferite cu privire la rolul asistentului social în spitale. Rezultatele studiului au evidențiat faptul că medicii exclud asistentul social din echipa multidisciplinară, fiind de părere că acesta ar trebui să se preocupe doar cu problemele pacienților. (Ferguson, E. A., 1975). Însă, în anul 2013, Craig, S. L., Muskat, B. realizează o cercetare cu privire la rolurile asistentului social în cadrul spitalicesc, ce a avut ca rezultat o acceptare și o incluziune a asistentului social de către cadrele medicale. Medicii și asistente medicale au identificat abilități critice posedate de asistenții sociali, printre acestea numărându-se evaluări complete, abilități de rezolvare a problemelor, set mare de cunoștințe și abilitatea de a afecta în mod pozitiv întregul sistem al unei persoane, cât și resursele comunității.

În prezent, legislația instituțiilor medicale în cadrul cărora sunt angajați asistenți sociali prevăd includerea acestora în echipa multidisciplinară. Prezența asistentului social în această echipa este necesară pentru oferirea unor servicii complete pacienților, cât și pentru a deservi rolul de persoană de legătură între aparținători și personalul medical.

Așadar, prezența asistenților sociali în echipele terapeutice din cadrul spitalelor/ clinicilor este de o importanță majoră datorită pregătirii acestora în ceea ce privește înțelegerea și interpretarea comportamentului uman, a consilierii, a colaborării cu alți specialiști, a comunicării, negocierii și nu în ultimul rând al cercetării. Toate aceste abilități ale asistenților sociali conduce la o îmbunătățire a managementul situațiilor de criză, dezvoltării programelor, cercetărilor și a implicării în activități educaționale și de predare.

Ferguson, E. A. (1975) este de părere că asistentul social clinician, pe lângă atribuțiile de asistent social, trebuie să îndeplinească o serie de roluri specifice activității în spațiul medical și anume:

- consilier de grup, educator, consultant și agent al schimbării;
- legătura dintre spital și resursele comunității;

- transmite informații medicale și recomandări în afara spitalului;
- referă pacienții la asistenți sociali în afara spitalului;
- ajută familia să își planifice responsabilitățile pe timpul spitalizării.

Pe lângă cele menționate mai sus, asistentul social clinician este responsabil și de:

- Acțiuni pentru reducerea numărului de abandonuri în spitale;
- Consilierea mamelor ce prezintă risc de abandon în spital cu privire la importanța declarării copiilor și obținerea actelor de identitate;
- Colaborarea cu autoritățile pentru declararea și rezolvarea deceselor cazurilor sociale;
- Organizarea și desfășurarea unor programe de educație pentru sănătate;
- Păstrarea legăturii cu aparținătorii pacienților, având sarcina de a asigura informarea periodică a acestora asupra stării pacienților și planurilor de investigații, consultații și tratament;
- Acțiuni de identificare a persoanelor internate ca necunoscut și care se află în situație de risc social.

Autorii Craig, S. L. și Muskat, B. au realizat un studiu calitativ, având ca grup țintă asistenți sociali clinicieni. Scopul cercetării a fost de a solicita asistenților sociali să vorbească despre propria lor percepție față de rolurile, contribuția și funcționarea asistențială într-un mediu spitalicesc în schimbare. Principalele roluri identificate de aceștia fiind: paznic (controlarea mulțimilor, rezolvarea problemelor comportamentale) , om de serviciu (curăță mizeria altora) , lipici(ținerea laolaltă a pacienților și familiilor lor, suport în comunicarea angajați- pacienți) , broker(legătura critică pacient- servicii) , pompier(intervenirea în situații de criză), jongler(jonglarea unei varietăți de roluri și responsabilități) și provocator (reprezentarea pacienților în conflicte).

Un aspect important de menționat cu privire la profesia de asistent social clinician se referă la supervizare. Autorii Osman, S., Dungee- Anderson, D., Holzhalb, C., Martin, J.A. și Timberlake, E.(2002) sunt de părere că asistentul social își poate menține sănătatea mentală doar prin supervizare profesională.

Supervizarea profesională este importantă în activitatea asistentului social clinician datorită posibilelor problematici etice și morale, lipsa suportului din partea instituției angajatoare, presiune exercitată de beneficiari, conflicte de interes și suprasolicități profesionale. Rolul supervisorului este de a menține moralul angajaților, de a-i sprijini pe cei descurajați sau nemulțumiți de problemele profesionale, de crearea sentimentului propriei valori profesionale, apartenență la organizația în care își desfășoară activitatea respectivă cât și a unui sentiment de securitate și autonomie.(Kadushin, 1992).

Burnoutul este definit de către psihanalistul Freudeberg drept " o epuizare cauzată de participarea sufletească și de dezamăgiri, care-i afectează de pe cei ce exercită profesii prin care acordă ajutor persoanelor cu probleme".

După părerea lui Reed (1979) burnoutul apare cel mai des în cazul persoanelor cu profesii ce oferă ajutor, spre exemplu profesori, consilieri, asistenți sociali. Marc și Bacter (2013) sunt de părere că persoanele care sunt angajate în activități ocupaționale ce necesită relații intense cu alte persoane sunt mai predispuse la a experimenta acest sindrom. În această categorie sunt incluși și asistenții sociali.

Acest sindrom este în strânsă legătură cu stresul și poate dura câțiva ani. Este nociv în mod fizic asupra persoanei și în mod psihic asupra celor din jurul lui. Consecințele burnoutului nu pot fi ignorate. Printre acestea se numără capacitatea redusă de muncă, performanța redusă și probleme de sănătate a angajaților, productivitate scăzută, creșterea absenteismului, suportarea costurilor medicale de către instituție cât și potențiale conflicte între membrii instituției (Marc, Bacter, 2013). Schram și Reid (1997) sunt de părere că burnoutul poate determina asistenții sociali să devină nepăsători cu privire la problemele beneficiarilor, poate chiar să îi disprețuiască, să râdă de ei, să îi stereotipeze sau să îi trateze în moduri nefavorabile. Acest fenomen determină asistenții sociali să exagereze diferențele dintre ei și beneficiari, văzându-i pe aceștia "mai puțin buni, mai puțin capabili și mai condamnabili" decât pe ei.

Profesia de asistență socială se distinge de alte profesii ce oferă ajutor prin tipurile specifice de intervenție centrate pe diferite categorii de beneficiari în situații de risc sau dificile, cum ar fi: persoane cu dizabilități, persoane abuzate, persoane cu un statut economic scăzut, persoane fără adăpost. De cele mai multe ori motivația scăzută a beneficiarilor, contactul cu aceștia, complexitatea cazurilor, incertitudinea, legislația și limitările intervenției fac ca asistentul social să aibă sentimente de frustrare. (Marc, Bacter, 2013).

1.3. Asistența socială de tip clinic în România

Asociația ASPROAS vorbește despre nevoia ca asistenții sociali să fie angajați în spitale, făcând referință la suport; unul dintre tipurile de suport ce poate fi oferit constă în aducerea resurselor mai aproape de familii. Aceștia sunt de părere că:

"rolul asistenților sociali este unul extrem de important, spre exemplu, pregătirea familiei în privința posibilelor modificări ce vor apărea atât în viața socială cât și profesională a persoanelor spitalizate. Viața acestora se va schimba radical, fapt pentru care întreaga familie va avea nevoie de suport din partea asistentului social. Stresul, îngrijorările și perioada dificilă prin care trec aparținătorii persoanelor spitalizate pot fi diminuate prin ajutorul și îndrumarea asistentului social".

În data de 31 mai 2018 a avut loc un eveniment cu privire la Agenda 2030 cu tema "Abordarea celui de-al treilea obiectiv de dezvoltare durabilă: Asigurarea unei vieți sănătoase și promovarea bunăstării pentru toți la toate vârstele – dialog asupra politicilor". În cadrul discuțiilor s-a evidențiat importanța asistenților sociali în spitale. Reprezentanta asistenților sociali, Ana Rădulescu afirmă că "introducerea asistentului

social în discuția privind asistența persoanelor care se confruntă cu probleme medicale este o valoare adăugată necesară". În urma întâlnirii cu Domnul Dr. Alexandru Rafila (OMS) urmează să se discute modurile în care asistentul social poate oferi intervenții în vederea satisfacerii nevoilor pacienților, a familiilor acestora în contextul social în care aceștia trăiesc.

Metodologie

Scopul acestei cercetări a fost identificarea rolului pe care asistenții sociali îl au în instituțiile medicale din România.

În acest sens, ne propunem următoarele **obiective**:

Ob 1: Identificarea intervențiilor oferite de către asistenții sociali pacienților;

Ob 2: Identificarea magnitudinii sindromului burnout și a metodelor de coping în rândul asistenților sociali clinicieni;

Ob 3: Identificarea calității relației dintre asistenții sociali și membrii echipei multidisciplinare;

Ob 4: Identificarea perspectivelor asistenților sociali cu privire la îmbunătățirea profesiei.

2.1. Metoda de cercetare

Ținând seama de scopul și obiectivele prezentate mai sus, am ales să utilizez metoda de cercetare calitativă, folosind drept instrumente de cercetare interviul semi-structurat și studiul de caz. Septimiu Chelcea (2004) definește interviul ca fiind metoda de a obține prin întrebări și răspunsuri informații de la indivizi și grupări umane în vederea verificării ipotezelor sau pentru descrierea științifică a fenomenelor socio-umane. Am ales să realizez un interviu semi-structurat pentru a oferi respondenților posibilitatea de a-și prezenta propriile puncte de vedere și percepții cu privire la temele abordate.

2.2. Instrumentul de cercetare

Interviul a fost structurat în 25 de întrebări, abordând o serie de teme și având ca scop identificarea dificultăților întâmpinate de asistenții sociali în exercitarea profesiei, tipul de intervenții oferite beneficiarilor, modul în care aceștia fac față stresului, cât și perspectivele asistenților sociali clinicieni cu privire la această profesie. Întrebările cheie, folosite în partea de cercetare sunt următoarele: "Care sunt problemele concrete întâmpinate de beneficiari, ce necesită ajutorul asistentului social?", "Ce fel de consiliere este oferită beneficiarilor?", "Care este atitudinea beneficiarilor cu privire la consiliere?", "Consideați că ședințele de consiliere aduc schimbări în viața acestora?", "Cum ați descrie colaborarea cu membrii echipei terapeutice?", "Cum reușiți să vă detașați de un caz pentru a preveni

burnout-ul? ” , ”Cum faceți față stresului? ”și ” Ce schimbări considerați că sunt necesare pentru îmbunătățirea profesiei dumneavoastră?”.

2.3. Eșantionul

Pentru cercetarea de față am intervievat 8 asistenți sociali clinicieni, ce își desfășoară activitatea în spitalele din Timișoara, Arad și București (în spitale județene, maternități, clinici de psihiatrie, clinici de pediatrie și în Unități de Primiri ale Urgențelor). Numărul relativ scăzut al participanților la cercetare a fost datorat dificultății de a găsi profesioniști dispuși să răspundă la acest interviu. Dintre cei contactați, o parte au refuzat să participe din cauza diferitelor probleme cu care aceștia se confruntă: lipsa timpului necesar, volumul mare de muncă, considerente de confidențialitate și motive personale. De asemenea, am întâmpinat reticență din partea unor asistenți sociali care au refuzat să participe la cercetare din motive legate de punctele de vedere și sfaturile superiorilor.

În ceea ce privește studiile de caz, acestea au fost analizate cu ajutorul specialiștilor dintr-o secție a unui spital județean. Informațiile referitoare la studiile de caz au fost obținute prin interviuarea profesioniștilor care le-au propus spre analiză, fără a mi se permite studierea unor documente propriu-zise.

2.4. Colectarea, stocarea și analiza informațiilor

Interviurile cu asistenții sociali din Timișoara au avut loc față în față, având o durată de 15 până la 30 de minute. În ceea ce privește modul de interviuare a respondenților din Arad și București, am fost nevoită să apelez la interviuarea de tip online, prin email.

Pentru colectarea informațiilor a fost folosită transcripționarea, la cererea respondenților din considerente de confidențialitate. Răspunsurile au fost mai apoi transcrise în documente Microsoft Word, pentru a putea fi realizată analiza informațiilor.

2.5. Etica cercetării

Respondenții au fost informați cu privire la scopul cercetării, cât și la faptul că toate informațiile colectate sunt absolut confidențiale, având dreptul să refuze să participe la cercetare, fără niciun fel de consecințe, iar pentru a respecta caracterul confidențial, nu au fost incluse în analiză informații care ar putea duce la identificarea participanților la cercetare.

2.6. Limitele cercetării

Interpretarea și generalizarea rezultatelor necesită prudență, având în vedere numărul relativ redus al participanților la această cercetare și faptul că au fost asistenți sociali care au refuzat participarea la cercetare la sfatul instituțiilor angajatoare. De asemenea, trebuie

menționat faptul că asistenții sociali participanți provin în special din spitale aflate în zona de vest a țării. În ceea ce privește analiza, nu a fost posibil studiul documentelor studiilor de caz.

Rezultate și discuții

Am ales o abordare fenomenologică a analizei răspunsurilor. În acest sens, printr-o tehnică de reflexie a răspunsurilor primite, am realizat o investigație sistematică și o analiză comprehensivă a acestora, grupându-le în 4 teme.

"Fenomenologia nu face nimic altceva, pentru Husserl, decât să explice sensul pe îl are lumea obiectivă a realităților pentru noi toți în experiență, sens pe care filosofia îl poate degaja, face să iasă la suprafață[...] Ea răspunde în primul rând nevoii de a descrie și de a înțelege experiența trăită a adevărului, fără să cadă în psihologismul și relativismul pe care le implică". (Mucchielli, 2002).

3.1. Tema 1: Tipurile de sprijin oferite de către asistenții sociali clinicieni

Prima temă de referință pe care am ales să o analizez se referă la modul în care asistenții sociali clinicieni ajută beneficiarii în soluționarea problemelor. Consider că această temă este de o deosebită importanță datorită faptului că în literatura de specialitate există o serie de roluri/ sarcini/ tipuri de sprijin descrise. Am dorit astfel să aflu dacă rolurile asistenților sociali clinicieni din România sunt în concordanță cu rolurile descrise de către autorii de specialitate.

Pentru a determina acest lucru, am adresat asistenților sociali întrebarea " Care sunt problemele concrete întâmpinate de beneficiari, ce necesită ajutorul asistentului social?" urmând să compar sarcinile aferente problemelor beneficiarilor cu cele descrise în literatură.

Din interviurile cu asistenții sociali am identificat o serie de probleme cu care se confruntă pacienții, respectiv beneficiarii serviciilor de asistență socială și care necesită informarea și sprijinul acordat de către asistenții sociali.

Unul dintre asistenții sociali face o ierarhizare a problemelor cu care se confruntă beneficiarii: *"lipsa actelor de identitate, lipsa unei locuințe, violența domestică, singurătatea (nu există rude sau alte persoane care să le ofere sprijin în asigurarea nevoilor de bază: alimentație, igienizare, mobilizare), nu au venituri sau au venituri mici, neînscriserea la medicul de familie, nu sunt asigurați din punct de vedere medical, nu au aparținători, consumul de substanțe, alcool, tentative de suicid."* Astfel asistenții sociali care își desfășoară profesia în spitale au rolul de a asista beneficiarii în rezolvarea problemelor în ceea ce privește întocmirea actelor, găsirea unei locuințe, renunțarea la alcool și/ sau substanțe psihoactive și de a interveni prin informare și consiliere în prevenirea suicidului. Potrivit autorilor Craig și Muskat (2013) asistenții sociali clinicieni au

următoarele roluri: de a rezolva problemele, de a realiza planuri de intervenție și de a facilita accesul beneficiarilor la servicii.

Una dintre principalele probleme ale beneficiarilor, identificate de toți asistenții sociali intervieuați este lipsa actelor și a unei locuințe. În acest sens asistenții sociali clinicieni oferă suport beneficiarilor în obținerea: CNP-ului, a actelor de identitate, a CIP-ului (carte de identitate provizorie), a dovezilor de asigurare de sănătate, a documentelor medicale, cât și în înregistrarea nașterilor și efectuarea actelor de stare civilă.

În ceea ce privește lipsa locuinței, asistenții sociali recurg la o serie de demersuri pentru rezolvarea acestei situații. Prima etapă constă în căutarea aparținătorilor (familie, cunoștințe, vecini). Asistenții sociali beneficiază în această etapă de ajutorul secțiilor de poliție și a DGASPC-urilor din localitățile de domiciliu ale pacienților. În cazul în care aparținătorii nu sunt găsiți, asistenții sociali încearcă să ofere o soluție provizorie prin internarea pacienților în instituții specializate (centre, adăposturi) sau prin prezentarea cazului medicului care ar putea facilita internarea în spital pentru puțină vreme. De asemenea, asistenții sociali responsabilizează beneficiarii în a-și păstra locul la adăpost.

Pe lângă obținerea actelor, asistentul social oferă sprijin prin însoțirea pacienților la comisii (de capacitate de muncă sau de expertiză a persoanelor cu handicap), găsirea aparținătorilor, obținerea de anchete sociale de la domiciliul pacientului și depunerea documentației pentru obținerea pensiei pentru limita de vârstă. Asistenții sociali se simt nevoiți să *"responsabilizăm pacienții cu privire la cât de important este să dețină acte de identitate, să își păstreze locul de muncă și să renunțe la consumul de alcool, să își mențină locul la adăpost altfel va fi înlocuit de altă persoană"*.

Un exemplu clar în ceea ce privește lipsa actelor și a unei locuințe este cazul domnului M.A., găsit în stradă de către un trecător, pacientul fiind adus în Unitatea Primiri Urgențe de către ambulanță. Acesta nu deține acte de identitate și prezintă indici de neglijență. Bărbatul declară că este divorțat, în urma divorțului ajungând în stradă. Acesta susține că în urma căsniciei au rezultat doi copii, însă după divorț nu a păstrat legătura cu aceștia. De asemenea, bărbatul afirmă că nu are alți aparținători din familia lărgită care să îi ofere sprijin.

Asistentul social a apelat la ajutorul poliției pentru a-l identifica pe beneficiar în vederea întocmirii actelor de identitate și a contactat adăposturile din zonă pentru a-i găsi o locuință temporară. De asemenea bărbatului i-au fost oferite servicii de informare și consiliere cu privire la importanța deținerii actelor și găsirea unui loc de muncă.

Cazul doamnei D. ilustrează una dintre cele mai frecvente probleme pentru care serviciul UPU este solicitat și anume, violența domestică. Pacienta, în vârstă de 43 de ani a ajuns în stare gravă la Secția UPU prezentând un traumatism cranian deschis. Din discuția asistentului social cu beneficiara, reiese faptul că în urma unui conflict intrafamiliar cu soțul, acesta a devenit agresiv, atât în mod verbal, cât și fizic, împingând-o pe scări. Pacienta în cauză locuiește în mediul urban, având doi copii minori în vârstă de 14,

respectiv 4 ani, rezultați din căsnicia cu domnul D. Fiul cel mare este cel care a găsit-o pe mama sa căzută și a solicitat sprijinul ambulanței. Aceasta nu a avut nevoie de internare, petrecând o zi întreagă în secția UPU, după care seara a plecat singură acasă.

Asistentul social i-a oferit servicii de consiliere, suport și îndrumare pe perioada staționării în Secția UPU. A informat pacienta despre posibilitatea de a beneficia de serviciile oferite în cadrul Federației Caritas a Diecezei Timișoara - Servicii Sociale pentru Persoane Victime ale Violenței. A fost îndrumată spre Institutul de Medicină Legală pentru obținerea unui certificat medico-legal, cât și spre Poliție pentru a solicita ordin de protecție.

Tipurile de consiliere oferite în spitale de către asistenții sociali sunt diverse, dintre acestea amintim: consiliere în obținerea actelor necesare, consiliere referitoare la variantele de ajutor din partea statului, consiliere pentru păstrarea sarcinii, consilierea persoanelor consumatoare de substanțe/ alcool cu privire la efectele nocive și posibilitățile de tratament, consiliere cu privire la integrarea lucrativă și mediere în relațiile cu familia.

Una dintre piedicile întâmpinate de către asistenții sociali în realizarea consilierii este lipsa unui spațiu alocat exclusiv acestei sarcini. În afara cazurilor în care consilierea se desfășoară în salon, la patul pacientului din cauza unor probleme de sănătate, asistenții sociali se găsesc deseori nevoiți să realizeze ședințe de consiliere pe holuri sau pe scări. Asistenții sociali descriu locurile în care desfășoară ședințele de consiliere *"în salon, pe coridoare, sau unde avem spațiu"*, *"Nu am loc rezervat unde să pot discuta cu ei"*, *"la patul pacientului, la salon, în cabinetul medical"*.

În ceea ce privește perspectiva beneficiarilor cu privire la serviciile de consiliere, asistenții sociali ce au răspuns la interviu susțin că majoritatea beneficiarilor sunt recunoscători, mulțumiți cu privire la ședințele de consiliere. Asistenții sociali clinicieni sunt de părere că aceste ședințe sunt benefice, că ajută beneficiarii și că aduc o schimbare pozitivă în viața acestora.. *"majoritatea sunt mulțumite, mămicile îmi mulțumesc pentru informații."*, *"Consilierea aduce schimbări cu siguranță"*, *"sunt receptivi și agreează soluțiile prezentate"*, *"Sunt schimbări în bine în viața celor ce beneficiază de serviciile sociale"*. Cu toate acestea, au existat cazuri în care beneficiarii au refuzat consilierea, au fost reticenți cu privire la aceste ședințe din cauza neîncrederii în asistentul social și din frica de a se afla diferite informații despre el sau aparținători. *"Există și pacienți recalcitranți la prima vedere, însă le explicăm că rolul nostru este de a-i ajuta. Consider că prin intermediul consilierii îi responsabilizăm pe pacienți. Sunt persoane care conștientizează importanța consilierii, dar și persoane care deși sunt consiliate, aleg să își continue viața în stilul lor."*

3.2. Tema 2: Burnoutul și metodele de coping în rândul asistenților sociali clinicieni

Burnoutul și stresul asociat profesiei de asistent social este real și resimțit cu siguranță de asistenții sociali clinicieni. Aceștia recunosc că le este dificil să se detașeze de problemele de la locul de muncă, de cazurile care nu au o soluție imediată și de problemele beneficiarilor. Respondenții afirmă *"Nu te poți detașa complet de situațiile cu care se confruntă asistații sociali", "Este foarte greu să nu te atașezi de caz, să nu te încarci cu problemele beneficiarilor"*. Pe lângă acestea, ei susțin că volumul mare de lucru, stresul și suprasolicitarea favorizează apariția acestei afecțiuni *"Există suprasolicitare care conduce la boli profesionale"*. Mărturiile acestor asistenți sociali întăresc argumentul Mariei Diaconescu (2015) cu privire la factorii de risc ai burnoutului: cantitatea mare de lucru, lipsa timpului și climatul stresant.

Aceștia sunt de părere că pentru a combate această afecțiune este necesar să se detașeze de cazuri atunci când părăsesc locul de muncă *"La plecarea acasă lăsam problemele la spital"*, să aibe discuții cu colegii (asistenți sociali, psihologi, medici) *"povestesc cu o prietenă (de profesie tot asistent social) despre diverse lucruri și despre întâmplările petrecute la locul de muncă (terapie pentru suflet)"*, să facă parte din grupuri de profesioniști pentru detensionare și suport și să aibă diferite lucruri care îi relaxează *"în timpul liber fac lucruri care mă relaxează și îmi propun să nu mă gândesc la job"*.

O serie de autori (Osman, Dungee-Anderson, Holzhalt, Martin și Timberlake, 2002) consideră că supervizarea are un loc deosebit de important în menținerea sănătății mentale a asistenților sociali și în prevenirea burnoutului. Activitatea de supervizare în cazul asistenților sociali respondenți este din păcate deficitară, în unele cazuri inexistentă. Unul dintre asistenții sociali intervievați afirmă că *"Supervizorul meu este asistentul medical șef, care nu e specialist în domeniul asistenței sociale, fapt pentru care nu deține o experiență pertinentă."* În cazul unora dintre spitale, supervizorul este un cadru medical sau DGASPC-ul din localitatea respectivă. Un singur asistent social s-a declarat mulțumit de serviciile de supervizare de care dispune. Așadar, lipsa unei supervizării potrivite, poate fi unul dintre motivele apariției burnoutului la asistenții sociali clinicieni din România.

3.3. Tema 3: Echipa multidisciplinară

Potrivit autorilor Wayne Ambrose Miller și Rachelle Aschcroft (2016), colaborarea cu echipa multidisciplinară este un factor extrem de important în munca asistenților sociali. Acest argument este întărit de către unul dintre respondenți, care susține că *"Este vitală colaborarea cu echipa terapeutică pentru reușita unui plan de intervenție având ca finalitate oferirea unor servicii adecvate nevoilor identificate"*.

Termenii folosiți de către asistenții sociali clinicieni intervievați în definirea relației cu ceilalți membrii ai echipei multidisciplinare au fost: eficientă, vitală, necesară, bună și perfectibilă. Aceștia susțin că deși uneori timpul nu le permite să aibe ședințe, *"Ne întâlnim când putem sau avem nevoie și discutăm"*.

Discuțiile și colaborarea cu membrii echipei multidisciplinare sunt extrem de importante datorită faptului că acestea facilitează oferirea unor servicii complete” *membrii echipei sunt colaboratori și generatori ai unui plan personalizat pentru fiecare beneficiar ce face obiectul muncii noastre, conform fișei postului și nu numai*”. Acest răspuns întărește punctele de vedere ale autorilor Craig și Muskat(2013) care consideră că munca echipei multidisciplinare aduce o perspectivă holistică în mediul spitalicesc, prin îmbinarea unei serii de servicii: medicale, psihologice și sociale.

Cinci dintre respondenții la interviu au afirmat că relația de colaborare cu echipa multidisciplinară este ” *în cele mai multe cazuri eficientă, cu excepții*”. Aceștia nu au oferit explicații clare cu privire la motivul pentru care în anumite situații cooperarea cu membrii echipei nu este una pozitivă, cu rezultate bune, însă o posibilă explicație ar putea fi aceea dată de autorii Wayne Ambrose Miller și Rachelle Ashcroft(2016), care consideră că tensiunea între membrii echipei multidisciplinare poate fi datorată neclarității rolurilor pe care atât asistentul social, cât și restul profesioniștilor îl au în echipa multidisciplinară. Acest lucru este confirmat de relatarea unui asistent social ”*Am avut o situație în care un medic mi-a spus să scot branula unei paciente. Atitudinea superioară și incapacitatea de a înțelege că un act medical nu este realizat de asistentul social demonstrează că medicul respectiv nu era informat cu privire la atribuțiile asistentului social. Nu era vina lui, e vina sistemului care l-a creat și care nu l-a făcut să înțeleagă exact care sunt ocupațiile și atribuțiile asistentului social*”.

Având în vedere că respondenții sunt angajați ai spitalelor, nu așteptăm o critică la adresa personalului medical și a colegilor din echipa multidisciplinară.

3.4. Tema 4: Perspectivile asistenților sociali cu privire la îmbunătățirea profesiei

Prin intermediul celei de-a patra temă am dorit să identific perspectivele asistenților sociali clinicieni cu privire la îmbunătățirea acestei profesii. Această întrebare extrem de importantă s-a dovedit a fi ușor de răspuns pentru asistenții sociali, care consideră că aceste schimbări întârzie să apară deși sunt deosebit de importante pentru practicarea profesiei și pentru îmbunătățirea serviciilor oferite beneficiarilor.

Șase dintre respondenți sunt de acord că în spitalul în care își desfășoară activitatea este nevoie de mai mulți asistenți sociali ”*ar trebui remediată problema în ceea ce privește volumul mare de muncă raportat la numărul de angajați. În prezent suntem doi asistenți sociali în spital.*”, ”*ar fi nevoie de cel puțin un coleg/o colegă*”. Faptul că în spitale nu sunt suficienți asistenți sociali nu este o noutate. Insuficiența angajaților din acest domeniu se datorează lipsei fondurilor salariale și a apariției fenomenului de burnout în cadrul angajaților care lucrează mai mult, apărând astfel un cerc vicios. Daniel Arpinte (2006) vorbea în articolul ”Profesionalizarea serviciilor de asistență socială” despre faptul că una dintre cele mai importante probleme ale sistemului de asistență socială este insuficiența

profesioniștilor cât și înlocuirea acestora cu angajați fără studii de specialitate în domeniul asistenței sociale.

O altă schimbare pe care alți doi dintre asistenții sociali o consideră necesară este îmbunătățirea și investirea în serviciile sociale" *este nevoie ca societatea să pună la dispoziția acestui serviciu resursele necesare finalizării cu succes a planului intervențional personalizat în funcție de necesitățile fiecărui beneficiar*". Asemenea insuficienței angajaților și problema acordării resurselor necesare este datorată lipsei de fonduri. Elena Zamfir, prin articolul "Asistența socială față în față cu societatea riscurilor, din perspectiva politicilor sociale europene" evidențiază faptul că în România, repercusiunile crizei economice, sociale și morale au determinat formarea unui sistem de asistență socială deficitar ca buget, lipsit de resurse umane, dar și fragil.

Legată de insuficiența fondurilor este și problema identificată de unul dintre respondenți. "lipsa unui spațiu optim, echipamentelor tehnice, a unui calculator" Această problemă este însă raportată la spitalul în care își desfășoară activitatea, soluționarea ei ținând de conducerea spitalului. Asistentul social, în lipsa unor echipamente tehnice (calculator, aparat foto, imprimantă, telefon de servici) este obligat să găsească soluții rapide, ajungând să utilizeze resurse financiare proprii pentru a ajuta beneficiarii. Faptul că întâmpină multe dificultăți în practicarea acestei profesii, o determină pe respondentă să afirme că "pe cât de frumoasă este profesia de asistent social, pe atât este de grea" și că "nu orice persoană este menită să fie asistent social".

Ulterior am schițat o interpretare a interrelaționării temelor găsite, apelând la un demers hermeneutic.

Prin analiza acestor teme de cercetare, am identificat o legătură între cele patru, după cum urmează:

Membrii echipei multidisciplinare sunt responsabili de colaborare în scopul oferirii de servicii complete și soluționări eficiente a cazurilor beneficiarilor. Pentru a realiza acest lucru, asistentul social îndeplinește o serie de sarcini pentru a veni în sprijinul beneficiarilor și a multitudinii de probleme cu care aceștia se confruntă.

Lipsa/ insuficiența fondurilor și a angajaților determină un efort suplimentar din partea asistenților sociali pentru a ajuta beneficiarii.

Pe lângă toate aceste aspecte, stresul și presiunile cât și lipsa unei supervizări eficiente determină apariția sindromului burnout în rândul profesioniștilor din domeniul asistenței sociale.

Concluzii

Cercetarea a pornit de la dorința de a identifica rolul pe care asistentul social îl are în spitale. Sprijinirea beneficiarilor în soluționarea problemelor cu care se confruntă, colaborarea cu membrii echipei multidisciplinare în acest sens, modul în care asistenții

sociali previn burnoutul și necesitatea aducerii unor schimbări în ceea ce privește profesia de asistent social sunt temele care au fost abordate în partea de cercetare.

În ceea ce privește rolul asistentului social în sprijinirea beneficiarilor pentru soluționarea problemelor cu care se confruntă am descoperit faptul că asistenții sociali clinicieni sunt responsabili de realizarea unei serii mari și diversificate de sarcini, care de obicei necesită mult timp și multe resurse. Principalele probleme cu care se confruntă beneficiarii din Timișoara, Arad și București sunt lipsa actelor, a locuinței și violența domestică. Asistenții sociali clinicieni colaborează în acest sens cu diferite instituții (Secții de Poliție, DGASPC-uri) pentru a-i ajuta pe beneficiari să obțină CNP-uri, cărți de identitate și CIP-uri (cărți de identitate provizorii). În vederea găsirii unei locuințe temporare, asistenții sociali clinicieni colaborează cu diferite instituții(cămine, adăposturi de noapte, adăposturi pentru situații de urgență). În cazul în care în aceste instituții nu există locuri disponibile, asistentul social clinician apelează la medici, pentru prelungirea timpului de internare. În tot acest timp, asistentul social, în colaborare cu Poliția și DGASPC-urile de pe raza localității de domiciliu a beneficiarilor, încearcă să găsească aparținătorii - familia apropiată, lărgită, cunoștințe sau vecini. În cazul victimelor violenței domestice, asistentul social clinician oferă servicii de informare și consiliere pentru a le sprijini pe acesta în alegerea unei alternative și în derularea demersurilor necesare.

Asistentul social clinician este responsabil și de realizarea ședințelor de consiliere pentru obținerea unor servicii și beneficii din partea statului, de înregistrare a nou născutului, de prevenire a suicidului, de conștientizare cu privire la consecințele consumului de alcool/ substanțe psihoactive, de integrare lucrativă) cât și de însoțirea beneficiarilor la diferite comisii(de încadrare în grad de handicap).

Burnoutul este o realitate în mediul spitalicesc, atât în rândul cadrelor medicale, ale asistenților medicali cât și în rândul asistenților sociali. Volumul mare de lucru, numărul insuficient de specialiști, stresul și lipsa unei supervizări potrivite, determină apariția acestei afecțiuni în rândul asistenților sociali clinicieni. Pentru a preveni apariția acestui fenomen, asistenții sociali clinicieni apelează la diferite tehnici/ metode de detașare printre care se numără discuțiile cu alți profesioniști, activitățile de relaxare în timpul liber și încercarea de a lăsa problemele pacienților la spital.

Rolul asistentului social în cadrul echipei multidisciplinare este unul extrem de important din mai multe motive. Ținând seama de răspunsurile asistenților sociali clinicieni am ajuns la concluzia că doar prin colaborarea tuturor membrilor echipei terapeutice, pacienții pot beneficia de servicii complete, integrate și de un tratament medical, psihologic și social. Acest lucru este întărit de punctele de vedere ai autorilor Oprea, Cojocar și Gavrilovici(2015) care consideră că asistentul social poate oferi pacientului ajutorul și consilierea necesară pentru ca acesta să își rezolve problemele cu care se confruntă.

Unul dintre rolurile asistenților sociali, definite de către Ferguson (1975) este agent al schimbării. Asistentul aduce multe schimbări în viața beneficiarilor prin ajutorul pe care îl oferă, însă schimbarea este necesară și în profesia de asistent social clinician. Pentru a îmbunătăți această profesie și serviciile sociale acordate, am cerut asistenților sociali clinicieni să enumere schimbările care consideră că sunt necesare. Una dintre principalele probleme în asistența socială identificate de către respondenți este numărul scăzut al profesioniștilor din acest domeniu. Respondenții sunt de părere că la momentul actual volumul de muncă este prea mare pentru numărul angajaților. De asemenea aceștia consideră că insuficiența fondurilor alocate pentru serviciile sociale determină o scădere a calității în ceea ce privește suportul și serviciile acordate beneficiarilor.

Așadar, asistentul social are un rol deosebit de însemnat în spitale, prin serviciile acordate beneficiarilor, prin ajutorul membrilor echipei multidisciplinare în soluționarea cazurilor și prin realizarea unor schimbări semnificative atât în viața beneficiarilor cât și în aspectele legate de această profesie.

Ținând seama de rezultatele acestei cercetări, am formulat o serie de propuneri. Prima dintre acestea vizează angajarea unui număr mai mare de asistenți sociali în spitalele din România și realizarea unor cadre socio-economice care să permită angajarea asistenților sociali în majoritatea spitalelor. La baza acestei propuneri se află sindromul burnout care deteriorează starea socială, psihologică și emoțională a asistenților sociali care își desfășoară activitatea în unități medicale. Schröder (2010) vorbește despre o serie de principii de tratare a burnoutului. În acest sens, se pune accentul pe coaching individual, pe terapia de cuplu și pe resursele materiale/ psihice și energetice de care dispune persoana.

Autori precum Reed (1979), Schram și Reid (1997), Marc și Bacter (2013) au precizat în lucrările lor faptul că printre principalele cauze ale acestui fenomen se numără volumul mare de muncă, stresul și lipsa supervizării. În acest sens, o altă propunere se referă la facilitarea unei colaborări eficiente cu instituții precum Colegiul Asistenților Sociali din România, Casa de asigurări de sănătate, Colegiul Medicilor, Colegiul Psihologilor, Direcțiile de Asistență Socială, Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului și Direcțiile de Sănătate Publică în vederea creării unor oportunități de supervizare a asistenților sociali din unitățile medicale.

De asemenea, consider că ar fi prielnică crearea unor programe de studii post-universitare sau masterale de asistență socială clinică, având în vedere necesitatea unei formări profesionale suplimentare în acest domeniu.

O altă propunere vizează încurajarea unităților spitalicești de a realiza proiecte de cercetare cu unități medicale partenere din străinătate, care au deja o tradiție în asistența socială de tip clinic.

Nu în ultimul rând, realizarea unei cercetări calitative, având ca temă principală "Influența burnoutului asupra vieții personale și profesionale ale asistenților sociali de tip

clinic". Consider că rezultatele unei astfel de cercetări ar putea constitui bazele scrierii și implementării unui proiect în vederea oferirii acestei categorii de profesioniști sprijin, consiliere și metode de coping având ca scop îmbunătățirea calității vieții a acestora și a serviciilor pe care ei le oferă beneficiarilor.

Bibliografie

- Ambrose-Miller, W., Ashcroft, R. (2016). Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams. NASW Press, Health & Social Work. Vol. 41. Nr. 2.
- Aprinte, D. (2006). Profesionalizarea serviciilor de asistență socială. Accesat la <http://www.revistacalitateavietii.ro/2006/CV-3-4-06/8.pdf> în data de 30.05.2018.
- Barker, R. L. (2003). The Social Work Dictionary. Ediția a V-a. NASW Press: New York.
- Chelcea, S. (2004). Metodologia cercetării sociologice. Editura Polirom: Iași.
- Codul deontologic al profesiei de asistent social accesat la http://www.carp-omenia.ro/wp-content/uploads/2015/07/cod_deontologic_as.pdf în data de 6.06.2018.
- Craig, S. L., Muskat, B. (2013). Bouncers, Brokers, and Glue: The Self-described Roles of Social Workers in Urban Hospitals. NASW Press, Health & Social Work. Vol. 38. Nr. 1.
- Diaconescu, M. (2015). Burnout, Secondary Trauma and Compassion Fatigue in Social Work. Revista de Asistență Socială, Volume 3.
- Ferguson, E. A. (1975). Social work an introduction. Ediția a III- a. Library of congress: Datam.
- Goldstein, E. (1996) . What is clinical social work? looking back to move ahead. Clinical Social Work Journal, Volume 24, Nr.1.Pp. 89-99.
- Hardiker, P., Curnock, K. (1984). Social work assessment processes in work with ethnic minorities.The Doshy Family.British Journal of Social Work.
- Hepsworth, H. D., Larsen, J.A. (1986). Practica directă a asistenței sociale. Teorii și abilități. The Dorsey Press: Chicago.
- Kadushin, A. (1992),„Supervision in Social Work. Third edition. Columbia University Press: New York.
- Marc, C., Bacter, C.(2013). Stress and Burnout Among Social Workers. Revista de Asistență Socială. Nr. 3.
- Mann, C. C., Golden, J.H., Cronk, J. N., Gale, J. K., Hogan, T., Washington, K. T. (2016). Social Workers as Behavioral Health Consultants in the Primary Care Clinic. Health & Social Work. Vol. 41. Nr. 3.
- McLeod, J.(2003). O introducere în consiliere. Open University Press: Berkshire.
- Moraru, Monica. (2013). Consiliere și orientare. Elemente de formare a profesioniștilor. Constanța: Editura Ovidius University Press.

- Mucchielli, A. (2002). Dicționar al metodelor calitative. București: Polirom, pg. 149.
- Neamțu, G. (coord.) (2003). Tratat de asistență socială. Editura Polirom: Iași.
- Oprea, L. , Cojocaru, D. , Gavrilovici, C.(2015). Bazele comportamentului social în sănătate. Editura Pro Universitaria: București.
- Osman, S., Dungee-Anderson, D., Holzhalt, C., Martin, J. A. & Timberlake, E. (2002) . Professional Development and Practice Competencies in Clinical Social Work. A Position Statement of the American Board of Examiners in Clinical Social Work.
- Reed, S.(1979). Teacher burnout- A growing hazard. The New York Times Press: New York.
- Schram, B., Reid, M.B.(1997). O introducere în Serviciile Umane. Politici și practică. Allyn& Bacon: Boston.
- Schröder, J. P. (2010). Cum să depășim sindromul burnout. Suprasolicitarea emoțională și profesională. Editura ALL: București.
- Seden, J. (2005). Abilități de consiliere în practica asistenței sociale. Open University Press: New York.
- Tutty, L. A., Rothery, M. A., Grinnell, R. M. Jr. (2005). Cercetarea calitativă în asistența socială. Faze, etape și sarcini. Polirom: Iași.
- Zamfir, E. (2012). Asistența socială față în față cu societatea riscurilor, din perspectiva politicilor sociale europene. Accesat la <http://www.revistacalitateavietii.ro/2012/CV-2-2012/02.pdf> în data de 30.04.2018.
- Articol privind necesitatea asistenților sociali în spitale accesat la <http://www.asproas.ro/asistentii-sociali-sunt-necesari-in-spitale/> în data de 19.05.2018.
- Articol privind munca asistenților sociali în spitalele de psihiatrie accesat la <https://www.socialworkdegreeguide.com/faq/what-do-social-workers-who-work-in-psychiatric-facilities-do/> în data de 09.05.2018.
- Evoluția anuală FNUASS, accesat la <http://www.cnas.ro/page/evolutia-anuala-a-fnuass.html> în 7.06.2018
- OG NR. 68/ 2003, cu modificările și completările ulterioare, art. 22, aliniatele 1 și 2

Incluziunea socială a familiilor monoparentale

Loredana Lavinia ȚEȚ¹

Alexandru NEAGOE²

Abstract

Tema lucrării vizează problematica familiei monoparentale, ca fiind o categorie de populație vulnerabilă din punct de vedere psihosocial și material. Am ales să realizez această cercetare întrucât practic asistența socială iar în activitatea mea am avut ocazia să cunosc câteva cazuri de familii monoparentale. Din această perspectivă, am dorit să studiez caracteristicile acestor familii precum și riscurile, respectiv resursele de care aceștia dispun în ceea ce privește accesul la sursele de trai necesare, la un loc de muncă, la servicii și beneficii sociale, la o locuință, educație precum și servicii medicale. Metoda de cercetare aleasă a fost studiul de caz, iar instrumentele folosite au fost ghidul de interviu semistrukturat și studiul documentelor. Participanții la studiu au fost 8 titulari ai dreptului la alocația pentru susținerea familiei, unici susținători ai familiei. Importanța temei cercetate constă în evidențierea direcțiilor de acțiune imperios necesare în vederea sprijinirii acestei categorii de populație.

Cuvinte cheie: familie monoparentală, incluziune socială, servicii și beneficii sociale, factori de risc.

Introducere

Incluziunea socială reprezintă acțiunea de răspuns a politicilor sociale la situațiile de excluziune socială, drept urmare, pentru a putea înțelege importanța politicilor de incluziune socială avem nevoie de o analiză a cauzelor excluziunii sociale.

„Termenul de excluziune socială a apărut în Franța, în 1974, cu ocazia publicării de către René Lenoir, secretar de stat cu afaceri sociale în guvernul condus de Jacques Chirac, a cărții *Les Exclus*”, făcând referire la persoane cu handicap fizic și psihic, veterani invalizi, copii abuzați, familii cu părinți divorțați și alte persoane neadaptate social (Arpinte, Baboi, Cace, Tomescu & Stănescu, 2008, p. 340).

¹ West University of Timisoara, Blvd. Vasile Pârvan, No. 4, 300223, Timisoara, Timis, Romania; E-mail: loredana.tet80@e-uvt.ro

² West University of Timisoara, Blvd. Vasile Pârvan, No. 4, 300223, Timisoara, Timis, Romania; E-mail: alexandru.neagoe@e-uvt.ro

În încercarea de a defini statutul exclusului, CGP (Commissariat General du Plan) din Franța, a recunoscut dificultatea acestui demers, concluzionând că „factorii cauzatori ai excluziei – individuali, familiali sau socioeconomi – sunt multipli, fluctuând și interactivând și, în final, sunt cumulativi... oricine poate face orice din acest termen, de vreme ce se semnifică resentimentul celor care nu pot obține ceea ce au vrut” (Bocancea & Neamțu, 1999, p.139). Excluziunea socială este tot mai frecvent întâlnită datorită creșterii numărului celor care o suportă: persoane fără adăpost, locuitorii zonelor dezavantajate, șomeri, persoane fără resurse de întreținere sau cu venituri minimale, cei fără acces la un loc de muncă.

Conceptul de incluziune socială este prezentat de cele mai multe ori în opoziție cu excluziunea socială, cu sărăcia, lipsa participării la viața socială, a unui loc de muncă, a unei locuințe adecvate. Acest concept a apărut în anul 1957, odată cu înființarea Fondului Social European prin Tratatul de la Roma și constituirea Comunității Economice Europene. Unul din documentele europene reprezentative cu privire la incluziunea socială se află Strategia de la Lisabona 2000-2010, prin care liderii Uniunii Europene s-au angajat să lupte împotriva sărăciei și excluziunii sociale (Badea, 2010, p. 884)

„În limbajul instituțional românesc, conceptul de incluziune și dezvoltare socială a intrat în uz începând cu anul 2001, odată cu adoptarea HG nr. 829/2002, privind Planul Național Anti-Sărăcie și Promovarea incluziunii sociale. Un document definitoriu în acest sens este JIM (Documentul comun în domeniul Incluziunii sociale-Join Inclusion Memorandum). Acesta a fost elaborat de Guvernul României împreună cu Comisia Europeană, în perspectiva îndeplinirii obiectivelor de la Lisabona” (Arpinte, Baboi, Căce, Tomescu, & Stănescu, 2008, pp. 355-356).

Familia monoparentală: aspecte generale

Familia monoparentală reprezintă tipul de familie format dintr-un părinte și copilul sau copiii săi, aflați în relații de rudenie, rezultată prin filiație directă sau adopție. „Termenul one single parent family apare în literatura anglo-saxonă, la mijlocul anilor 1960. După 10 ani, societatea franceză începe să utilizeze un termen asemănător-famille monoparentale” (Scutaru, 2006, p.16). Aceste concepte au apărut odată cu extinderea fenomenului divorțialității. Conceptul de familie monoparentală marchează schimbarea viziunii societății în perspectiva de a privi fenomenul ca o alternativă și nu ca o deviație de la familia clasică. Acesta înlocuiește termenul de familie dezmembrată, incompletă sau asimetrică, utilizate în literatura românească.

Principalele cauze ale apariției familiilor monoparentale sunt: divorțul părinților, decesul unuia dintre aceștia, nașterea produsă întâmplător (sarcina adolescentină), adopția de către o persoană singură a unui copil precum și abandonul familiei. Anca

Scutaru (2006) identifica 3 categorii de familii monoparentale, în funcție de situația care a generat-o:

- monoparentalitatea impusă de decesul unuia dintre părinți;
- monoparentalitatea asumată de mama care trăiește experiența unei sarcini adolescente;
- monoparentalitatea dorită, în cazul divorțului sau a separării, precum și în cazul conceperii unui copil în afara căsătoriei sau consecință a adopției sau încredințării unui copil.

Principala caracteristică a acestor familii o reprezintă existența unui singur părinte susținător al familiei. Spre deosebire de familiile biparentale, în care responsabilitățile privind creșterea și educarea copiilor, a întreținerii familiei sunt distribuite între părinți, în cazul monoparentalității, unicul părinte preia toate aceste responsabilități, fiind de multe ori suprasolicitat.

În cazul familiilor monoparentale maternel, dificultățile materiale sunt accentuate datorită obstacolelor întâmpinate de acestea în găsirea unui loc de muncă, precum și absența sprijinului financiar din partea tatălui, fapt ce determină solicitarea serviciilor și beneficiilor sociale. De asemenea mamele sunt nevoite să substituie și rolul autoritar al tatălui, ceea ce presupune alocarea de timp și energie suplimentară, adeseori inexistente. Astfel este afectat procesul educațional al copilului, fie prin creșterea severității mamei în privința sancționării copilului, fie prin reducerea timpului petrecut împreună.

O problemă specifică familiilor monoparentale cu cel puțin doi copii o reprezintă tendința mamei de a atribui roluri parentale fraților mai mari față de cei mici. Mitrofan & Ciupercă (apud Scutaru, 2006, pp. 35-36) fac referire la „parentalizarea copilului”, proces prin care aceasta abdică sau își reduce rolul de părinte, devenind partener al copilului/copiilor mai mari în activitățile familiei. Odată cu împărțirea responsabilităților are loc și atribuirea rolului de confident al părintelui, fapt ce conduce la maturizarea forțată și prematură a primului născut.

Familiile monoparentale conduse de tată constituie o minoritate, conform statisticilor Recensământului din 2011, acestea reprezintă 20% din totalul familiilor monoparentale din România. Acest fenomen se explică prin acordarea custodiei, în caz de divorț, în special, mamelor, cu excepția situațiilor în care aceasta refuză, este incapabilă de a se ocupa de creșterea și îngrijirea copiilor sau își abandonează familia. De asemenea, în cazul parentalității adolescente, tații fug de responsabilități, în majoritatea cazurilor.

O problemă deosebită a familiilor conduse de tată o reprezintă realizarea sarcinilor casnice și gospodărești, pe care le împarte cu copiii, într-o mică măsură, întrucât dorește să-și dovedească competența. În plan emoțional, tații singuri sunt mai afectuoși decât cei din familii biparentale, adoptând un comportament mai puțin coercitiv în disciplină, odată cu stimularea autonomiei acestora. Totodată aceștia se dovedesc a fi mai interesați de educația copiilor decât tații din familii biparentale.

Famiiliile monoparentale se înscriu în categoria grupurilor vulnerabile datorită dificultăților cu care acestea se confruntă în plan socio-economic.

Principalele măsuri de incluziune socială a famiiliilor monoparentale

Accesul la un loc de muncă

Institutul Național pentru Statistică a identificat trei sectoare de activitate ale populației ocupate: formal, informal și cel al gospodăriilor. Cel formal este alcătuit din populația care activează cu forme legale de muncă. Cel informal este alcătuit din salariați neînregistrați, iar sectorul gospodăriilor este format din persoane care comercializează mai puțin de 50% din producție, numit și agricultură de subzistență (Preda et al., 2009, p. 39).

Factori de risc

În România, cea mai mare pondere a populației active se regăsește în sectorul informal și al gospodăriilor, fapt ce generează vulnerabilități în fața sărăciei în rândul celor care muncesc. Au fost identificate cinci riscuri majore ale pieței forței de muncă din România: munca în sectorul informal, munca în sectorul gospodăriilor, șomajul de lungă durată, descurajarea de a intra pe piața muncii precum și sărăcia celor care muncesc (Preda et al., 2009, p. 41).

Riscul cel mai ridicat de a activa în sectorul informal și al gospodăriilor îl prezintă cei cu nivel scăzut de pregătire școlară. Munca în sectorul gospodăriilor se referă la persoanele care realizează venituri din munci agricole și prestații sociale, acesta fiind mai extins în mediul rural. Fenomenul șomajului de lungă durată se referă atât la persoanele care activează în sectorul informal cât și la cei descurajați să se mai integreze pe piața muncii formale. Aceștia sunt dezamăgiți de insuccesele trăite pe piața muncii.

Direcții de acțiune

Piața forței de muncă din România este influențată de îmbătrânirea populației active, emigrație și lipsa corelării între cerințele pieței și sistemul educațional. „Până în 2020 se prognozează că numărul persoanelor de vârstă activă va scădea cu 4,5 % iar cel al vârstnicilor va crește cu aproximativ 13%” (Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, 2014, p.16). În aceste condiții, direcțiile de acțiune adoptate de România, prin Strategia Europa 2020 vizează atingerea ratei de ocupare de 70% pentru grupa de vârstă cuprinsă între 20-64 ani. În acest sens, măsurile active vizează furnizarea stimulentei pentru muncă prin acordarea venitului minim de inserție concomitent cu obținerea veniturilor salariale.

Acțiunile guvernului urmăresc relaxarea fiscală a forței de muncă, facilități pentru angajarea șomerilor și a persoanelor vulnerabile, diminuarea șomajului în rândul tinerilor care nu urmează programe educaționale, de formare profesională sau de training și nu au o dizabilitate (NEETD), creșterea participării pe piața muncii a persoanelor vârstnice, precum și creșterea participării femeilor pe piața muncii prin măsuri de reconciliere a vieții profesionale cu viața de familie (MMFPSPV, 2014).

În vederea integrării categoriilor vulnerabile pe piața forței de muncă, Guvernul are în vedere înființarea unor agenții locale pentru ocuparea forței de muncă, în apropierea sau pe teritoriul comunităților dezavantajate. În aceste zone, personalul Serviciului Public de Asistență Socială trebuie să ofere informații despre locurile de muncă existente și să sprijine populația în accesarea acestora (MMFPSPV, 2014, p.18).

Accesul la servicii sociale

Termenul de servicii sociale se referă la o varietate de servicii destinate nevoilor specifice ale persoanelor, familiilor și grupurilor vulnerabile, implicit familiilor monoparentale. Acestea au menirea de a sprijini persoanele aflate în dificultate până la depășirea situației de criză.

Factori de risc

Principalul obstacol în accesarea măsurilor de protecție socială de către cei vulnerabili o constituie lipsa de informare asupra existenței acestora. La nivelul comunelor și al orașelor mici, dezvoltarea serviciilor sociale a fost afectată de lipsa resurselor financiare și a personalului specializat. În multe localități, aceste servicii funcționează cu personal cu atribuții în asistență socială, întrucât nu au capacitatea de a recruta forță de muncă specializată datorită salariilor nemotivate raportat la volumul de muncă. O problemă deosebită a sistemului de asistență socială o reprezintă absența datelor cu privire la problemele sociale locale, nevoile grupurilor precum și a unui plan de necesități locale pentru furnizorii de asistență socială (MMFPSPV, 2014, p. 37).

Direcții de acțiune

În vederea reducerii sărăciei și a creșterii participării populației active pe piața muncii, se va implementa venitul minim de inserție (VMI) bazat pe evaluarea mijloacelor de trai, care va cuprinde trei beneficii de asistență socială: venitul minim garantat, alocația pentru susținerea familiei și ajutorul pentru încălzirea locuinței. Această măsură va oferi adulților apti de muncă, dar inactivi, un stimulent în direcția căutării active a unui loc de muncă, prin excluderea a 50% din veniturile de natură salarială. Principalele obiective ale

programului VMI sunt: „reducerea sărăciei... pentru beneficiari, creșterea gradului de frecvență a școlii pentru copiii beneficiarilor, creșterea ratei de ocupare a forței de muncă și a veniturilor beneficiarilor, identificarea corectă a persoanelor sărace, reducerea costurilor administrative ale sistemului precum și a costurilor private suportate de beneficiari” (MMFPSPV, 2014, p.23).

Pentru a veni în sprijinul familiilor monoparentale autoritățile locale urmăresc înființarea serviciilor sociale specifice nevoilor acestora: centre de consiliere pentru părinți, care să ofere servicii de educație parentală, centre de zi pentru familii aflate în dificultate, centre maternale ce oferă protecție mamei și copilului cu risc crescut de abandon.

Strategia națională de dezvoltare a serviciilor sociale are în vedere : activități de informare asupra drepturilor și beneficiilor, evaluarea necesităților și adaptarea serviciilor la nevoile în evoluție ale categoriilor vulnerabile, încurajarea participării persoanelor vulnerabile la elaborarea politicilor sociale și a acordării serviciilor sociale, acordarea sprijinului administrativ, facilitarea accesului la servicii specializate, dezvoltarea programelor de formare profesională pentru personalul de specialitate, îmbunătățirea finanțării serviciilor sociale, dezvoltarea echipelor comunitare de intervenție integrate (Ministerul Muncii, 2015).

Accesul la locuință

Nevoia de adăpost reprezintă o componentă fundamentală a incluziunii sociale. Persoanele cu venituri reduse se confruntă cu probleme grave în ceea ce privește condițiile de locuire, calitatea precară a acestora, lipsa unor utilități (apă, energie electrică , agent termic).

Factori de risc

Potrivit Strategiei Naționale pentru locuire 2016-2030 elaborată de Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației publice (2017), Comisia Europeană a stabilit categoriile de indicatori relevanți pentru combaterea sărăciei în sectorul locuirii:

- rata lipsurilor materiale grave a populației care nu își permite să plătească chiria, ratele la credit sau facturi la utilități, să asigure încălzirea locuinței, să-și cumpere electrocasnice;
- costurile suplimentare pentru locuire a populației din gospodăriile în care costul total al locuirii depășește 40% din venitul total al acestora;
- insalubritatea locuinței determinată de existența igrasiei, lipsa unei băi și/sau a toaletei în interiorul locuinței, lipsa unui grup sanitar exclusiv al gospodăriei, încăperi cu lumină insuficientă;
- supraaglomerarea caracterizată de spațiul locativ insuficient pentru nevoile familiei.

Conform anuarului din 2013, Eurostat a clasificat România pe primul loc în Europa în ce privește „deprivarea severă a locuirii” (DSL) și pe locul al doilea în ce privește persoanele cu risc de excluziune socială (MDRAP, 2017).

Numărul foarte mare de cereri și lipsa locuințelor sociale face ca soluționarea acestora să se realizeze în câțiva ani. O problemă aparte a chiriașilor locuințelor sociale o reprezintă incapacitatea acestora de a-și achita facturile la utilități, fapt ce îi duce în situația de a fi evacuați.

Direcții de acțiune

Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice (MDRAP) are rolul de a elabora politicile privind locuirea, proiectele de lege necesare pentru a stabili cadrul legislativ și fundamentarea bugetului pentru aplicarea programelor privind locuirea.

Agencia Națională pentru Locuințe (ANL) este o instituție subordonată MDRAP, înființată și reglementată prin Legea 152/1998 cu rolul de a administra resursele financiare pentru construcția de locuințe, de a coordona vânzarea, reabilitarea și extinderea fondului imobiliar existent. În acest sens, Consiliile locale au ca atribuții : gestionarea și repartizarea fondului de locuințe pentru tineri, dotarea cu utilități precum și administrarea clădirilor.

De asemenea consiliile locale au atribuții în ceea ce privește realizarea locuințelor sociale, repartizarea și administrarea acestora, în conformitate cu prevederile Legii 114/1996.

Pentru a veni în sprijinul persoanelor și familiilor marginalizate, Legea nr.116/2002 privind prevenirea și combaterea marginalizării sociale prevede accesul acestora la servicii publice de strictă necesitate (apă, energie electrică, gaze naturale, termoficare). În acest sens, consiliile locale pot încheia convenții cu furnizorii de servicii pentru a suporta o parte din cheltuielile cu utilitățile ale chiriașilor cu venituri reduse. De asemenea programele guvernamentale urmăresc creșterea eficienței termice a locuințelor prin acordarea de subvenții proprietarilor de imobile cu venituri reduse (MDRAP, 2017).

Accesul la educație

Nivelul educațional reprezintă un factor primordial în asigurarea unui nivel de trai decent întrucât obținerea unui loc de muncă bine remunerat presupune o pregătire educațională superioară.

Factori de risc

Principalele categorii de copii expuși riscului de excluziune socială sunt formate din cei aflați în zonele rurale, cei proveniți din comunități de romi, cei cu dizabilități precum și cei proveniți din familii monoparentale.

O problemă frecvent întâlnită, în zonele rurale, o reprezintă absența unităților de învățământ datorită dificultăților de organizare a acestora în sate cu populație redusă numeric. Acest fapt duce la supraîncărcarea unităților de învățământ din orașe, care are drept consecințe negative, pe de o parte, scăderea calității educației și pe de altă parte, apariția unor obstacole legate de posibilitățile de transport ale copiilor către aceste unități.

Un fenomen tot mai des întâlnit este abandonul școlar, România aflându-se pe locul trei în Uniunea Europeană. Conform datelor Eurostat, în țara noastră rata a crescut de la 17,9 % în 2006, la 18,5 % în 2016 (AGERPRESS, 2017). Principalele cauze sunt dificultățile materiale ale familiilor, performanțele școlare reduse, repetenție repetată, dezorganizarea familiei.

În ceea ce privește accesul în învățământul superior, o primă condiție o reprezintă absolvirea bacalaureatului, dar și posibilitățile financiare ale familiei. Pondere cea mai mare a participării la învățământul superior o înregistrează copiii din mediul urban.

Direcții de acțiune

La nivelul învățământului preșcolar este necesară mărirea capacității grădinițelor dar și a personalului specializat. De asemenea se impune întărirea legăturilor dintre personalul din învățământ, asistenții sociali și mediatorii școlari. Pentru a li se oferi copiilor șanse egale de a reuși în școală se are în vedere: acordarea cupoanelor valorice bazate pe testarea mijloacelor de trai pentru familii dezavantajate și evaluarea ratei de prezență a copiilor în grădiniță, formarea personalului didactic și auxiliar, precum și extinderea rețelei de microbuze școlare (MMFPSPV, 2014, p. 38).

Instituțiile de învățământ trebuie să ofere programe de pregătire practică complexă. Acestea au menirea de a le dezvolta competențe pentru anumite calificări, contribuind la tranziția pentru un loc de muncă. Promovarea educației incluzive urmărește dezvoltarea atitudinilor antidiscriminatorii față de copiii vulnerabili, fie romi, fie copii cu cerințe educaționale speciale. În acest sens, cadrele didactice sunt promotoare ale comportamentelor celorlalți copii, ale părinților acestora în vederea facilitării incluziunii școlare a celor dezavantajați.

Accesul la servicii medicale

Accesul la sănătate este un drept fundamental al individului, în toate țările civilizate. Sănătatea și sărăcia sunt interconectate întrucât sărăcia determină o stare de sănătate

precară iar deteriorarea stării de sănătate reduce capacitatea de muncă a adulților precum și capacitatea copiilor de a respecta programul educațional adecvat.

Factori de risc

Serviciile medicale sunt acordate pe baza contribuției la fondul asigurărilor de sănătate. În baza acestora, asigurații beneficiază, în mod gratuit de un pachet de servicii reglementat prin legislație. Asistența medicală primară este oferită de medicul de familie.

Persoanele cu venituri reduse se confruntă adeseori cu dificultăți în a-și permite costul tratamentului, insuficient compensat de către Casele de Asigurări de Sănătate. De asemenea, persoanele beneficiare de asigurare medicală întâmpină restricții în privința accesării anumitor investigații medicale sau tratamente datorită fondurilor insuficiente alocate de Casele de Asigurări. Astfel aceștia beneficiază, cu întârziere, de serviciile la care au dreptul sau sunt nevoiți să achite costul serviciilor medicale.

Categoriile de persoane care nu beneficiază de asigurare medicală sunt: persoanele neîncadrate pe piața formală a muncii, persoanele/famiiliile sărace care nu beneficiază de venit minim garantat conform Legii 416/2001 și familiile care realizează venituri din agricultură. Aceștia au dreptul de a primi doar asistență medicală de urgență sau servicii medicale private, contracost.

În România, principalele cauze de deces sunt bolile cardiovasculare și cancerul, ambele în creștere (MMFPSPV, 2014). Acest fenomen se datorează accesului limitat la servicii de prevenție.

Direcții de acțiune

Reforma în domeniul sănătății vizează :

- creșterea eficienței serviciilor de planificare familială în vederea reducerii numărului de sarcini în rândul adolescentelor, a femeilor vulnerabile precum și a prevenirii bolilor cu transmitere sexuală;
- creșterea acoperirii vaccinării pentru copiii vulnerabili;
- îmbunătățirea accesului persoanelor vulnerabile la servicii de prevenire a bolilor infecțioase (TBC, hepatită, HIV/SIDA);
- informarea populației asupra tipurilor de vaccin existente, a avantajelor și riscurilor la care se expun prin administrarea sau neadministrarea acestora;
- creșterea alocării fondurilor necesare investigațiilor medicale necesare populației;
- facilitarea accesului la metode de screening pentru depistarea precoce a afecțiunilor oncologice;
- îmbunătățirea sănătății mintale a populației prin accesul la servicii de prevenire, identificare și recuperare specifice afecțiunilor psihice ale copiilor și adulților (Ministerul Sănătății, 2014).

Intervenția asistentului social

Atribuțiile asistentului social constau în diagnosticarea problemelor cu care se confruntă familia. Ca profesioniști, aceștia au nevoie de o bază teoretică care să îi ghideze în practica de zi cu zi, de cunoștințe referitoare la legislația existentă, resursele serviciului dar și ale comunității. Dustin (apud Rădulescu, 2010, pp. 61-62) menționa că principalele abilități ale asistentului social sunt cele de comunicare și de redactare, de ascultare, de a dezvolta relații de încredere cu beneficiarul, de a media și de advocacy, dar și de abilități de evaluare a riscului, utilizare a informațiilor IT, contabilitate.

Asistentul social are nevoie de capacitatea de identificare a abilităților și resurselor persoanei asistate în vederea implicării active a acestuia în procesul de asistență și a menținerii unei perspective realiste asupra a ceea ce se poate realiza și a timpului necesar intervenției.

Activitățile asistentului social

Intervenția asistentului social în cadrul familiei monoparentale constă în:

- evaluarea inițială în care clientul prezintă problema cu care se confruntă, se identifică factorii de risc și disponibilitatea persoanelor de a primi sprijinul necesar;
- angajarea tuturor membrilor familiei în consiliere, acordând atenție deosebită copiilor;
- evaluarea complexă a contextului socio-familial și economic al clienților;
- planificarea și implementarea intervenției constă în stabilirea responsabilităților celor implicați și accesarea serviciilor stabilite în planul de intervenție;
- monitorizarea stadiului acțiunilor în vederea modificării, continuării sau încetării acestora;
- evaluarea finală în care sunt analizate rezultatele intervenției și sunt prevăzute posibile riscuri dar și achizițiile dobândite (Neagoe, 2015).

Principalele probleme ale familiei monoparentale sunt cele de ordin afectiv și material. Separarea părintelui de familie determină probleme de comunicare între părinți și copii, aceștia din urmă devenind mai vulnerabili în privința socializării. Adeseori, părintele singur este suprasolicitat, caz în care este utilă folosirea rețelelor sociale existente, a serviciilor sociale care oferă consilierea necesară atât copiilor cât și părinților. O atenție deosebită trebuie acordată educației, rezultatelor școlare înregistrate și prevenirii fenomenului de delinvență juvenilă. În acest sens, asistentul social colaborează cu cadrele didactice în vederea oferirii suportului necesar elevului.

Evaluarea situației financiare este foarte importantă, în condițiile în care contribuția celuilalt părinte se reduce la plata alocației de întreținere pentru minori, familia fiind nevoită să se descurce cu venitul unui părinte. Stabilirea caracterului permanent sau ocazional al venitului precum și cuantumul acestuia sunt necesare pentru a determina

nivelul de vulnerabilitate al acestora și oportunitatea acordării beneficiilor și serviciilor sociale.

Asistentul social are rolul de a dezvolta modele noi de comportament și de a asigura bunăstarea familiei.

Metodologie

Scopul cercetării

Determinarea principalelor riscuri și resurse privitoare la incluziunea socială a membrilor familiei monoparentale.

Obiectivele cercetării

1. Identificarea factorilor de risc și a resurselor necesare asigurării condițiilor de trai.
2. Identificarea factorilor de risc și a resurselor necesare accesului la o dezvoltare psiho-morală sănătoasă și la servicii sociale.
3. Identificarea factorilor de risc și a resurselor necesare asigurării serviciilor educaționale.
4. Identificarea factorilor de risc și a resurselor necesare accesului la serviciile medicale.

Premise

1. Implicarea părintelui în creșterea și educarea copilului scade odată cu separarea de familie.
2. Părinții singuri cu nivel educațional scăzut și cu experiență redusă în câmpul muncii au posibilități reduse de a găsi un loc de muncă.
3. Veniturile reduse ale familiei scad posibilitatea asigurării condițiilor de trai necesare.
4. Veniturile scăzute ale familiei determină nevoia de a solicita beneficii și servicii sociale.
5. Copiii din familiile monoparentale cu venituri reduse și care nu au acces la servicii educaționale corespunzătoare înregistrează rezultate școlare slabe.

Veniturile reduse și lipsa asigurării medicale generează dificultăți în asigurarea tratamentelor și investigațiilor necesare.

Eșantionul cercetării

Participanții la studiu au fost 8 titulari ai dreptului la alocația pentru susținerea familiei, cu domiciliul pe raza municipiului Lugoj, unici întreținători ai familiei și care au în îngrijire copii de vârstă școlară. Eșantionul este alcătuit din 6 femei și 2 bărbați, cu vârste cuprinse între 30 și 59 de ani. Metoda de cercetare aleasă a fost studiul de caz, iar instrumentele de investigație utilizate au fost ghidul de interviu semistrukturat și studiul documentelor depuse la dosar (acte de identitate, dovezi ale veniturilor, acte de stare civilă, sentințe judecătorești, anchete sociale).

Rezultate

Studiu de caz nr. 1

Nume, prenume: U.M.

Gen: F

Vârstă : 43 ani

Studii: 12 clase - Liceu Textil

Stare civilă: despărțită în fapt

Număr copii: 4

D-na U.M. s-a despărțit de tatăl copiilor săi în urmă cu 4 ani, datorită unei relații extraconjugale a acestuia. Minorii U.S. și U.V., ambii în vârstă de 16 ani precum și U. E., în vârstă de 8 ani împreună cu U.D., în vârstă de 11 ani au rămas în întreținerea mamei lor. Relația copiilor cu tatăl lor s-a deteriorat imediat după separarea locativă a acestora, însă s-a îmbunătățit în ultimul an, după cum declară d-na U.M. Copiii își vizitează tatăl și bunicii paterni. În prezent copiii beneficiază de o pensie de întreținere de 362 lei.

D-na U.M. lucrează ca operator producție la o fabrică din Lugoj, realizând un venit net de 1961 lei. Din discuții a reieșit că prestează și ore suplimentare pentru a câștiga mai mult. Aceasta declară că are o vechime în câmpul muncii de 20 de ani. A urmat un curs de croitorie contracost.

Familia locuiește într-un apartament, moștenit de la o mătușă, compus din două camere, baie și bucătărie, dotat cu utilitățile și electrocasnicele necesare, procurate în rate. Nu dispun de computer personal și nici de autoturism. Datorită încălzirii locuinței cu energie electrică au acumulat datorii de 600 lei. Familia a beneficiat de subvenția pentru încălzirea locuinței pe perioada sezonului rece. Recent, a reușit să își monteze instalație de furnizare a gazelor naturale, cu un cost de 2000 de lei și intenționează să achiziționeze o centrală pe gaz, cu plata în rate. Familia d-nei U.M. beneficiază de alocația pentru susținerea familiei în cuantum de 408 lei din luna aprilie 2014, aflând de acest drept de la o rudă care a beneficiat la rândul său de prestație. Declară că este ajutată financiar de familia surorii sale, iar mama sa contribuie la treburile gospodărești și petrece mult timp cu copiii, în perioada în care aceasta este la locul de muncă.

Gemenii U. S. și U. V. sunt elevi în clasa a IX-a și beneficiază de burse profesionale în cuantum de 200 de lei. Mama acestora declară că nu au nevoie de ajutor la realizarea sarcinilor școlare și că primește înștiințare scrisă cu situația școlară a acestora, la sfârșitul semestrului. Minorii U.E. și U.D. sunt elevi în clasa I, respectiv a IV-a și frecventează „Centrul educațional Sf. Nicolae”, unde beneficiază de pregătirea temelor și servirea mesei de prânz. Mama minorilor participă la ședințele cu părinții, iar la nevoie ține legătura telefonic cu cadrele didactice. Declară că minorii au rezultate școlare bune și că absentează doar din cauze medicale. Copiii participă la excursiile organizate de școală, la care contribuie și

tatăl acestora. Cei mici sunt înscriși și la cursuri de dansuri populare. Pentru a-și acoperi aceste cheltuieli, copiii apelează la sprijinul tatălui adeseori.

Minora U.D. se confruntă cu o boală rară, exoztoză, cu care a fost diagnosticată la Spitalul Louis Țurcanu, fiind nevoiți să meargă anual la control. Nu necesită tratament, însă întâmpină probleme funcționale datorate bolii. Mama declară că au vaccinările obligatorii făcute, însă ea nu și-a făcut controalele medicale preventive cu excepția celor impuse de controlul periodic de la locul de muncă

Studiu de caz nr. 2

Nume, prenume: I.P.

Gen: F

Vârstă : 49 ani

Studii: 10 clase – Liceu Agricol

Stare civilă: văduvă

Număr copii: 2

D-na I.P. este văduvă din 2013. Soțul a decedat din cauza unui infarct miocardic. Copiii au suferit mult în urma decesului acestuia, ambii au beneficiat de consiliere din partea psihologului școlii pe care o frecventează. Mama minorilor declară că I.R. și-a exteriorizat suferința, a comunicat mai mult cu ea, însă băiatul mai mare, I.D. a fost mai retras și a avut reacții violente imediat după decesul tatălui său.

Doamna I.P. declară că are calificare de cusătoare, cu 11 ani de vechime, însă, în prezent lucrează ca îngrijitoare la o Asociație de Proprietari, întrucât programul flexibil îi permite să își supravegheze copiii. Veniturile familiei sunt alcătuite din salariul de 500 de lei, pensiile de urmaș ale copiilor în cuantum de 378 lei, fiecare și alocația pentru susținerea familiei de 204 lei. Aceasta beneficiază de alocația de susținere din ianuarie 2015, precizând că a aflat de acest drept de la o cunoștință. Familia este ajutată financiar de către surorile doamnei I.P. care locuiesc în alte localități. Aceasta provine dintr-o familie cu 7 surori.

D-na I. P. locuiește împreună cu minorii I. D., în vârstă de 11 ani și I.R., în vârstă de 9 ani, în apartamentul cumpărat de către socrul acesteia în urma decesului soțului dânsiei. Acesta are două camere, bucatărie și baie, dotat cu utilitățile și aparatura necesară, cu excepția unui computer personal. De asemenea nu dispun nici de autoturism. Locuința este întreținută corespunzător, încălzirea acesteia se realizează cu o centrală termică de apartament.

Minorii I.D. și I.R. sunt elevi în clasa a IV-a, respectiv clasa a II-a, la o școală particulară, unde beneficiază și de pregătirea temelor și servicii de servire a mesei pentru suma de 400

de lei lunar pentru ambii. Mama acestora declară că își fac temele singuri acasă, ajutându-se reciproc. Ține legătura cu cadrele didactice permanent, întrucât merge zilnic la școală. Aceștia au rezultate școlare bune și înregistrează doar absențe din cauze medicale. Fiul cel mare face parte din corul școlii, având înclinații muzicale ca și tatăl său, care a făcut parte din fanfara armatei.

Minorul I. D. a fost diagnosticat de la naștere cu hipospadias, suferind prima operație la vârsta de 5 ani și 4 luni, la Timișoara, însă a fost nereușită, motiv care i-a determinat să se adreseze unei clinici private din București unde va urma să facă 4 sau 5 intervenții pentru vindecare completă. În prezent, necesită pansamente zilnice locale. Fratele acestuia, I.R. a suferit de encefalopatie cronică infantilă, având ca simptome anumite ticuri, însă s-a remis sub tratament medicamentos.

D-na I.P. a fost nevoită să contracteze un împrumut la C.A.R., în sumă de 1500 lei pentru a-și acoperi cheltuielile legate de intervenția chirurgicală a fiului său. Aceasta a declarat că a oferit atenții personalului medical. Obișnuiește să efectueze controlul ginecologic periodic, însă nu și cel mamar. Copiii beneficiază de consult stomatologic doar la nevoie.

Studiu de caz nr. 3

Nume, prenume: P.M.

Gen: F

Vârstă : 41 ani

Studii: 11 clase – Liceu Textil

Stare civilă: divorțată

Număr copii: 2

D-na P.M. a divorțat în anul 2016, după o căsătorie de 15 ani. Aceasta declară că relațiile au devenit tensionate în familie datorită viciului acestuia de a cheltui banii la jocuri de noroc. La scurt timp după divorț, acesta a plecat din țară și nu i-a mai contactat, nici nu le-a achitat copiilor alocația de întreținere stabilită prin sentință. Mama copiilor declară că după un an și 4 luni acesta a revenit în țară și i-a contactat pe copii, le-a adus un trening, adidași și dulciuri, însă nu îi ajută financiar. D-na declară că minorii i-au spus că „sunt mai liniștiți fără el”. Din discuții a reieșit că se confruntă cu greutăți materiale, neavând rude sau prieteni care să o ajute, întrucât provine dintr-o instituție de ocrotire.

Din declarațiile doamnei P.M. și din adeverințele depuse la dosar a rezultat faptul că a schimbat recent două locuri de muncă. A fost angajată pe post de îngrijitoare la școala unde învață copiii săi, însă datorită răutăților colegilor copiilor săi a fost nevoită să-și schimbe locul de muncă. La fabrica la care s-a angajat ulterior, a lucrat trei săptămâni deoarece a fost concediată. Ulterior s-a angajat la altă fabrică. Veniturile familiei sale sunt alcătuite din alocațiile de stat ale copiilor, alocația de susținere a familiei, în cuantum de

204 lei și salariul său în cuantum de 1194 lei, însă acestea sunt insuficiente pentru nevoile familiei. Are datorii de 150 lei pentru alimente.

D-na P.M. Locuiește cu cei doi copii într-un apartament cu două camere, bucatărie și baie, dotat și întreținut corespunzător, închiriat în sistem A.N.L. declară că a fost sprijinită de o familie de cetățeni americani pentru dotarea locuinței cu mobilier, electrocasnice și centrală termică proprie. Familia nu dispune de computer personal și nici de autoturism.

Familia beneficiază de alocație pentru susținerea familiei din noiembrie 2016, despre care a aflat de la o cunoștință. A beneficiat de servicii de consiliere din partea personalului Direcției de asistență socială din localitatea de domiciliu.

Fiica sa B.S., în vârstă de 12 ani, este elevă în clasa a V-a, iar fiul, B.R., în vârstă de 9 ani, este în clasa a II-a. Cei doi frecventează o școală particulară din oraș, unde beneficiază de pregătirea temelor și servirea mesei, costul școlarizării fiind achitat de familia de americani. Copiii înregistrează rezultate școlare bune, fiica își ajută fratele la teme, iar mama le verifică temele. Aceasta merge zilnic la școală și ține legătura cu cadrele didactice. Copiii nu participă la activități extrașcolare datorită costului acestora pe care nu și-l permit.

D-na P. M. declară că fiica sa a urmat terapie de logopedie timp de 3 ani. Atât ea cât și copiii suferă de miopie, însă aceștia poartă ochelari de corecție în timp ce ea mai vede doar cu ochiul drept. Recent, a suferit afecțiuni ginecologice pentru care a avut nevoie de tratament. Aceasta susține că apelează la servicii medicale doar la nevoie.

Studiu de caz nr. 4

STUDIU DE CAZ NR. 4

Nume, prenume: V.M.

Gen: F

Vârstă : 57 ani

Studii: 8 clase

Stare civilă: divorțată

Număr copii: 1

D-na V.M. este divorțată din 2003, iar minorul M.F. a rezultat dintr-o relație pe care aceasta a avut-o după ce s-au despărțit în fapt. Minorul poartă numele fostului soț, însă nu beneficiază de sprijin financiar de la acesta întrucât obligația de a-i plăti alocația de întreținere în urma divorțului a fost anulată de Sentința civilă privind tăgada paternității din 2003. Din discuțiile cu doamna a reieșit că tatăl biologic a decedat la vârsta de 2 ani a minorului, astfel că nu s-au cunoscut.

Aceasta declară că are calificare de ospătar și experiență în domeniu, însă nu mai poate munci datorită problemelor de sănătate. Veniturile familiei sunt alcătuite din venitul minim garantat în cuantum de 255 lei, acordat din luna mai 2013, alocația de stat

de 84 lei, alocația pentru susținerea familiei în cuantum de 107 lei, acordată din luna iunie 2012. De asemenea aceștia beneficiază de două porții de hrană gratuită la Cantina de Ajutor Social din luna mai 2013. Cei doi locuiesc într-un apartament cu 3 camere situat la periferia orașului, pe care d-na V.M. l-a moștenit de la tatăl său. Locuința este întreținută foarte modest, datorită veniturilor reduse. Aceștia folosesc energia electrică pentru încălzirea locuinței, întrucât nu au posibilitatea instalării unei centrale termice, iar boilerul îl folosesc pentru a încălzi apa. Astfel au acumulat datorii de 200 de lei la plata energiei electrice, cu toate că au beneficiat și de subvenție pentru încălzirea locuinței pe perioada sezonului rece. Dispun de electrocasnicele strict necesare nevoilor familiei, însă nu dispun de autoturism. Familia se confruntă cu greutăți materiale, însă speră ca situația să se îmbunătățească după ce băiatul se va angaja. D-na V.M. declară că acesta o sprijină foarte mult în gospodărie.

Minorul M.F., în vârstă de 17 ani este elev în clasa a X-a la „Liceul Tehnologic Aurel Vlaicu”, urmând specializarea electromecanică. D-na V.M. declară că este mulțumită de rezultatele lui școlare, având media generală 8. Întrucât este conștient, a fost desemnat și șef de clasă. Mama minorului ține legătura cu diriginta în privința aspectelor școlare. În prezent acesta efectuează practică timp de 2 zile pe săptămână la o fabrică din oraș, la care urmează să se angajeze după împlinirea vârstei de 18 ani, având înțelegere din partea școlii pentru a-și putea continua cursurile. Minorul beneficiază de o bursă profesională de 200 de lei, cu excepția vacanțelor școlare.

Principalele probleme de sănătate cu care se confruntă sunt coxartroză și hipertensiune. Din discuții a reieșit că urmează tratamentul necesar scăderii tensiunii, însă alte controale medicale efectuează doar la nevoie.

Studiu de caz nr. 5

Nume, prenume: R.S.

Gen: F

Vârstă : 41 ani

Studii: 8 clase

Stare civilă: văduvă

Număr copii: 1

D-na R.S. a rămas văduvă după o căsătorie de 17 ani, în urma decesului soțului său cauzat de neoplasm de colon, în anul 2010. Acesta are în îngrijire pe cei doi fii ai săi, R.R., în vârstă de 20 de ani și R. A., în vârstă de 17 ani. Aceștia locuiesc împreună cu mama doamnei R.S., într-un imobil de la periferia orașului. Locuința este alcătuită din 3 camere, baie și bucătărie, folosind sobe pe lemne pentru încălzirea locuinței. Imobilul este întreținut modest datorită veniturilor reduse ale acestora. Aceștia dispun de

electrocasnicele necesare nevoilor familiei, însă nu au autoturism. Din discuțiile purtate a reieșit faptul că băieții o ajută în gospodărie.

D-na R.S. nu are loc de muncă datorită lipsei de calificare și de experiență. Ea declară că a lucrat o perioadă scurtă în străinătate și fără forme legale, iar de atunci nu s-a mai angajat. A fost întreținută de soț de la vârsta de 16 ani. Veniturile familiei sunt alcătuite din pensia de urmaș a minorului R.A., în cuantum de 520 lei, alocația de stat, în cuantum de 84 lei, alocația pentru susținerea familiei în cuantum de 102 lei și pensia buncii copiilor. Familia beneficiază de alocația de susținere din luna mai 2013, despre care a aflat de la vecini.

Din declarația acesteia a reieșit că fiul cel mare R.R. a suferit cel mai mult în urma decesului soțului ei, însă și-a găsit alinare în muzică. Acesta a promovat doar 10 clase la profil biochimie, întrucât a rămas repetent. D-na R.S. declară că fiul ei a întâmpinat probleme școlare din cauza nopților petrecute cu colegii muzicanți la diferite petreceri, cadrele didactice acuzându-l de dezinteres față de școală. Astfel a ajuns să abandoneze școala. În prezent câștigă ca muzicant la diferite petreceri ale cunoștințelor, fiind în căutarea unei formații. Fiul cel mic, R.A. este elev în clasa a X-a. Acesta este corigent la matematică, însă nu își permite să îi plătească mediator care costă 50 lei pe ședință. De asemenea a înregistrat și absențe nemotivate deoarece preferă să plece de la orele pentru care nu este pregătit decât să ia note mici. Acesta este ajutat la teme de către colegi.

D-na a fost diagnosticată cu apendicită și urmează să se interneze și pentru alte investigații medicale în vederea unei intervenții chirurgicale. Întâmpină dificultăți în accesarea serviciilor medicale deoarece nu are asigurare medicală. Declară că băieții săi nu se confruntă cu probleme de sănătate în prezent.

Studiu de caz nr. 6

Nume, prenume: M.J.

Gen: M

Vârstă: 49 ani

Studii: 8 clase

Stare civilă: divorțat

Număr copii: 4

DI. M.J. este divorțat din 2017, însă separarea de fosta soție s-a produs treptat în ultimii 4 ani de când aceasta a plecat de acasă frecvent pentru a munci în străinătate. Minorii M.I.A., în vârstă de 12 ani, M.R., de 13 ani, M.A., de 16 ani și sora lor, M.B., în vârstă de 19 ani au rămas în întreținerea tatălui, mama având obligația de a le achita celor trei minori alocația de întreținere de 177 lei pentru fiecare. Din declarația acestuia a reieșit că mama acestora nu își achită obligația, fiind plecată din țară și comunică rar cu copiii săi, doar când aceștia o contactează telefonic. De asemenea îi amăgește frecvent cu promisiuni că îi va

ajuta financiar însă nu și le respectă. Domnul M.J. a menționat și faptul că atitudinea fostei sale soții a fost neglijentă față de copii și în perioada în care acesta a lucrat în străinătate și trimitea bani acasă, iar mama minorilor îi utiliza în beneficiul propriu.

Familia se confruntă cu greutăți materiale întrucât tatăl copiilor lucrează ocazional, ca zugrav, câștigând în jur de 300 de lei pe lună la care se adaugă alocațiile de stat în cuantum de 336 lei, alocația de susținere a familiei în cuantum de 321 lei și bursa „bani de liceu” a fiicei sale, M.B. Familia beneficiază de alocația pentru susținere a familie din luna decembrie 2017, despre care a aflat de la asistenții sociali cu ocazia întocmirii anchetei sociale necesare dosarului pentru acordarea bursei „bani de liceu”.

Familia locuiește într-un apartament închiriat de la stat, alcătuit din o cameră, bai și bucatărie, foarte modest întreținut, utilat cu electrocasnicele necesare. Locuința este încălzită cu energie electrică, beneficiind de ajutor pentru încălzirea locuinței pe perioada sezonului rece.

M.B. este elevă în clasa a XII-a, având rezultate școlare bune, însă datorită unei greșeli a fost eliminată de la bacalaureat. Aceasta a fost foarte supărată întrucât a avut rezultate bune la probele promovate anterior. Minorii M.I.A. și M.R. sunt elevi în clasa a VI a și sunt corigenți la 4 materii, înregistrând peste 90 de absențe nemotivate, conform adeverințelor școlare prezentate. Din discuțiile purtate cu tatăl minorilor a reieșit că au acumulat absențele deoarece plecau de la orele la care nu erau pregătiți, însă situația s-a remediat după ce tatăl a discutat cu ei și cu profesorii și i-au rugat să participe la ore și să dovedească interes pentru activitatea școlară. Tatăl minorilor declară că aceștia au intrat într-un anturaj nefavorabil, iar, pentru a-i disciplina, a solicitat sprijinul unei cunoștințe care este organ de poliție, cu intenția de a le atrage atenția asupra riscurilor la care se expun. Domnul M.J. întâmpină dificultăți în comunicarea cu copiii deoarece acesta a fost plecat în străinătate la muncă în perioada copilăriei mici a acestora. Minorii au participat doar la excursiile organizate de biserica penticostală întrucât sunt gratuite, însă nu mai doresc să meargă în aceste excursii, preferând un alt grup de prieteni.

Domnul M.J. declară că minorii nu au probleme deosebite de sănătate, însă el urmează tratament pentru hipertensiune. Acesta nu poate preciza dacă copiii au făcut toate vaccinurile, întrucât mama copiilor se ocupa de creșterea și îngrijirea acestora când erau mici, el fiind plecat în străinătate la muncă. Minorii beneficiază de servicii medicale doar la nevoie.

Studiu de caz nr. 7

Nume, prenume: I.F.

Gen: F

Vârstă: 30 de ani

Studii: 8 clase

Stare civilă: divorțat

Număr copii: 4

D-na I.F. locuiește cu cei patru minori ai săi. T. L, în vârstă de 10 ani, este rezultat din relația cu numitul T.C., iar, conform sentinței civile din noiembrie 2014, s-a stabilit obligația de a achita pensia de întreținere de 225 lei, obligație pe care nu și-a respectat-o până în prezent. Minorii I.L., în vârstă de 9 ani și I. A. în vârstă de 2 ani nu sunt recunoscuți de tată, conform certificatelor de naștere prezentate. Minora C.B., în vârstă de 6 ani, este născută din căsătoria mamei sale cu numitul C.S. Potrivit sentinței civile din octombrie 2013, s-a stabilit obligația de a plăti alocație de întreținere de 175 lei. Acesta își achită obligația după cum rezultă și din cupoanele depuse la dosar. De asemenea tatăl minorei C.B. menține o relație apropiată cu aceasta, vizitându-se reciproc, aceasta merge frecvent, în perioada vacanțelor, la Călan, localitatea acestuia de domiciliu.

Familia se confruntă cu greutate materiale întrucât d-na I.F. nu are un loc de muncă, neavând nicio calificare profesională și nici experiență în muncă. Veniturile familiei sunt alcătuite din indemnizația de handicap a acesteia, în cuantum de 250 lei, bugetul complementar de 100 lei, indemnizația de asistent personal pentru minorul T.L., în cuantum de 1162 lei și alocațiile de stat în cuantum de 452 de lei. La acestea se adaugă indemnizația pentru creșterea copilului cu handicap în vârstă de până la 7 ani, în cuantum de 555 lei. D-na I.F. beneficiază de alocație pentru susținerea familiei în cuantum de 408 lei, începând cu luna aprilie 2014. A aflat despre aceste drepturi de la personalul serviciilor sociale, de la care a beneficiat de consiliere de câte ori a avut nevoie.

D-na I. F. locuiește în același imobil cu părinții săi, care o sprijină cu tot ce are nevoie. Casa aparține unei mătuși plecate în străinătate, care le-a încheiat un contract de comodat. D-na I.F. are în folosință două camere din acest imobil cu acces la bucătărie, având utilitățile necesare, însă toaleta este în curte. Dețin electrocasnicele necesare în gospodărie, acestea fiind puse la dispoziție de proprietară. Aceștia locuiesc în condiții de igienă necorespunzătoare datorită dezinteresului acestora.

Minora I. L. este elevă în clasa I, obținând calificative B și FB la evaluările școlare, iar din discuțiile purtate cu mama acesteia a reieșit că este ajutată la rezolvarea temelor de către o vecină de vârstă școlară mai mare. Minorul I.L. este elev în clasa a II-a, la Centrul de educație incluzivă „Alexandru Roșca”. Acesta a urmat cursurile unei școli de masă, însă datorită problemelor de sănătate, retard mental, a rămas corigent la trei materii, iar, în urma evaluărilor i s-a întocmit dosarul pentru obținerea certificatului de încadrare în grad de handicap.

Mama și bunica copiilor participă la ședințele școlare cu părinții și sunt anunțați telefonic despre problemele care intervin. Din declarațiile acestora a reieșit că nu își permit costul activităților extrașcolare la care aceștia ar putea participa.

D-na I. F. este încadrată în gradul II de handicap, cu diagnostic de retard mental, iar fiul său, T.L. este încadrat în gradul I de handicap cu asistent personal, având același

diagnostic. Mama minorilor declară că aceștia au beneficiat de vaccinările obligatorii, însă consultații medicale efectuează doar la nevoie.

Studiu de caz nr. 8

Nume, prenume: C.D.

Gen: M

Vârstă: 59 de ani

Studii: 4 clase

Stare civilă: necăsătorit

Număr copii: 2

Domnul C.D. locuiește împreună cu minorii C.V., în vârstă de 9 ani și B.R., în vârstă de 12 ani. Minorul C.V. este rezultat din uniunea consensuală a d-lui C.D. cu d-na C.L., în vârstă de 34 ani. Minorul B.R. este rezultat din uniunea consensuală a d-nei C.L. cu numitul B.A. Acesta a rămas în familia d-lui C.D. după ce d-na C.L. i-a părăsit, la începutul anului 2017. O problemă deosebită o reprezintă faptul că dl. C.D. nu este reprezentantul legal al minorului B.R., iar părinții biologici ai acestuia nu se interesează de soarta sa. Tatăl biologic al acestuia locuiește în același cartier. Relația dintre C.D. și mama minorilor a fost tensionată datorită relațiilor extraconjugale pe care aceasta obișnuia să le întrețină. După ce i-a părăsit, s-a căsătorit în altă localitate și a mai născut un copil. Ulterior, dl. C.D. a aflat că aceasta a plecat în Portugalia iar de atunci nu mai știe nimic despre ea.

Familia se confruntă cu greutate materiale, veniturile fiind alcătuite din pensia de 690 de lei, alocațiile de stat și alocația de susținere în cuantum de 102 lei, de care beneficiază din iunie 2017. Familia a beneficiat de venit minim garantat și de dreptul de a servi masa la Cantina de Ajutor Social în perioada 2012-2016, până la data încasării drepturilor de pensie. Ulterior, familia nu a mai îndeplinit condițiile de eligibilitate pentru acordarea venitului minim garantat, iar domnul C.D. ar fi putut beneficia doar de dreptul de a servi masa cu o contribuție de 30% din venitul pe membru de familie. Astfel acesta a decis să renunțe, iar în prezent este ajutat periodic de către reprezentanții bisericii penticostale cu alimente, ocupându-se de prepararea hranei.

Familia locuiește într-un imobil, închiriat de la o societate comercială, aflat la periferia orașului, compus din o cameră și o bucătărie. O problemă majoră a acestora o constituie faptul că nu au apă curentă și nici canalizare. De asemenea toaleta este în curte, iar alimentarea cu apă se face la o distanță de 200 de metri de locuință. Aceștia datorează o chirie lunară de 150 de lei. Din discuțiile purtate cu acesta a reieșit faptul că a fost sprijinit de enoriașii bisericii penticostale pentru efectuarea unor reparații și investiții în locuință.

Minorul C.V. este elev în clasa a III-a, înregistrând rezultate școlare bune. Acesta frecventează „Centrul Sf. Ioana Antida”, situat în cartierul în care locuiesc, unde beneficiază de pregătirea temelor, servirea mesei de prânz și activități recreative. Acesta

practică luptele, fiind antrenat de un frate vitreg mai mare, rezultat din relația tatălui său cu o altă femeie.

Minorul B.R. este elev în clasa a VI-a, înregistrează rezultate școlare modeste. Acesta a primit sprijin didactic până în clasa a V-a, cât a frecventat același centru ca fratele său, însă a depășit vârsta eligibilă, iar de atunci nu mai are ajutor la pregătirea temelor. Din discuțiile purtate cu tatăl acestora a reieșit că obișnuiesc să intre în conflicte cu colegii, motiv pentru care a fost chemat la școală pentru a discuta problemele educaționale cu cadrele didactice.

DI. C.D. se confruntă cu probleme de sănătate, întrucât a suferit un infarct miocardic în aprilie 2016, în urma căruia i s-au implantat două stenturi. În prezent urmează tratament și se internează periodic. Declară că minorii nu prezintă probleme de sănătate în prezent, însă cel mic a fost operat de apendicită și hernie în trecut. Datorită costurilor intervențiilor medicale suferite de aceștia a fost nevoit să apeleze la cunoștințe, copiii săi majori pentru a-l ajuta cu sumele necesare. DI. C.D. declară că minorii nu efectuează controale sau tratamente decât la nevoie.

Concluzii

În urma studiului efectuat, am constatat că separarea părinților atrage atât consecințe psiho-sociale cât și materiale. Trauma cea mai intensă este resimțită de către copiii a căror părinte a decedat, situație în care părintele nu a greșit cu nimic față de familia sa. În aceste situații membrii familiei au nevoie de consiliere psihologică. În cazul separării prin divorț, putem constata faptul că, adeseori, părintele care părăsește familia nu își respectă obligația legală de întreținere a minorilor, care este nesemnificativă în raport cu nevoile acestora. Relațiile copiilor cu acești părinți se reduc la conversații telefonice, inițiate de către copii, de cele mai multe ori.

Din studiile de caz efectuate a reieșit că nu există diferențe semnificative de comportament între cel matern și cel patern. Astfel, am observat cazuri în care mamele și-au părăsit copiii, tații fiind nevoiți să se ocupe singuri de creșterea și îngrijirea copiilor. O provocare în acest caz o constituie educația fetelor de către aceștia, fiind obișnuite să discute problemele adolescente cu mama.

Membrii familiilor monoparentale beneficiază de ajutor în gospodărie și sprijin material fie de la rude fie de la enoriașii bisericilor penticostale. De asemenea, băieții mai mari își sprijină mamele în activitățile gospodărești, manifestând compasiune față de problemele de sănătate ale acestora.

În urma corelării veniturilor cu nivelul educațional am putut constata că nivelul salarial ridicat este determinat de calificarea profesională, în timp ce nivelul scăzut educațional atrage riscul de a activa în sectorul informal. De asemenea, fenomenul șomajului de lungă durată este tot mai frecvent întâlnit în familiile monoparentale a căror principala sursă de existență o constituie beneficiile și serviciile sociale. Cauza șomajului de lungă durată o

constituie și lipsa de experiență în muncă sau problemele de sănătate. Din studiile efectuate au reieșit cazuri în care veniturile salariale nu acoperă cheltuielile familiei, determinând acumularea de datorii. Unii participanți la cercetare au declarat că au ales locul de muncă datorită programului flexibil care le permite supravegherea copiilor, în detrimentul unui venit salarial mai ridicat.

Măsurile pe piața muncii ar trebui să vizeze reconcilierea vieții de familie cu cea profesională și asigurarea participării la cursuri de calificare/recalificare profesională, cu excepția cazurilor de incapacitate de muncă dovedită medical.

În strânsă corelație cu nivelul veniturilor regăsim situația locativă a familiilor monoparentale. Din studiile de caz efectuate, am putut constata că membrii familiei locuiesc în imobile închiriate sau moștenite. O problemă deosebită a acestora o constituie asigurarea încălzirii locuinței pe perioada sezonului rece, mai ales pentru cei ce folosesc energia electrică în acest scop, ajungând să acumuleze datorii la plata acesteia, chiar și în condițiile în care au beneficiat de subvenție pentru încălzirea locuinței. Datorită veniturilor reduse aceștia nu dispun nici de computer și nici de autoturism.

Participanții la cercetare au declarat că au aflat de serviciile și beneficiile sociale fie de la rude fie de la personalul serviciilor sociale care i-a îndrumat în vederea obținerii drepturilor necesare, oferindu-le consiliere și sprijin. La nivelul comunității locale este necesară înființarea unui centru de consiliere pentru părinți întrucât aceștia se confruntă cu dificultăți în creșterea și educarea copiilor. O problemă deosebită a beneficiilor sociale este pragul foarte scăzut al eligibilității acordării acestora și cuantumul insuficient, în condițiile creșterii permanente a cheltuielilor familiei, în timp ce nivelul venitului minim garantat, a alocației pentru susținerea familiei nu s-au modificat din anul 2014.

Accesul la serviciile educaționale pentru copiii proveniți din familii monoparentale este cu atât mai necesar cu cât părintele nu are pregătirea școlară adecvată sprijinirii acestora și nici timpul necesar pentru această activitate. Nevoia sprijinului educațional crește la nivel gimnazial și liceal, perioadă în care se constată înregistrarea absențelor nemotivate și a corigențelor, aflate în strânsă legătură, deoarece elevii preferă să absenteze de la cursurile aferente materiilor pentru care nu sunt pregătiți suficient. La această situație contribuie și enturajul nefavorabil al elevilor. Consecința cea mai gravă a acestui comportament o constituie abandonul școlar. Am putut constata că elevii proveniți din familii monoparentale care au acces la servicii educaționale oferite de centrele de zi sau de școli înregistrează rezultate școlare bune, însă acestea se adresează doar copiilor în vârstă de până la 14 ani.

Așadar, la nivelul municipiului Lugoj, unde am realizat această cercetare, am observat necesitatea creării unui sistem de tip after-school de la nivel primar până la nivel liceal, care să ofere copiilor defavorizați posibilitatea unei pregătiri școlare adecvate, în mod gratuit.

O condiție esențială a accesului la serviciile medicale o constituie asigurarea de sănătate. Pe lângă asigurarea medicală, participanții la cercetare au reclamat costuri legate de intervenții medicale, mai ales în cazul celor chirurgicale. Aceste costuri îi determină să se împrumute pentru a-și asigura serviciile medicale. În ceea ce privește controlul preventiv al stării de sănătate, am constatat că cei intervievați apelează la serviciile medicale doar la nevoie sau cu ocazia efectuării controlului medical periodic solicitat de către angajator. Copiii acestora au beneficiat de vaccinările obligatorii, însă nu apelează la stomatolog decât la nevoie.

În acest sens, este necesară o campanie de informare a populației cu privire la principalele măsuri de prevenție în domeniul sănătății, dar și de facilitare a accesului la campanii de screening.

Incluziunea socială a familiilor monoparentale depinde de accesul acestora la resursele necesare, menționate anterior, dar și de modificări legislative care să vină în sprijinul acestora.

Bibliografie

AGERPRESS (2017). România, locul trei în UE la abandonul școlar disponibil la adresa <https://www.agerpres.ro/social/2017/09/08/romania-locul-trei-in-ue-la-abandonul-scolar>.

Arpinte, D., Baboi, A., Cace, S., Tomescu, C., & Stănescu, I. (2008). Politici de incluziune socială. Revista Calitatea Vieții, XIX, nr. 3-4, pp. 339-364, disponibilă la adresa <http://www.revistacalitateavietii.ro/2008/CV-3-4-2008/07.pdf>

Badea, I. (2010). Economia socială în contextul politicilor de incluziune socială. În D. Buzducea (coord.) Asistența socială a grupurilor de risc. Iași: Editura Polirom.

Bocancea, C. & Neamțu, G. (1999). Elemente de asistență socială. Iași: Editura Polirom.

Hotărârea nr.1438/2.09.2004 pentru aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a serviciilor de prevenire a separării copilului de familia sa, precum și a celor de protecție specială a copilului lipsit temporar sau definitiv de ocrotirea părinților săi disponibilă la adresa <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/55382>.

Institutul Național de statistică. Recensământul populației și al locuințelor din 2011 disponibil la adresa

http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2015/05/vol4_t41.xls.

Legea 208 din 1997 privind cantinele de ajutor social disponibilă la adresa http://www.dreptonline.ro/legislatie/lege_cantine_ajutor_social.php.

Legea 277 din 2010 privind alocația pentru susținerea familiei disponibilă la adresa <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/124905>.

- Legea asistenței sociale nr. 292 din 20 decembrie 2011 disponibilă la adresa <http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Legislatie/LEGI/L292-2011.pdf>.
- Legea 416 din 2001 privind venitul minim garantat disponibilă la adresa <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/29731>.
- Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice. Strategia națională a locuirii 2016 -2030, disponibilă la adresa http://www.mmediu.ro/app/webroot/uploads/files/2017-01-13_Strategia_Nationala_a_Locuirii_2016-2030.pdf.
- Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice. Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2014-2020, disponibilă la adresa http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Proiecte_in_dezbatare/2014/2014-12-29_HG_SIncluziune-Anexa1.pdf.
- Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice. Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020, disponibilă la adresa http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Familie/2016/StrategyVol1RO_web.pdf.
- Ministerul Sănătății. Strategia națională de sănătate 2014 – 2020 disponibilă la adresa <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2016/10/Anexa-1-Strategia-Nationala-de-Sanatate-2014-2020.pdf>.
- Neagoe, A. (2015). Asistența socială a familiei: o abordare sistemică. Timișoara: Editura Universității de Vest.
- Ordonanța de urgență nr. 70 din 2011 privind măsurile de protecție socială în perioada sezonului rece, disponibilă la adresa <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/131200>.
- Preda, M. et al. (2009). Riscuri și inechități sociale în România, disponibilă la adresa http://media.hotnews.ro/media_server1/document-2010-04-20-7150607-0-raportul-comisiei-prezidentiale.pdf
- Rădulescu, A. (2010). Asistența socială: un răspuns la problematica grupurilor de risc. În D. Buzducea (coord). Asistența socială a grupurilor de risc. Iași : Editura Polirom.
- Scutaru, A. (2006). Familia monoparentală de la vulnerabilitate la autocontrol. Iași : Editura Lumen.

Integrarea profesională a persoanelor cu dizabilități

Elena - Mădălina COJOCARU¹

Andreea BÎRNEANU²

Abstract

Lucrarea Integrarea profesională a persoanelor cu dizabilități prezintă un studiu asupra literaturii de specialitate cât și asupra legislației din domeniu cu privire la calitatea vieții unei persoane cu dizabilități. Pe lângă aceste sinteze despre integrarea profesională am realizat și o cercetare personală pentru a descoperi care sunt barierele și factorii care îngreunează integrarea pe piața muncii din perspectiva profesioniștilor care lucrează direct cu beneficiarii, urmărind să descopăr ce măsuri ar lua acești profesioniști pentru o piață a muncii incluzivă pentru persoanele cu dizabilități. Această lucrare se împarte în 4 capitole: prima parte abordează dizabilitatea din punct de vedere teoretic, adică definirea principalelor concepte legate de termenul de dizabilitate, iar mai apoi despre educația și integrarea profesională a acestor persoane. În ceea ce privește partea de metodologie am fixat obiectivele, itemii de cercetare și rezultatele, ghidul de interviu și eșantionul pe care am aplicat cercetarea. La partea de concluzii am expus principalele idei care au reieșit în urma efectuării cercetării, iar la partea de propuneri am încercat să găesc câteva soluții pentru problema socială pe care am ales-o.

Cuvinte cheie: integrare profesională, dizabilități, piața muncii.

Introducere

Abordări teoretice despre conceptul de dizabilitate

Dizabilitatea este un concept care face referire la imposibilitatea de a te mișca, la activități limitate, dar și restricții de participare la anumite activități. O dizabilitate este o problemă în funcția sau în structura corpului; o limitare a activității este o dificultate întâlnită de un individ în executarea unei sarcini, în timp ce o restricție de participare este o problemă întâmpinată de un individ în implicarea în anumite situații de viață. Dizabilitatea nu este doar o problemă de sănătate, ci este un fenomen complex care reflectă interacțiunea dintre trăsăturile corpului persoanei și caracteristicile societății în

¹ West University of Timisoara, Blvd. Vasile Pârvan, No. 4, 300223, Timisoara, Timis, Romania; E-mail: elena.cojocaru96@e-uvt.ro

² West University of Timisoara, Blvd. Vasile Pârvan, No. 4, 300223, Timisoara, Timis, Romania; E-mail: andreea.birneanu@e-uvt.ro

care trăiește. Depășirea dificultăților cu care se confruntă persoanele cu dizabilități necesită intervenții prin eliminarea barierelor sociale și de mediu (OMS,2011).

După anii '50 în literatura de specialitate termenul de dizabilitate s-a răspândit în întreaga lume câpătând accepțiuni mai mari, atât în domeniul legislativ, cât și în domeniul administrativ ajungându-se la folosirea termenului de „infirm” (L.Manea,2008). În literatura internațională termenul de dizabilitate conturează imaginea unei ființe neputincioase din toate punctele de vedere (cultural, social, economic), astfel ajungându-se la stigmatizare și la negarea potențialului și a calităților unei persoane cu dizabilități (Goffam,1986).

Protecția persoanelor cu dizabilități în România și EU

Teoretic, în România persoanele cu dizabilități beneficiază în principal de anumite drepturi și facilități în conformitate cu Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, publicată în Monitorul Oficial nr.1006-18 decembrie 2006, republicată prin OG nr.1-3 ianuarie 2008. Această lege are multe lacune, face diferențe între persoanele cu dizabilități în funcție de vârsta lor și deficiența care cauzează handicapul, dar nu elimină barierele existente și nici nu împiedică apariția de noi bariere (Gherguț,2009).

Conform unui studiu realizat în anul 2011, realizat de către ANED, aproximativ 26% dintre persoanele de 16 ani și peste au declarat că au o anumită dezabilitate. Comparând cu anul 2010 se poate observa o creștere cu un procent. Cu toate acestea se constată faptul că definiția UE-SILC nu ia în considerare interacțiunile cu barierele sociale. Data poate varia de la 12% (Malta) la 36% (Slovenia). Studiul arată că dintre femeile cu vârstă de peste 16 ani doar 28% declară că au anumite probleme în comparație cu bărbații de aceeași vârstă care au declarat că au anumite deficiențe în procent de 23%. Din procentajul total al persoanelor cu dizabilități aproximativ 8% dintre persoanele cu dizabilități declară că au un handicap sever și 18% declară că au un handicap moderat (Grammenos, 2013).

În România datele statistice cu privire la numărul de persoane cu dizabilități sunt realizate de către Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice cu ajutorul celorlalte instituții sociale cum ar fi DGASPC-urile de la nivel județean și Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Dizabilități. În conformitate cu studiul realizat pe data de 31 martie 2015 numărul total de persoane cu dizabilități este de 744.449 de persoane. Din acest număr s-a constatat faptul că dintre aceste persoane 727.113 persoane se află în mediul familial sau trăiesc independent și 17.386 de persoane trăiesc instituționalizate. Din totalul de populație al României persoanele cu dizabilități ocupă un procentaj de 3,34%. Din acest procentaj 67,95% persoanele cu dizabilități au vârsta peste 50 de ani (Alexiu,2016:66).

Una dintre problemele pe care persoanele cu dizabilități le întâmpină este excluziunea școlară. Odată cu globalizarea și industrializarea masivă, nevoia de educație a copiilor a

devenit o prioritate în Occident. În consecință școlile au devenit adevărate formatoare în ceea ce privește educația și în pregătirea pentru găsirea unui loc de muncă, astfel încât să se mențină o ordine socială. Copiii care au anumite deficiențe trebuie să dispună de egalitate în ceea ce privește nivelul de educație pentru ca aceste persoane să se poată integra cu ușurință în viața culturală, economică și socială. Dacă analizăm istoria copiilor cu dizabilități, aceștia au trăit izolați și au fost formați în școli speciale. Aceste școli au continuat să se multiplice în secolul XX. În urma unui studiu numărul copiilor cu dizabilități care merg la școală reprezintă 2-5% din numărul total al elevilor din România. În zilele noastre copiii cu anumite deficiențe sunt incluși la „copii cu cerințe educaționale speciale”.

În urma unei cercetări realizate de Alexiu, Baci, Bîrleanu, Lazăr, Dincă, Sanvin, Fyllen, Ungureanu (2015) s-a constatat faptul că integrarea copiilor cu dizabilități în școlile de masă a fost doar o întâmplare, un accident deoarece nu există o politică socială și educațională sau măcar metode care să fie adaptate nevoilor copiilor cu dizabilități. În integrarea elevilor cu dizabilități în școlile de masă există anumite bariere. Una dintre bariere în integrarea în școlile de masă a elevilor cu dizabilități este reprezentată de către profesori care nu au o formare specială, și invocă faptul că nici nu dispun de materialele necesare. O altă barieră este competitivitatea școlară. Școlile și liceele, în general se bazează pe concurență ceea ce face că elevii cu dizabilități să nu facă față presiunii și competiției. O problemă destul de mare este aceea că drepturile fundamentale ale omului se transformă în drepturi speciale ceea ce rezultă că în acest mod crește gradul de discriminare (Bîrleanu, 2016:71,72,77).

În Uniunea Europeană, dar și în Statele Unite ale Americii, numărul persoanelor cu dizabilități care au un loc de muncă este mult mai mic decât a persoanelor care nu au anumite deficiențe. Din numărul total de persoane cu dizabilități 50% sunt integrate pe piața muncii. Conform cu Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică în țările nordice se poate observa o rată a ocupării destul de ridicată 52-54% (Finlanda, Elveția, Suedia), 50% Luxemburg și o rată între 40-45% în Norvegia, Marea Britanie și Olanda. Situația în România este mult mai rea față de celelalte țări din Uniunea Europeană. Din numărul total al populației cu dizabilități doar 12,7% cu vârsta de peste 18 ani lucrează, iar rata de ocupare pe aceeași grupă de vârstă este de 70%. De-a lungul timpului s-a înregistrat o majorare a ratei de ocupare ceea ce înseamnă că unii angajatori au trecut peste problemele de sănătate a acestor persoane. Deși rata a crescut semnificativ în perioada 2003-2009, România încă se poziționează pe ultimele locuri în Europa în ceea ce privește numărul de persoane cu dizabilități angajate (Societatea academică din România, 2010).

În zilele noastre cariera a căpătat un loc foarte important în viața fiecărei persoane. De aceea toată munca pe care o depunem contribuie la binele nostru, dar și al societății în care trăim. În ceea ce privește situația persoanelor cu dizabilități se constată o rată crescută a șomajului care s-a menținut și în creșterea economică, aceasta înseamnă că

ceea ce îngreunează angajarea persoanelor cu dizabilități este mentalitatea angajatorilor care consideră că persoanele cu dizabilități sunt incapabile să dea același randament ca celelalte persoane considerate „normale”. Persoanele cu dizabilități care au un loc de muncă au o calificare mai scăzută, lucrează cel mai adesea cu jumătate de normă și limitate doar pe anumite sectoare de muncă de unde rezultă un grad mare de discriminare în sectorul profesional. Rata crescută a șomajului a persoanelor cu dizabilități rezultă din atitudinea discriminatorie a angajatorilor care consideră persoanele cu dizabilități „inutile,” din nivelul scăzut de educație, dar și nivelul scăzut de pregătire profesională. În literatura de specialitate se precizează faptul că pentru a reduce semnificativ discriminarea, nu trebuie tratate izolat fiecare problemă ci trebuie o unitatea în acțiune (Bîrleanu, 2016).

Trăim într-o societate în care competiția economică a devenit din ce în ce mai acerbă. De aceea, pentru ca o familie să își permită o viață decentă trebuie ca membrii aceștia să fie integrați pe piața muncii. Există însă și familii în care un membru are dizabilități, iar în acea familie nevoile economice sunt mult mai mari, iar persoanele cu dizabilități nu sunt încă acceptate pe piața muncii și nu pot fi susținători economici ai familiei. De la această „regulă” există însă și excepții. Sunt persoane care au un handicap mediu sau ușor care au un loc de muncă și s-au integrat cu ușurință pe piața muncii. Persoanele cu handicap sever de regulă sunt orientate spre acele instituții unde pot primi ajutor și pot desfășura activități în funcție de handicapul lor. În România persoanele cu dizabilități au șanse minime și oportunități extrem de limitate. Pe lângă problemele pe care acestea le au se mai adaugă și discriminarea socială și economică. Din cauza studiilor limitate sau chiar lipsa lor, aceste persoane sunt respinse și astfel nu își pot găsi un loc de muncă. Printre drepturile persoanelor cu dizabilități se numără și dreptul de a avea acces la servicii, cursuri de orientare profesională, fără a se ține cont de handicapul pe care acea persoană îl are. Pentru ca persoanele cu dizabilități să își găsească un loc de muncă sigur și potrivit trebuie adoptate câteva măsuri care să fie foarte bine evaluate pentru a se crea condiții optime pentru a se evita vătămarea sănătății persoanei. O măsură bună ar fi adoptarea unor politici sociale care să creeze un liant între toate persoanele responsabile cu sănătatea și protecția la locul de muncă. Barierele apărute în calea ocupării profesionale a persoanelor cu dizabilități pot fi și din cauza lipsei de informație din mass media care nu publică anunțuri în care angajatorii specifică că sunt acceptate și persoane cu dizabilități. De asemenea se neglijează masiv faptul că și persoanele cu dizabilități au aptitudini foarte importante care ar trebui să fie valorificate (Marius Voj, Marin Mic și Matei Ghigiu 2012).

Potrivit unor studii persoanele cu dizabilități au un procent de aproximativ 10% din populație, iar ceea mai mare parte dintre aceste persoane au un grad extrem de sărăcie. În prezent există date insuficiente care să facă legătura dintre dizabilitate și sărăcie. În viziunea mai multor autori, în țările care sunt dezvoltate a crescut gradul de integrare educațională și profesională a persoanelor cu dizabilități pentru a se elimina barierele care

au apărut de-a lungul timpului care au îngreunat integrarea în societate. Situația țărilor în curs de dezvoltare este una destul de problematică, gradul de integrare profesională, educațională și socială este extrem de scăzut. Discriminarea și sărăcia persoanelor cu dizabilități poate fi cauzată de mai mulți factori care pot fi de natură economică, socială și politică. Între dizabilitate și sărăcie există o relație care poate varia, însă a fi sărac nu se limitează doar la faptul că nu există suficienți bani pentru a avea un trai decent, sărăcia se mai referă și la faptul că există un grad mare de discriminare în comunitate, dar și la lipsa de putere pe care persoanele cu dizabilități nu o au. Această discriminare face ca accesul la toate resursele comunității să fie extrem de scăzut sau chiar absent. O problemă destul de mare este aceea că mulți copii care au anumite deficiențe sunt abandonați și astfel ajung copii ai străzii fiind nevoiți să cerșească pentru a putea supraviețui. (Guttman, 2011)

Un factor extrem de important care oferă vulnerabilitate destul de ridicată în integrarea pe piața muncii a persoanelor cu dizabilități, pe lângă atitudinea discriminatorie a angajatorilor este reprezentat de percepția de sine a acestor persoane. Din cauza discriminării persoanele cu dizabilități se desconsideră, efectele psiho-emoționale sunt majore, astfel beneficiarul are stări anxioase, își pierde încrederea în abilitățile sale și ajunge să devină o persoană dependentă. De aceea persoanele cu dizabilități au nevoie de mult sprijin din partea familiei și foarte multă afecțiune (Chelemen, 2007).

Politica privind persoanele cu dizabilități reprezintă în prezent un indicator important pentru nivelul economic și dezvoltarea socială a oricărei țări sau regiuni, incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități și sporirea participării lor civice reprezintă un deziderat la nivel mondial fiind fundamental în domeniul promovării și protecției drepturilor omului. Intrarea în vigoare a Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu handicap reprezintă un pas important pentru politica europeană, una care ajută la atingerea unui nivel în care sunt recunoscute nevoile acestor cetățeni europeni și răspunsuri corecte, prin politici, programe și măsuri adresate consolidării și să se încurajeze participarea lor la viața comunităților. România a înregistrat de asemenea progrese considerabile în ultimii 25 de ani în alinirea cu alte state membre europene în probleme de politică privind persoanele cu handicap. Cu toate acestea, în elaborarea politicilor din țara noastră încă lipsește un accent clar și un anumit nivel de originalitate, fiind mai degrabă mai mult determinată de context (generată de cerințele ONU și UE) decât motivația intrinsecă (Baciu, 2015).

După înfrângerea regimului nazist în anul 1945, sensibilitatea împotriva ideologiilor rasiste, a colonialismului, discriminarea și nedreptatea socială au devenit probleme de interes mondial. Astfel că, în anul 1948 a fost adoptată Declarația cu privire la Drepturile Omului menționând faptul că „Orice persoană are dreptul la libertate și la toate drepturile fără deosebire de orice fel cum ar fi de rasă, gen, culoare, sex, limbă, religie, politică sau alte opinii, origine națională sau socială, proprietate sau alt statut” (Articolul 2). Deoarece nici una dintre declarațiile prealabile nu menționează persoanele cu dizabilități, Națiunile

Unite au extins în mod explicit principiul drepturilor omului în anul 1970 în mod special pentru persoanele cu dizabilități. În anul 1971 Organizația Națiunilor Unite a proclamat „Declarația privind drepturile persoanelor cu întârziere mentală” și în 1975 Declarația privind Drepturile Persoanelor cu Handicap. În deceniile ce au urmat aceste declarații au fost descrise în detaliu în „Normele standard privind riscurile specifice de discriminare în egalitatea de șanse pentru persoanele cu handicap” aprobată de ONU în 1991. Aceste declarații privind handicapul au confirmat cu tărie că drepturile universale sunt la fel de valabile și pentru persoanele cu dizabilități, dar și pentru toate serviciile specifice pentru a se asigura că persoanele cu dizabilități își exercită drepturile în calitate de cetățeni cu drepturi depline. Discriminarea împotriva dizabilității a devenit o problemă publică și în celelalte țări europene (Johannes Schädler, Stephanie Schür, Albrecht Rohrmann, 2006).

În România, pe întreaga perioadă comunistă au existat foarte puține noțiuni și cadre legislative cu privire la statutul persoanelor cu dizabilități. Legea educației din 1978 menționa în Articolul 91, faptul că „instituțiile de învățământ special pentru copiii cu deficiențe fizice sau intelectuale vor fi organizate potrivit legii” de unde a rezultat plasarea acestor copii în instituții speciale și segregate (Alexiu, 2016).

De-a lungul perioadei comuniste au existat și câteva ONG-uri destinate persoanelor cu dizabilități. Acordarea juridicității lor s-a făcut în baza legii nr. 21/1924, însă din păcate această lege nu a putut fi abrogată. ONG-urile care au funcționat în aceea perioadă erau nesistematice. Printre acestea se număra: în anul 1952 Asociația Surdomuților din Republica Populară Română, Asociația Nevăzătorilor din România care a funcționat condiționată de Legea 21/1924. Aceste două ONG-uri au fost singurele din întreaga perioadă comunistă care au fost funcționale (Stoenescu, Teodorescu, Mihăescu, 2003).

După căderea regimului comunist, în România au apărut mai multe legi și documente cu privire la statutul persoanelor cu dizabilități, dar și norme cu privire la îmbunătățirea calității vieții a acestor persoane. Printre acestea se numără: **Legea nr. 18/sept 27, 1990** pentru ratificarea Convenției privind drepturile copilului, **Hotărârea nr. 610 din 25 mai 1990** care prevedea acordarea de drepturi persoanelor cu deficiențe grave de vedere, precum și însoțitorilor lor; **Constituția din 1991 (articolul 46)**, **Constituția din 2003 (articolul 58)** care are în vedere problematica egalității de șanse; **Legea nr. 53** privind protecția specială a persoanelor cu dizabilități (**1 iunie 1992**); **Legea nr 57/1992** privind integrarea pe piața muncii a persoanelor care au anumite deficiențe, **Ordonanța de urgență nr. 102 din 29 iunie 1996** care avea în vedere protecția specială și încadrarea în muncă, **Legea nr. 519/2002**, **Legea 343/2004**, **Legea nr 76/2002** și **Legea 448/2006** (Alexiu, 2016).

Organizația Internațională a Muncii a adoptat o convenție cu privire la standardele internaționale privind oportunitățile egale ale persoanelor cu dizabilități în anul 1983. În această convenție se specifică faptul că oportunitățile trebuie oferite atât persoanelor cu dizabilități, cât și persoanelor care nu au deficiențe. Măsurile speciale adoptate pentru

egalitatea tratamentului și a oportunităților pentru aceste persoane nu trebuie să fie considerate discriminatorii, ci trebuie considerate ca fiind un real sprijin. O'Brien (2001) menționează faptul că răspunsurile statelor la aceste măsuri au căpătat diferite dimensiuni, dar s-a și accentuat o flexibilitate față de nevoile și barierele pe care persoanele cu dizabilități le întâmpină în încercarea de a se integra pe piața muncii. Astfel, ca răspuns s-a creat o strategie care a facilitat dezvoltarea mai multor proiecte, dar și dezvoltarea unor micro-interprinderi pentru persoanele cu dizabilități.

În anii '90 s-au realizat mai multe studii despre monitorizarea în câmpul muncii ale persoanelor cu deficiențe. Printre persoanele care au realizat studii și cercetări se numără Luth și Thornton (1997) care au realizat o cercetare despre modelele de angajare ale persoanelor cu dizabilități. În 2001 Schneider, Simons și Everatt observă faptul că dezvoltarea legislativă combate prea puțin dezavantajele pe care le au persoanele cu dizabilități.

Metodologie

Scopul și obiectivele cercetării:

Scopul acestei cercetări este acela de a identifica din perspectiva profesioniștilor care sunt barierele și factorii care împiedică integrarea profesională a persoanelor cu dizabilități, dar și identificarea unor măsuri pentru incluziunea lor profesională. Așa cum au mai studiat și alți autori aceste bariere diferă în funcție de factori cât și de fiecare persoană în parte.

Obiectivele cercetării au vizat:

- Identificarea barierelor ce îngreunează integrarea profesională a persoanelor cu dizabilități intelectuale
- Evidențierea factorilor care determină vulnerabilitatea persoanelor cu dizabilități pentru integrarea profesională
- Identificarea câtorva măsuri ce ar putea fi luate pentru o mai bună integrare profesională

Teme de cercetare:

- Dificultăți de integrare în societate a persoanelor cu dizabilități
- Bariere în integrarea profesională a persoanelor cu dizabilități
- Factori care influențează vulnerabilitatea persoanelor cu dizabilități pentru integrarea profesională.
- Măsuri pentru integrarea profesională.

Pentru realizarea acestui studiu am intervievat 6 persoane cu studii în științe sociale (4 asistenți sociali, un psiholog și un pedagog social) angajați ai Fundației „Pentru Voi”,

fundație care se ocupă cu creșterea calității vieții persoanelor cu dizabilități intelectuale. Persoanele care au participat la acest studiu au vârstele cuprinse între 25-60 de ani, toți respondenții sunt de gen feminin și au o experiență în domeniu între 5 și 40 de ani.

Lucrarea de față se bazează pe o cercetare calitativă realizată prin intermediul unui interviu semi-structurat cu întrebări deschise și accesibile - celor 6 intervievați care activează în domeniul social. Pentru a culege datele am obținut consimțământul persoanelor pentru a înregistra conversația, cel mai lung interviu fiind de 15 minute. În acest studiu am ales să investighez barierele în calea integrării profesionale și sociale a persoanelor cu dizabilități, factorii care dau vulnerabilitate și contribuie la excluziune, dar și câteva măsuri pentru crearea unei societăți incluzive pentru persoanele cu dizabilități. Întrebările cheie pentru realizarea acestui studiu sunt: Din experiența dumneavoastră profesională considerați că există anumite bariere care îngreunează integrarea profesională....? Care sunt aceste bariere?; Ce măsuri trebuie luate pentru o mai bună ocupare pe piața muncii a persoanelor dizabilități intelectuale?; Care credeți că sunt factorii care determină o vulnerabilitate mai mare a persoanelor cu dizabilități intelectuale? Puteți să îmi oferiți câteva exemple din experiența dumneavoastră profesională?. În procesul de culegere al datelor nu am întâmpinat nici o dificultate, intervievații răspunzând prompt și cu informații edificatoare. Intervipurile s-au desfășurat într-un cadru amical, dar în același timp profesional.

Rezultate

Dificultăți de integrare ale persoanelor cu dizabilități în societate

În prima parte a cercetării am încercat să descopăr care sunt principalele probleme pe care persoanele cu dizabilități le întâmpină în integrarea în societate ca mai apoi să mă axez pe problemele care afectează integrarea profesională. La această primă temă de cercetare am aflat că problemele sunt diverse și că pot apărea din mai multe cauze care țin atât de individ, cât și de societatea în care trăim.

Primul respondent consideră că lipsa accesibilității la servicii, la resurse, dar și respingerile din partea celor din jur îngreunează crearea unei bune relații între persoanele cu dizabilități și societate, „.....Cele mai importante probleme din punctul meu de vedere este comunitatea și accesibilitatea la servicii.....Când spun comunitatea mă refer la micile respingeri pe care cetățenii le fac la adresa persoanelor cu dizabilități sau faptul că aud că "lasă că îi bolnav"La accesibilitate mai întâlnești rampe nefuncționale, făcute doar că așa trebuie, dar nu se pot utiliza.....ăăă.... ba sunt abrupte, ba prea înguste. În express de exemplu poți să dai peste un șofer care este iritat de faptul că trebuie să coboare rampa.”. Nevoia de apartenență și siguranță este foarte mare în rândul persoanelor cu dizabilități, acestea simt mereu nevoia să fie apreciate pentru ceea ce sunt, își doresc să fie tratate în regim de egalitate și mai presus de toate să fie acceptate. În susținerea acestei idei Curpaș

(2011) afirmă faptul că neintegrarea în societate a persoanelor cu dizabilități nu se referă doar la inegalitatea resurselor, aceasta se referă la incapacitatea de a lua parte eficient și concret la viața economică, socială, culturală și la distanțarea pe care oamenii „normali” o impun.

Continuând cu această idee respondentul 2 al cercetării precizează că gradul de discriminare este destul de ridicat, persoanele cu dizabilități ajung să se simtă inutile, nedorite și astfel nu își mai găsesc locul în societate „Păi sunt mai multe probleme cu care aceștia se confruntă și sunt de orice fel de natură. Oamenii au o reticență foarte mare față de astfel de persoane, .adică am avut beneficiari care au venit la centru plângând spunând faptul că de ce nu pot fi și ei plăcuți și de ce trebuie ca lumea să se uite așa de urât uneori și cu milă la ei...asta cred ca e problema cea mai gravă discriminarea” Barierele pe care această societate le impune nu fac decât să accentueze starea de sănătate a persoanelor cu dizabilități, însă cel mai grav le afectează starea de bine. Odată cu acest sentiment de neputință, sentimentul de a nu fi dorit de nimeni, apare și scăderea moralului și a capacității de lucru.. În viziunea lui Goffman (1990), stigmatul este un termen care discreditează profund persoana care are o anumită deficiență, efectul stigmatului constă în scăderea șanselor unei vieți normale datorată acțiunilor discriminatorii ale comunității.

Problema fundamentală cu care persoanele cu dizabilități se confruntă este discriminarea, adică acea atitudine de respingere pe care oamenii o afișează față de aceste persoane. În aceeași idee, respondentul 3 menționează ideea de discriminare, dar și ideea sentimentului de inutilitate pe care persoanele cu dizabilități o resimt din ce în ce mai apăsător, toate acestea conducând spre anularea oricărei abilități și anularea oricărei șanse de a avea parte de educație într-o școală de masă și găsirea unui job în care să își etaleze calitățile cu care aceștia au fost înzestrați „sunt multe probleme dar cea mai gravă este discriminarea asta care nu face decât să dăuneze persoanelor cu dizabilități, ei ajung să se simtă inutili și nedoriti Aceste persoane nu prea au acces la educație dar aminte la un loc de muncă. În lumea noastră este greu ca ele să se integreze”. În literatura de specialitate mai mulți autori prin diferite studii au menționat ideea de discriminare și efectele devastatoare asupra stimei de sine a persoanelor cu dizabilități. Printre aceștia se numără și Andre (2009) care precizează că „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 niște 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”.

Bariere pentru integrarea profesională

În urma interviurilor aplicate a rezultat că cele mai mari bariere care împiedică integrarea profesională sunt diversificate, și cel mai adesea sunt legate de educație și

discriminare. Respondentul 1 afirmă faptul că, lipsa studiilor a persoanelor cu dizabilități conduce la negăsirea unui loc de muncă pe piața liberă și că, la aceasta se mai adaugă și comportamentul provocator al unor angajatori care au o atitudine de superioritate și care nu respectă drepturile persoanelor cu dizabilități „.....Păi o barieră este educația..... sunt persoane cu dizabilități de nivel înalt care nu au avut acces la educație. Comportamentul provocator este o alta barieră. Aici mă refer mai mult la integrarea pe piața liberă”. În societatea în care trăim persoanele cu dizabilități se confruntă cu extrem de multe probleme care s-au acutizat în timp, acestora fiindu-le aproape imposibil să își găsească un loc de muncă pentru a avea un trai decent și aș asigura nevoile sociale de bază cum ar fi hrana, adăpost și protecție. Din cauza faptului că persoanele cu dizabilități nu își pot găsi un loc de muncă, rata șomajului în rândul acestor persoane este crescută. Mai mulți autori susțin acest fapt, cum ar fi Bîrleanu (2016) care afirmă. „Rata crescută a șomajului a persoanelor cu dizabilități rezultă din atitudinea discriminatorie a angajatorilor care consideră persoanele cu dizabilități, inutile, din nivelul scăzut de educație dar și din nivelul scăzut de pregătire profesională.”

Un alt respondent susține ideea că lipsa locurilor de muncă duce la o slabă integrare profesională a persoanelor cu dizabilități la care se adaugă și atitudinea angajatorilor care nu își doresc angajați „bolnavi”. Același respondent mai precizează și faptul că persoanele cu dizabilități care într-adevăr au un loc de muncă nu pot ajunge la serviciu din cauza mijloacelor de transport în comun care nu sunt adaptate nevoilor persoanelor cu dizabilități și că nu dețin rampe de acces. „Cred că cele mai importante bariere sunt legate de faptul că sunt foarte puține locuri de muncă pentru persoanele cu dizabilități, și dacă sunt nu prea sunt oferite sunt angajate tot persoane normale. O alta piedică este atitudinea angajatorilor care resping astfel de persoane sau pur și simplu le ignoră mai cred că este o problemă și cu accesibilitatea în mijloacele de transport în comun care nu au rampe de acces și astfel persoanele cu dizabilități nu se prea pot deplasa pentru a ajunge la locul de muncă.”. Această atitudine discriminatorie a angajatorilor nu face decât să amplifice gradul ridicat de discriminare social și economic ajungându-se la neacordarea de oportunități egale persoanelor cu dizabilități. Autori precum Marius Voj, Marin Mic și Matei Ghigiu (2012) susțin ideea că persoanele cu dizabilități nu beneficiază de resurse suficiente și că aceste persoane au dreptul ca și noi la oportunități egale.” În România persoanele cu dizabilități au șanse minime și oportunități extrem de limitate. Pe lângă probleme pe care acestea le au se mai adaugă și discriminarea socială și economică. Din cauza studiilor limitate sau chiar lipsa lor, aceste persoane sunt respinse și astfel nu își pot găsi un loc de muncă”.

În opinia unui alt respondent o barieră de integrare profesională a persoanelor cu dizabilități este incapacitatea acestor persoane de a asimila noi cunoștințe și de a le aplica cu eficiență, dar mai menționează, ca și ceilalți intervievați, că o barieră este creată și de incapacitatea angajatorilor de a lucra cu astfel de persoane și în special de a crea locuri de

muncă adaptate nevoilor acestor persoane "Una dintre ele poate fi de capacitatea de asimilare de cunoștințe noi, iar alta ar fi capacitatea angajatorului de a asigura condiții optime persoanelor cu dizabilități în funcție de deficiența acestora"

La itemul 2 de cercetare Bariere de integrare profesională a persoanelor cu dizabilități rezultă că cele mai mari piedici în integrarea profesională a persoanelor cu anumite deficiențe sunt: lipsa studiilor, lipsa locurilor de muncă adaptate, atitudinea discriminatorie a angajatorilor și lipsa mijloacelor de transport în comun adaptate pentru persoanele cu dizabilități.

Factori care influențează vulnerabilitatea persoanelor cu dizabilități pentru integrarea profesională.

La itemul 3 al cercetării am încercat să evidențiez factorii care oferă vulnerabilitate persoanelor cu dizabilități în integrarea pe piața muncii. Vulnerabilitatea persoanelor cu dizabilități este destul de crescută, ele simțindu-se neputincioase, inutile și chiar frustrate din lipsa unui loc de muncă, pentru că nu se pot întreține și trebuie în permanență să depindă de ajutorul material cât și emoțional al celor din jur. Din perspectiva primului respondent al cercetării, factorii care contribuie la vulnerabilitate sunt legați de reticența colectivului și al angajatorilor care nu agreează angajarea persoanelor care nu se integrează în standard. Intervievatul susține cu tărie că un factor important este și starea materială a beneficiarului care influențează destul de mult, deoarece beneficiarul crede că nu este demn pentru a accesa postul respectiv uneori susținând că nu are haine care să îi ofere un anumit statut. Cel mai important factor este dat de reticența colectivului față de persoanele cu dizabilități, uneori sunt privite cu teamă sau chiar cu milă. Susțin idea că un factor extrem de important este starea material precară sau inexistentă au fost cazuri când un beneficiar mi-a zis că nu are haine potrivite pentru a se duce la interviul de angajare"

Așa cum menționează respondentul starea materială este un factor destul de important, pentru că dacă beneficiarul nu are destule resurse financiare atunci acesta nu își poate satisface nevoile, crește gradul de discriminare, dar crește și riscul ca beneficiarul să nu poată să acceseze resursele comunității și să nu fie informat cu privire la drepturile pe care el le are în aceea comunitate. În susținerea acestei teorii vine și autorul Guttman (2011) care susține faptul că între discriminare și factorul de sărăcie este o legătură foarte strânsă iar acestea îngreunează masiv atât integrarea pe piața muncii a persoanelor cu dizabilități cât și integrarea în societate „Discriminarea și sărăcia persoanelor cu dizabilități poate fi cauzată de mai mulți factori care pot fi de natură economică, socială și politică. Între dizabilitate și sărăcie există o relație care poate varia, însă a fii sărac nu se limitează doar la faptul că nu există suficienți bani pentru a avea un trai decent, sărăcia se mai referă și la faptul că există un grad mare de discriminare în comunitate dar și la lipsa de putere pe care persoanele cu dizabilități nu o au. Această discriminare face ca accesul la toate

resursele comunității să fie extrem de scăzut sau chiar absent.” O persoană cu dizabilități are nevoie de sprijin și informație pentru a putea găsi un loc de muncă și pentru a se integra cu succes într-un colectiv.

Una din cele 6 persoane care au participat la interviu susține ideea că factorii care dau vulnerabilitate unei persoane cu dizabilități sunt factori de natură economică, culturală și educațională susținând că fără studii aceste persoane nu pot accesa un loc de muncă și că din cauza deficienței pe care o are ajunge să fie discriminat. Pe lângă acești factori interviueatul menționează că relația cu familia este un factor definitoriu și că persoanele cu dizabilități au nevoie de toată susținerea pentru a le crește stima de sine și pentru aș face curaj să acceseze un loc de muncă. Factori pot fi de tot felul cum ar fi educaționali, culturali, dar cred că oamenii nu au capacitatea de a înțelege nevoile unei persoane cu dizabilități. Un alt factor important poate fi și relația cu familia, beneficiarul nefiind destul de susținut și cu stimă de sine scăzută....Cred că dacă beneficiarul nu are tot sprijinul celor apropiați acesta nu poate reuși de unul singur.” Este extrem de important ca persoana cu dizabilități să aibă o stimă de sine crescută pentru a crede astfel în abilitățile sale, să nu se mai creadă inutil și astfel să ajungă să se auto-motiveze. Între toți acești factori este o legătură extrem de strânsă și este esențial ca efectele factorilor negative să devină pozitivi. În susținerea opiniei respondentului vine și literatura de specialitate. Chelemen (2007) precizează că relația dintre beneficiar și familie trebuie să fie strânsă și că persoanele cu dizabilități au nevoie de toată atenția, au nevoie să creadă în propriile lor abilități. Un factor extrem de important care oferă vulnerabilitate destul de ridicată în integrarea pe piața muncii a persoanelor cu dizabilități, pe lângă atitudinea discriminatorie a angajatorilor este percepția de sine a acestor persoane. Din cauza discriminării persoanele cu dizabilități se desconsideră, efectele psiho-emoționale sunt extrem de majore, astfel beneficiarul are stări anxioase își pierde încrederea în abilitățile sale și ajunge să devină o persoană dependentă. De aceea persoanele cu dizabilități au nevoie de mult sprijin din partea familiei și foarte multă afecțiune”.

Itemul 2 se axează pe factorii care contribuie la vulnerabilitatea persoanelor cu dizabilități în integrarea pe piața muncii. Din spusele tuturor respondenților acești factori sunt: factori economici, culturali, sociali și în special individuali care țin de capacitatea persoanelor cu dizabilități de a face față acestor provocări.

Măsuri pentru integrarea profesională a persoanelor cu dizabilități

Ultimul item de cercetare se referă la măsurile de integrare sugerate de intervieuați care au studii în domeniul asistenței sociale. Aceștia au încercat să dea câteva soluții pentru facilitarea integrării persoanelor cu dizabilități. Unul dintre subiecții interviului afirmă că cele mai potrivite măsuri pentru o integrare profesională eficientă ar fi politici sociale favorabile persoanelor cu dizabilități care să le permită să acceseze jobul dorit, dar care să fie și adaptat adecvat pentru aș desfășura activitatea. Cele mai bune măsuri ar fi

crearea de posturi adaptate persoanelor cu dizabilități ,training-uri pentru angajatori dar și schimbarea legislației”. Este necesar să se creeze posturi adaptate și o modificare totală a legislației actuale pentru a se crea societatea incluzivă dorită. Este necesar să se ia măsuri potrivite și trebuie să se acționeze în acest sens. În viziunea autorilor Marius Voj, Marin Mic și Matei Ghigiu (2012) care susțin idea interviuatului aceea de adoptare de politici sociale, trebuie să se creeze politici care să creeze o punte de legătură între persoanele care se ocupă de serviciile de sănătate și persoanele care se ocupă de siguranța la locul de muncă,, Pentru ca persoanele cu dizabilități să își găsească un loc de muncă sigur și potrivit trebuie adoptate câteva măsuri care să fie foarte bine evaluate pentru a se crea condiții optime pentru a evita vătămarea sănătății persoanei. O măsură bună ar fi adoptarea unor politici sociale care să creeze un liant între toate persoanele responsabile cu sănătatea și protecția la locul de muncă”. În Convenția cu privire la Drepturile Persoanelor cu Dizabilități în Articolul 4 lit. a) și b) se menționează faptul că trebuie să „(a) Să adopte toate măsurile adecvate legislative, administrative și de altă natură pentru implementarea drepturilor recunoscute prin prezenta Convenție

(b) Să ia toate măsurile corespunzătoare, inclusiv cele legislative, pentru a modifica sau abroga legile, reglementările, cutumele și practicile existente care constituie discriminare împotriva persoanelor cu dizabilități;.

Un alt interviuat este de părere că o măsură potrivită pentru integrarea profesională a persoanelor cu dizabilități este aceea de a încuraja firmele mari prin beneficii să creeze posturi speciale pentru persoanele cu dizabilități și să angajeze personal calificat care să se ocupe de supravegherea acestor persoane pentru a nu exista riscul unor accidente,, Firmele trebuie încurajate să angajeze persoane cu dizabilități pentru că acestea prefer să cumpere produse făcute de aceste persoane dar nu își doresc să aibă angajate astfel de persoane. Dacă ar avea un beneficiu material sunt siguri că atitudinea angajatorilor s-ar schimba”. Acest interviuat se referă în special la firmele mari și la acei angajatori care își permit să facă acest lucru. Dacă începe să facă ceva acest lucru, mai târziu se poate perpetua și astfel ar dispărea aceste stereotipuri despre persoanele cu dizabilități.

La finalizarea acestui studiu am constatat că între temele principale există o punte de legătură și că acești trei itemi sunt strânși legați unul de altul, ba chiar complementari. Astfel că, dificultățile de integrare în societate, barierele și factorii care oferă vulnerabilitate împiedică societatea să accepte persoanele cu dizabilități în toate aspectele generale ale vieții. Respondenții acestui studiu leagă cele trei concepte considerându-le ca fiind principalele cauze de excludere atât pe piața muncii, cât și în societate. Astfel că discriminarea societății, inegalitatea resurselor, lipsa de informație, inaccesibilitatea, lipsa studiilor precum și factorii ce țin de individ provoacă efecte devastatoare asupra persoanelor cu dizabilități, scăzându-le moralul și afectându-le abilitățile pe care acestea le au sau le-au dobândit. Opiniile angajatorilor cu privire la persoanele cu dizabilități tind să fie discriminatorii atunci când este vorba despre

angajare, considerându-le persoane vulnerabile și incapabile de a realiza anumite acțiuni la locul de muncă. Majoritatea persoanelor care au fost intervievate pentru realizarea acestui studiu accentuează ideea că persoanele care nu se încadrează „în standarde” se lovesc de barierele impuse de societate, dar și de incapacitatea persoanei de a trece peste obstacole crezând în propriile puteri. Aceste bariere plus factorii care conferă o vulnerabilitate crescută persoanei (starea de sănătate, informațiile pe care le nu le deține, resursele insuficiente sau chiar absența lor, și aptitudinile) sunt puncte extrem de importante pentru integrarea în câmpul muncii. De aceea pentru a depăși aceste probleme am încercat în acest studiu să găsim câteva soluții împreună cu respondenții pentru a se rezolva aceste probleme care afectează calitatea vieții persoanei cu dizabilități și care afectează vizibil integrarea profesională. Printre răspunsurile date de persoanele care au luat parte la acest studiu am identificat câteva măsuri care pot duce la eliminarea barierelor și anularea factorilor care influențează negativ persoana cu dizabilitate, care pot face ca integrarea pe piața muncii a acestor persoane să fie una eficientă. Majoritatea respondenților s-au gândit la aceleași măsuri pe care le consideră vitale și cred că ar trebuie să aibă acțiune imediată. Cele mai multe măsuri sunt legate de crearea unor noi politici sociale și modificarea completă a legislației, altele sunt legate de firmele mari care ar putea să angajeze un număr stabilit de persoane cu dizabilități în schimbul unui beneficiu. O măsură extrem de bună a fost dată de respondentul numărul 1 care consideră că trebuie să se creeze locuri de muncă speciale pentru persoanele cu dizabilități în care să existe personal calificat care să se ocupe de supravegherea lor atentă.

Concluzii

Cercetarea a pornit de la premisa că persoanele cu dizabilități nu au reușit să se integreze pe piața muncii din cauza unor piedici pe care societatea le impune. Atitudinea oamenilor chiar și a familiilor, stigmatul la care sunt supuși, dar și segregarea conduc la scăderea șanselor unei vieți normale și împlinite.

Rezultatele cercetării din prima temă ne arată că cele mai acute probleme pe care persoanele cu dizabilități le întâmpină în integrarea în societate sunt cele legate de discriminare, absența accesibilității, dar și lipsa aproape totală de informație în ceea ce privește drepturile pe care persoanele cu dizabilități le au. Statul asigură realizarea unei politici naționale de prevenire, de tratament, de readaptare, de învățământ, de instruire și de integrarea socială a handicapaților respectând drepturile și îndatoririle ce revin părinților și tutorilor”. Se constată faptul că societatea se lasă influențată de starea de sănătate a persoanelor cu dizabilități, privindu-i cu milă, indiferență și uneori cu batjocură.

La cea de-a doua temă de cercetare am constatat că principalele piedici în integrarea profesională a persoanelor cu dizabilități în integrarea profesională a acestor persoane

sunt: reticența angajatorilor, atitudinea discriminatorie, lipsa locurilor de muncă adaptate pentru persoanele cu dizabilități, inaccesibilitatea în mijloacele de transport în comun cât și lipsa studiilor. Conform unui studiu realizat de Diksa și Rogers (1996) angajatorii au exprimat reticențe mari în ceea ce privește angajarea persoanelor cu dizabilități din cauza stării de sănătate a acestor persoane, pentru că asta ar însemna ca toată atenția să fie asupra persoanelor în cauză pentru a nu exista accidente la locul de muncă. Analiza altui studiu arată că persoanele care au unele deficiențe se lovesc de numeroase piedici în încercarea de integrare pe piața forței de muncă, acest fapt fiind demonstrat prin rata mare de șomaj (Greve, 2009). În concluzie comportamentul pe care angajatorii îl afișează față de persoanele cu dizabilități este influențat de prejudecățile din societate. Cauza principală este reprezentată de lipsa aproape totală de informație despre persoanele cu deficiențe și lipsa deschiderii spre politicile sociale favorabile angajării acestor persoane.

În analiza celei de-a treia teme de cercetare am descoperit că principalii factori care oferă vulnerabilitate persoanelor cu dizabilități și le împiedică integrarea în câmpul muncii sunt de natură economică, socială, educațională, culturală și cel mai important de natură individuală. Majoritatea respondenților au afirmat că mediul familial în care persoana cu dizabilitate trăiește este esențial pentru a crește sănătos fizic și emoțional. Relația cu familia este importantă pentru stima de sine a persoanei cu dizabilități pentru ca astfel acea persoană să creadă că este capabilă să îndeprindă acțiuni și că are foarte multe calități valoroase pe care le poate fructifica. Un alt factor menționat de către respondenții acestui studiu este legat de lipsa de studii care împiedică integrarea profesională. În studiul realizat de Buboiu (2014) educația reprezintă principalul factor care încetinește integrarea profesională. În acest studiu se constată o mare nesincronizare între programele școlare și cerințele pe care angajatorii le au.

În ultimul punct al cercetării de față am încercat să găsim modele de bune practici și soluții pentru ca persoanele cu dizabilități să fie acceptate și să nu mai existe piedici în angajarea lor. Printre măsurile care ar trebui adoptate se numără crearea unor locuri de muncă speciale pentru persoanele cu dizabilități care să fie adaptate cu aparatură specială pentru ca persoanele cu dizabilități să își desfășoare activitatea fără riscul de a apărea accidente. Pentru a nu se întâmpla asta trebuie să se angajeze persoane cu studii de specialitate care să se ocupe de supervizarea atentă a acestor persoane. O altă măsură menționată de aproape toți respondenții este cea legată de schimbarea legislației și acordarea mai multor drepturi persoanelor cu dizabilități în scopul creării unor mai multe oportunități care să favorizeze integrarea pe piața liberă a muncii. Unul dintre respondenți crede că o măsură eficientă ar fi acordarea de mici beneficii angajatorilor pentru ca astfel aceștia să angajeze și persoanele cu dizabilități. În studiul realizat de Băboiu în 2014 se menționează că „Politicile sociale promovate la nivel național sunt cele de incluziune, acestea cunoscând o mai puternică implementare la vârsta școlarității, însă după încheierea acestei perioade adultul aflat în prag de angajare trăiește numeroase

experiențe negative fiind tratat în virtutea etichetei conferită de prezența dizabilității și nu după posibilitățile reale de care dispune. Promovarea politicilor incluzive ar trebui să acorde o atenție deosebită și integrării pe piața muncii a persoanelor cu dizabilități, lucru realizabil prin accentuarea măsurilor incluzive, prin introducerea unor sancțiuni legislative care să înlăture discriminarea de orice fel.

În conformitate cu Legea nr. 448/2006, persoanele cu dizabilități au dreptul la cursuri de formare profesională, de aceea consider că ar trebui să se facă o evaluare a aptitudinilor pe care persoanele cu dizabilități le au și nu doar o evaluare a stării de sănătate care nu face decât să micșoreze potențialul persoanei respective. Această evaluare ar trebui să fie realizată pe mai multe trepte începând cu o consiliere psiho-pedagogică și terminând cu cursuri de formare profesională specifice gradului de handicap pe care persoana în cauză îl are. Este vital ca persoana cu dizabilitate să se simtă specială și că într-adevăr ea poate întreprinde acțiuni mărețe, și dacă își propune poate realiza tot ce și-a propus.

O altă propunere bună cred că ar fi reintroducerea unităților protejate unde persoanele cu dizabilități pot fi supravegheate în permanență și unde ar putea să își valorifice calitățile și aptitudinile. Cu reintroducerea unităților numărul persoanelor cu dizabilități ar crește considerabil și astfel societatea ar deveni mai productivă. Mai apoi, după o perioadă de muncă în unitatea protejată ar trebui să se creeze un liant între unitatea respectivă și companiile obișnuite. Pentru a se crea această punte de legătură trebuie să se realizeze un angajament între cele două părți pentru a se respecta drepturile fiecărei entități și pentru a nu se ajunge la conflicte. În cazul încălcării angajamentului atunci voi fi aplicate sancțiuni iar entitatea prejudiciată va primi beneficii materiale. În cadrul acestui transfer ca unitatea protejată să ofere companiei respective personal pregătit pentru a se ocupa de supravegherea atentă a persoanelor cu dizabilități pentru evitarea oricărui accident la locul de muncă.

Știind că în societatea noastră există probleme cu mijloacele de transport în comun, ar trebui ca toate autobuzele, tramvaiele, troleibuzele care nu sunt adaptate cu rampe pentru persoane cu dizabilități să nu fie lăsate să funcționeze pentru că o problemă în calea ocupării profesionale a persoanelor cu dizabilități este inaccesibilitatea. Dacă această problemă s-ar rezolva atunci persoanele cu dizabilități s-ar putea deplasa mai ușor la locul de muncă.

O barieră împotriva integrării profesionale a persoanelor cu dizabilități este discriminarea. Pentru a combate acest fenomen ar trebui să se întreprindă o serie de acțiuni. Consider că un pas important în combaterea discriminării este realizarea unei campanii de sensibilizare a opiniei publice prin care să ar trebui să se organizeze seminare cu scopul de a oferi informații despre drepturile persoanelor cu dizabilități, și încercarea de a face oameni să vadă dincolo de problema medicală. În cadrul aceleiași campanii ar trebui să se organizeze întruniri cu angajatorii cu scopul de ai sensibiliza și de a le oferi informații despre legislația existentă cu privire la angajarea persoanelor cu dizabilități. Mai

mult decât atât, pe lângă această campanie ar trebui să se întreprindă mai multe acțiuni de advocacy care să favorizeze crearea de noi politici sociale inclusive pentru persoanele cu dizabilități. Angajatorii care nu respectă legislația și care manifestă acțiuni discriminatorii ar trebui să fie aspru sancționați pentru ca astfel gradul de discriminare să scadă semnificativ.

Deși în societatea din care facem parte există multe acte normative cu privire la incluziunea profesională a persoanelor cu dizabilități, din păcate această nu este pusă în practică. De aceea, consider că într-o societate incluzivă pentru persoanele cu dizabilități este imperios necesar punerea în aplicare a legislației deja existente în domeniu.

Bibliografie

- Alexiu, M. T., Baci, L. E., Bîrleanu, A. G., Dincă, M., Lazăr, T. A., Sandvin Tveit, J., Fylling, I., Breimo-Paulsen, J., Ungureanu, R. (2015). Mapping the Hindrances and Barriers to Employment as Experienced by Vulnerable Population. Experiences of the Disabled Persons on the Labour Market. Unpublished report of the result of the project "E-QUAL – Qualitative research on the professional integration of vulnerable groups", implemented by the West University of Timișoara, Romania in partnership with the Nordland University, Bodo, Norway, <http://www.e-equal-see.ro/> André, Cristophe, (2009). Imperfecți, liberi și fericiți - Practici ale stimei de sine, București: Editura Trei page_id=270 .
- Baci, L., Alexiu, M. T., Bîrleanu, A. G. (2015). Where Do We Stand on Disability? European and Romanian Policy Developments Regarding the Inclusion and Protection of Disabled Persons over the Last Quarter of Century. *Revista de Asistență Socială*, , nr. 1, pp. 43 58
- Baci, L. E., Bîrleanu, A. G., Dincă, M., Lazăr, T. A., Sandvin Tveit, J., Fylling, I., Breimo-Paulsen, J., Alexiu, M. T. (coord.) (2016), Acces la ocupare – Ghid practic adresat specialiștilor din serviciile de suport pentru grupuri vulnerabile. Craiova : Sitech
- Barnes, C. (1999). A Working Social Model: Disability and Work in the 21 st Century. Paper Presented at the Disability Studies Seminar, Apex International Hotel, Edinburgh, 9 December 1999
- Bîrleanu, A. (2015). Noi forme și Condiții privind Reabilitarea Profesională a Grupurilor Vulnerabile, în T. Lazăr-coord., Noi forme și Condiții de Reabilitare Profesională a Grupurilor Vulnerabile, Timișoara: Editura de Vest
- Chelemen, I.,(2007). Stigmatizarea familiilor care au copii cu dizabilități. Abordări teoretice. În *Cultură, Dezvoltare, Identitate .Perspective actuale*, Editura Expert, București.
- Curpaș, M. (2011). Starea de bine a persoanelor cu dizabilități. Universitatea Babeș- Bolyai: Cluj- Napoca

- Grammenos, S., (2013). Final report prepared by Centre for European Social and Economic Policy (CESEP ASBL) on behalf of the Academic Network of European Disability Experts (ANED). European comparative data on Europe 2020 & People with disabilities. University of Leeds, http://included.eu/sites/default/files/documents/aned_2013_task_6_-_comparative_data_synthesis_report_-_europe2020_final.pdf
- Greve, B., (2009), The labour market situation of disabled people in European countries and implementation of employment policies: a summary of evidence from country reports and research studies Human European Consultancy, Academic Network of European Disability experts (ANED), University of Leeds
- Gherguț, A. (2006). Psihopedagogia Persoanelor cu Cerințe Speciale. Iași: Polirom
- Goffman, E. (1986). Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity. New York: Simon Sc Goffman, E. (1990). Stigma - Notes on the Management of Spoiled Identity, Penguin Books, New York. huster Inc.
- Guttman, F., (2011). Dizabilitatea ca o condiție determinantă a sărăciei. Revista Română de Sociologie”, serie nouă, nr. 3–4, p. 249–256, București
- Manea, L. (2008), Asistența Socială a Persoanelor cu Dizabilități – www.weebly.com/
- O'Brien, C. (2001). Crippled Justice: The History of Modern Disability Policy in the Workplace. Chicago: University of Chicago Press
- World Health Organization, The World Bank. (2011). World report on Disability.
- ***, Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități <http://www.infocons.ro/vault/upload/afiles/1454492120402convențiaprivinddrepturilepersoanelorcudzabilități.pdf>
- Societatea academică din România (2010). Accesul la piața muncii redus pentru persoanele cu dizabilități. Buzău :Alpha MDN
- Stoenescu, C., Teodorescu, L., Mihăescu, O. (2003) Sistemul de protecție specială a persoanelor cu handicap din România. Editura ALL BECK
- Voj, M. I., Mic, M., Ghigiu, M., (2012) Ghid privind asistența în căutarea unui loc de muncă pentru persoane cu dizabilități. Colegiul Național al Asistenților Sociali.
- ***, Constituția României în anul 2003 <https://www.ccr.ro/constitutia-romaniei-2003>
- ***, LEGE Nr. 448 din 6 decembrie 2006*** Republicată privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/legislație/LEGI/448-2006_rep.pdf

Nevoile de sprijin ale copiilor aflați în dificultate din Timișoara

Anna - Melania CERBU¹

Abstract

Lucrarea de față prezintă o sinteză a investigațiilor realizate în literatura de specialitate, precum și rezultatele unei cercetări personale, vizând nevoile copiilor, în special a celor proveniți din categorii defavorizate, precum și soluțiile instituționale pentru satisfacerea adecvată a acestora. Analiza a fost realizată din perspectiva profesioniștilor din domeniul asistenței sociale din Municipiul Timișoara. Prin cercetarea derulată, mi-am propus investigarea celor mai importante nevoi ale copiilor ce provin din categorii sociale defavorizate, a provocărilor cu care se confruntă părinții în a răspunde acestor nevoi, precum și identificarea tipului de suport instituțional necesar familiilor provenite din categorii defavorizate.

Keywords: copii în dificultate, nevoi, sprijin.

Introducere

Într-o societate civilizată, care se află într-o continuă schimbare și evoluție, ignorarea nevoilor copiilor poate compromite viitorul următoarelor generații, prin afectarea capacității acestora de funcționare socială (ex. a-și realiza familii stabile, din punct de vedere social, economic) (Brazelton, Greenspan, 2013; Munteanu, 2009). Satisfacerea nevoilor este necesară pentru o dezvoltare armonioasă a indivizilor, din punct de vedere psihologic, fiziologic și social. Aceste nevoi trebuie respectate, pentru ca acei copii ce provin din diferite medii sociale, să devină puternici, să se adapteze mai bine în lumea în care trăiesc, să devină echilibrați și mai siguri pe propriile lor forțe. Atunci când nevoile sunt neglijate, ei pot deveni impulsivi, incapabili să ducă lucrurile la bun sfârșit, vor dezvolta comportante antisociale și vor prezenta diferite probleme de limbaj, emoționale, sociale, sau de adaptare. (Muntean, 2009; Pitea, 2008)

Putem aduce în discuție teoria lui Erick Erikson, care prezintă 8 stadii ale dezvoltării psiho-sociale a copiilor. În cadrul acestor stadii, copiii își pot îndeplini sau nu nevoile caracteristice fiecărei perioade de dezvoltare. Fiecare etapă scoate în evidență conflicte

¹ West University of Timisoara, Blvd. Vasile Pârvan, No. 4, 300223, Timisoara, Timis, Romania; E-mail: cerbuanna31996@yahoo.com

interioare sau trăiri negative, cu care se confruntă copiii. (Pivniceru et al, 2012; Muntean, 2009, Bonchiș, 2004)

În perspectiva unor autori (Albu , 2007; Șchiopu și Verza, 1997) una dintre cele mai importante etape ale dezvoltării umane este cea numită prima copilărie, cuprinsă între 1 și 3 ani. În această perioadă, copilul începe să fie integrat în grupul familial, să achiziționeze anumite deprinderi autonome. Primii ani de viață sunt esențiali pentru dezvoltarea fizică și emoțională a copilului, acesta având nevoie de afecțiune, siguranță, încredere, un mediu decent de viață.

Tot în primii ani este esențială dezvoltarea atașamentului copilului față de persoane apropiate (Muntean, 2009; Luca, Pivniceru și Gulei, 2012; Bonchiș, 2006; Marcu, 2012). Conform specialistului în psihanaliza copilului, John Bowlby, atașamentul face referire la relația afectivă ce se dezvoltă între copil și mama sa (ori persoana principală care acordă îngrijire copilului). Această legătură se evidențiază prin iubire, protecție și securitate și ajută copilul să evolueze din punct de vedere social, afectiv și cognitiv. Teoria dezvoltată de către John Bowlby subliniază faptul că, în dezvoltarea atașamentului, este importantă și activitatea de hrănire și îngrijire a acestuia, dar mai ales interacțiunea și comunicarea emoțională cu el. Unii autori afirmă că „*Primii ani de viață sunt esențiali pentru dezvoltarea fizică și emoțională a copilului. În această etapă contează foarte mult mediul în care se dezvoltă copilul, acesta având nevoie de afecțiune, siguranță și încredere*”. John Bowlby afirma că „*în această perioadă este reprezentativ atașamentul copilul față de mamă, care devine acaparant. Copilul simte nevoia să fie iubit, îngrijit și alintat de către mama sa*” (Marcu, 2012; Albu, 2007; Munteanu, 2009).

În cadrul unui studiu realizat de către Simpson și colaboratorii în anul 2007, s-a evidențiat faptul că, în cadrul copilăriei mijlocii sau perioada școlară și adolescență, *un copil caută să-și creeze relații apropiate și stabile cu persoanele apropiate din jurul său, colegi, prieteni sau familie*. Este o perioadă de adaptare socială și culturală, *în care copiii încep să se simtă siguri pe ei, să fie independenți. Copilul prezintă un atașament sigur, are încredere în părinții săi, că îl vor ajuta, îndruma, atunci când va avea probleme și are curajul să exploreze lumea în care trăiește. Atașamentul joacă un rol important, influențându-i partea afectivă, socială și cognitivă*. Cu cât un copil are relații mai strânse, cu părinții, cu cei care îl îngrijesc, cu atât va avea capacitatea să-și creeze relații mai bune și stabile cu celelalte persoane din jurul său. (Luca.Pivniceru, Gulei, 2012: 27-28)

În ceea ce privește perioada preșcolară, cuprinsă între 3 și 6 ani, o serie de autori (Briceag, 2014 ; Albu, 2007; Brazelton și Greenspan, 2013) aduc în discuție faptul că, *acum copilul începe să se integreze tot mai activ în cadrul social și cultural și totodată, asimilează diferite modele de viață și experiențe importante*. Mediul social determină dezvoltare personalității copilului, a capacității sale de cunoaștere și de comunicare. În această perioadă, *copilul își dezvoltă limbajul, realizează progrese remarcabile în planul*

deprinderilor autonome de viață, își dezvoltă conștiința de sine, devine comunicativ, sociabil în cadrul familiei și a colectivității.

Perioada de la 6 la 12 ani reprezintă, în opinia unor autori (Muntean, 2009; Albu, 2007), momentul în care copilul se integrează în mediul școlar. *Activitatea școlară îl ajută să se dezvolte pe plan intelectual, să-și însușească diferite deprinderi, cum ar fi cele de scris și citit, își dobândește spiritul de ordine, de disciplină.* Mediul școlar trebuie să fie favorabil pentru procesul de acomodare și integrare.

Ca stadii de dezvoltare se mai remarcă perioada pubertății și cea a adolescenței (Albu, 2007; Muntean, 2009). În etapa pubertății, *copilul începe să fie independent, să se integreze mai bine în grupurile sociale de aceeași vârstă. Acest stadiu, este marcat de o creștere și o maturitate sexuală intensă, de o dezvoltare psihică și socială importantă. Este momentul în care copilului i se întărește sentimentul de apartenență la anumite grupuri sociale și își creează relații de prietenie și colegialitate.* Se amintește și de perioada adolescenței, ce reprezintă o etapă de stabilire a maturității biologice a copilului.

În ceea ce privește nevoile copiilor, conform literaturii de specialitate, le putem aminti pe cele fiziologice, psihologice și sociale, ca fiind cele mai importante. *Atunci când aceste nevoi nu sunt satisfacute, copiii nu își vor putea dezvolta stima de sine, respectul față de oameni, vor fi impulsivi, anxioși, nu vor avea răbdare să depună un efort minim pentru a realiza ce își doresc* (Muntean, 2009). De multe ori, ca un efect negativ, aceștia vor părăsi timpuriu școala, ceea ce le va aduce sentimente de respingere.

Conform Legii nr. 272/2004, privind protecția și promovarea drepturilor copilului, potrivit în determinarea interesului superior al acestuia, *se au în vedere nevoia de dezvoltare fizică, psihologică, de educație, securitate și stabilitate ca fiind esențiale pentru îmbunătățirea calității vieții copiilor ce provin din diferite medii sociale.* Conform legislației privind protecția copilului, există numeroase principii și reguli de organizare și funcționare a serviciilor dedicate sprijinirii dezvoltării sănătoase și armonioase a copilului.

În ceea ce privește principiul egalității de șanse și al nediscriminării se consideră faptul că, *indiferent de clasa socială a copilului, acesta trebuie să fie încurajat, îndrumat, să fie implicat în diferite activități, pentru a avea parte de o bună dezvoltare a capacităților și abilităților sale.* Acesta nu trebuie să aibă parte de restricții sau să fie privat de anumite drepturi și libertăți. (Pivniceru et al, 2012)

Oamenii diferă unul de celălalt în numeroase moduri. Variații de sex, formă, dimensiunea și culoarea pielii au format baza ierarhiilor sociale din diferite timpuri și locuri. Există diferențe semnificative în ceea ce privește diferența de vârstă. În această privință, putem vorbi despre copii. *Ei pot fi marcați ca un grup social, care se distinge prin vizibilitatea vârstei cronologice scăzute. Punctele lor de vedere, opiniile și dorințele au fost adesea ignorate, deoarece la vârsta lor se consideră faptul că ei nu merită să fie ascultați.* (Lee, 2001)

În privința mediul social, *copiii ce trăiesc într-un mediu decent vor privi mereu spre viitor, vor avea o siguranță financiară și materială, vor avea acces la diferite servicii și activități necesare vârstei, vor dezvolta relații bune cu comunitatea. Ne putem da seama, că acești copii sunt mai comunicativi, mai empatici, reușesc să își exprime mai ușor sentimentele și trăirile, să interacționeze mai bine, au încredere în forțele proprii și se simt iubiți și apreciați de persoanele din jurul lor, pe când cei care provin dintr-un mediu social defavorizat, nu își vor putea satisface aceste tipuri de nevoi la un nivel la fel de satisfăcător.* (Pivniceru et al, 2012; Brazelton și Greenspan, 2013)

Conform unui studiu realizat de Eurostat (Luca, Pivniceru, Gulei, 2012), rezultă că în țara noastră, unul din trei copii trăiește sub limita sărăciei. Acest lucru are consecințe foarte grave asupra satisfacerii nevoilor și, implicit, a dezvoltării fizice, psihice și sociale. *Problemele cu care se confruntă acești copii sunt excluziunea socială, marginalizarea, discriminarea, accesul îngreunat la educație. Ei duc lipsă de venituri materiale și financiare, au un acces limitat la serviciile de bază. Aceștia ar putea fi ajutați să depășească aceste situații prin dezvoltarea unor servicii adaptate nevoilor, servicii care le-ar sprijini accesul la un nivel decent de viață și o bună dezvoltare psiho-socială.*

Serviciile sociale sunt acele măsuri instituționalizate, ce sunt implementate cu scopul de a răspunde nevoilor unei categorii de persoane defavorizate, contribuind la limitarea, înlăturarea sau reducerii situației de vulnerabilitate în care aceste persoane se regăsesc.

Serviciile de sprijin adresate copiilor din categorii defavorizate se pot referi la facilitarea accesului la educație (inclusiv educație extracurriculară), la îngrijire medicală, ori la implicarea acestora în diferite activități ce au ca scop formarea unor deprinderi esențiale în viața de zi cu zi. De asemenea, ele pot consta în servicii de consiliere, pentru a-i ajuta să treacă mai ușor peste problemele dificile ce apar și a se dezvolta și evolua într-un mod sănătos și decent. (Petrescu et al., 2011; Mocanu, 2017).

Serviciile de sprijin care vin în întâmpinarea nevoilor educaționale ale copiilor sunt necesare pentru o bună dezvoltare a acestora din punct de vedere intelectual, dar și pentru procesul de integrare în mediul școlar. *Activitatea școlară ajută copilul să se dezvolte pe plan intelectual, să-și însușească deprinderile de scris, citit. Prin activitatea școlară, copilul își dobândește spiritul de ordine, de disciplină, atât în viață, cât și în gândire.*

Școala reprezintă un lucru necesar în viața copilului. Se creează un mediu favorabil pentru procesul de acomodare și schimbare. Acomodarea se axează pe modul în care copilul încearcă să capteze atenția persoanelor din viața lui. Aceste persoane joacă un rol important în viața copilului, el ghidează activitatea intelectuală a acestuia, organizează viața școlară și totodată, veghează la exercitarea regulilor sociale necesare copilului (Albu, 2007: 50-52). Acordarea suportului în satisfacerea nevoilor fiziologice, este fundamentală pentru dezvoltarea armonioasă a copiilor, în special a celor proveniți din medii defavorizate. Tipul de sprijin se poate referi la alimentație, prevenirea bolilor prin

supravegherea stării de sănătate sau acordarea de protecție împotriva unor factori dăunători, din mediul de viață al copilului (Sion, 2003).

Sprijinirea familiei în satisfacerea nevoilor sociale ale copilului este de asemenea importantă, deoarece apartenența la o comunitate stabilă reprezintă un cadru esențial pentru dezvoltarea și evoluția copilului ca individ (Brazelton, Greenspan, 2013). O comunitate suportivă și stabilă oferă copilului sentimentul de stabilitate, siguranță, coerență.

Metodologie

În ceea ce privește nevoile emoționale, acestea sunt importante pentru copil, deoarece îl ajută să se dezvolte atât pe plan personal, cât și social. Satisfacerea nevoilor emoționale îi oferă copilului siguranță, stabilitate și încredere în puterile sale.

În privința nevoilor sociale, copilul are nevoie de un mediu social stabil și suportiv. Apartenența la un mediu social stabil reprezintă un cadru esențial pentru dezvoltarea și evoluția copilului. Prin satisfacerea nevoilor, i se oferă copilului sentimente de stabilitate, siguranță și coerență. Privarea de satisfacerea acestor nevoi îi va produce copilului sentimente negative, cum ar fi frustrarea, tristețea și scăderea stimei de sine. (Munteanu, 2009; Bucun, Chiperi, 2011).

Scopul cercetării de față a fost acela de a identifica perspectiva profesioniștilor din domeniul asistenței sociale cu privire la cele mai importante nevoi ale copiilor, tipurile de servicii de suport care răspund acestor nevoi, diferențele dintre copiii care provin din medii de viață defavorizate și ceilalți copii, precum și modul în care instituțiile pot interveni pentru a sprijini familiile aflate în dificultate, în satisfacerea acestor nevoi.

Obiectivele pe care le-am urmărit prin această cercetare au vizat:

- a) Identificarea perspectivei profesioniștilor din domeniul protecției copilului cu privire la cele mai importante nevoi ale copiilor;
- b) Aflarea provocărilor cu care se confruntă părinții (în special cei proveniți din categoriile vulnerabile) în a răspunde nevoilor copiilor;
- c) Identificare tipului de sprijin instituțional necesar familiilor provenite din categorii sociale defavorizate, pentru satisfacerea nevoilor copiilor.

Întrebările de cercetare care au ghidat colectarea și analiza datelor sunt următoarele:

1. Care sunt cele mai importante nevoi ale copiilor proveniți din medii defavorizate?
2. Cu ce probleme se confruntă părinții în satisfacerea acestora?
3. În ce fel ar putea fi ajutate instituțional familiile defavorizate pentru a face față mai bine nevoilor copiilor?
4. Există deficiențe sesizabile între abordarea utilizată de către reprezentanții sectorului public și cei ai sectorului privat, în ceea ce privește furnizarea serviciilor de suport pentru familii cu copii?

În cadrul cercetării, am intervievat 8 asistenți sociali din domeniul protecției copilului, dintre care 7 au fost de sex feminin un interviu de sex masculin. Patru dintre intervievați lucrau în instituții publice de asistență socială și patru în organizații private, furnizoare de servicii sociale pentru copil și familie. Toate organizațiile și instituțiile reprezentate funcționează în Municipiul Timișoara, județul Timiș.

Din punct de vedere al experienței în domeniul asistenței sociale, intervievații aveau între un an și 14 ani de experiență în domeniul asistenței sociale. Majoritatea intervievaților au absolvit Facultatea de Sociologie și Psihologie, specializarea Asistență Socială.

Pe baza literaturii de specialitate, am realizat instrumentul de cercetare, alegând ca mijloc principal de culegere a informațiilor interviul semi-structurat. Acest interviu s-a bazat pe o cunoaștere inițială a problemei investigate. Întrebările sunt formulate într-un limbaj accesibil, familiar pentru participanții la cercetare.

Majoritatea intervievaților nu au fost de acord cu înregistrarea audio a interviului. Durata de medie de derulare a unui interviu a fost de aproximativ 20 de minute.

Rezultate

În urma informațiilor colectate prin aplicarea interviurilor, în cadrul instituțiilor publice și private de asistență socială, am realizat o interpretare bazată pe perspectiva intervievaților despre nevoile copiilor, în general, a copiilor ce provin din medii sociale defavorizate și legătura cu serviciile sociale din comunitate, ce le răspund acestor nevoi.

Din perspectiva intervievaților, cele mai importante nevoi ale copiilor, în general, sunt cele fiziologice și cele de afecțiune.

Unul din intervievați afirmă că *cele mai importante nevoi sunt cele de afecțiune din partea părinților, dincolo de cele de hrană, îmbrăcăminte, de a avea o locuință*. Este necesar ca acești copii să-și satisfacă nevoile pentru a putea evolua în timp, pentru a-și dezvolta deprinderile necesare unei vieți independente. Ei au nevoie să fie lăsați să-și exprime singuri opiniile, sentimentele, au nevoie să fie ascultați și apreciați de persoanele din jurul lor, au nevoie să fie îndrumați, pentru a-și descoperi calitățile și să conștientizeze care este potențialul lor.

În teoria privind nevoile copiilor pentru o dezvoltare armonioasă, observăm că unii teoreticieni, precum Abraham Maslow, pun accentul pe satisfacerea nevoile emoționale și a celor de bază. Copiii trebuie să își satisfacă nevoile emoționale, pentru a reuși să se dezvolte atât pe plan personal, cât și social. Satisfacerea nevoilor emoționale contribuie la o dezvoltare și o evoluție sănătoasă a copiilor, din punct de vedere psihic și social. Aceste nevoi esențiale stau la baza relațiilor sociale, în cadrul familiei, în mediul școlar, cu colegii, cât și în mediul social, cu prietenii sau alte persoane.

În ceea ce privește copiii proveniți din categorii defavorizate socio-economic, perspectiva profesioniștilor intervievați reliefează faptul că satisfacerea nevoilor fiziologice este o dificultate majoră, cu care se confruntă familiile acestor copii. Copiii ce provin din familii defavorizate se remarcă prin accesul îngreunat la resurse materiale, igienă, alimentație și îngrijire corespunzătoare. În corelație cu acestea, sau poate datorită lor, accesul la educație este de asemenea problematic pentru acești copii. Pentru a depăși aceste dificultăți, ei au nevoie de un important suport din partea familiei și a comunității din care provin. Adesea, au nevoie de multă atenție din partea persoanelor din jurul lor, au nevoie să se simtă apreciați și acceptați în mediul social.

În ceea ce privește nevoia de afecțiune, aceasta a fost de asemenea identificată ca o nevoie fundamentală, de către participanții la interviu: *„Copiii ce provin din familii dezavantajate, față de alte categorii sociale au nevoie să se simtă în siguranță în familia lor, au nevoie de sprijin emoțional, să știe că sunt iubiți, apreciați, ei au nevoie să știe că problemele ce apar în familie nu s-au produs din vina lor”*.

Pentru copiii ce provin din familii vulnerabile, Abraham Maslow afirmă că cele mai importante nevoi sunt cele emoționale, cele fiziologice și cele sociale: *„Copiii au nevoie de afecțiune, singuranță, să aparțină unui mediu social, au nevoie de încredere, ocrotire, îngrijire, de protecție fizică, pentru a beneficia de o mai bună dezvoltare și evoluție în timp”*. Acești copii au nevoie să simtă că sunt acceptați de cei din jurul lor, au nevoie și ei ca ceilalți să aparțină unui mediu școlar, să aibă parte de o educație decentă, să nu fie marginalizați și discriminați de persoanele din jurul lor (Muntean, 2009; Albu, 2007; Sion, 2003).

În ceea ce privește serviciile sociale necesare pentru sprijinirea familiilor defavorizate în vederea satisfacerii nevoilor copiilor, intervievații menționează că sunt necesare următoarele tipuri de servicii: servicii specializate de tip centru de zi, servicii pentru prevenirea separării copiilor de familia lor, servicii de consiliere, activități educaționale și recreative, prin care această categorie de beneficiari să aibă parte de deprinderea unor abilități necesare, pentru a se descurca mai bine în viața cotidiană.

Din perspectiva disponibilității acestor servicii în cadrul comunității, intervievații au indicat o serie de astfel de servicii existente în comunitate.

Unele dintre acestea sunt acordate părinților: sprijin financiar, servicii de consiliere, cursuri de formare și dezvoltare personală, servicii de mediere pentru integrarea pe piața muncii.

Altele sunt acordate copiilor: consiliere a copiilor separați temporar sau definitiv de familia lor, cursuri de dezvoltare personală, dezvoltarea deprinderilor de viață independent, consiliere psihologică, consiliere socială individuală, servicii medicale, cursuri de formare profesională, activități de educație non-formală, activități creative: pictură, ludoterapie, activități sportive: baschet, tenis de masă, activități recreative: spectacole, cluburi literare, servicii educaționale, mediere pentru prevenirea abandonului

școlar, meditații gratuite, efectuarea temelor sub supravegherea educatorilor, cursuri gratuite la diferite specializări, calculatoare și limbi moderne.

Aceste tipuri de servicii sociale vin atât în întâmpinarea nevoilor copiilor, cât și ale părinților acestora, învățându-i, de exemplu, cum să răspundă la cerințele copiilor, cum să ducă un trai mai decent, cum să își găsească un loc de muncă, cum să fie mai implicați în viața copiilor, cum să-și rezolve singuri anumite situații dificile.

Conform Ordonanței de Guvern nr. 68/2003, serviciile sociale reprezintă *un set de acțiuni și măsuri întreprinse cu scopul de a preveni anumite situații dificile din viața unor persoane defavorizate, au scopul de a satisface nevoile sociale ale indivizilor aflați în nevoie*. Aceste servicii ajută la eliminarea marginalizării, excluziunii și discriminării sociale, cât și la creșterea calității vieții (O.G. nr. 68/2003, art. 1, parag. 1).

Din perspectiva unor autori (Bucun, Chiperi, 2011), nevoile copiilor trebuie îndeplinite, pentru ca mai târziu, aceștia să devină tineri capabili, comunicativi, încrezători în forțele proprii, gata să înfrunte orice obstacol din viața lor. Atunci când nevoile sunt satisfăcute, se creează efecte pozitive, cum ar fi creșterea stimei de sine, a nivelului de relaționare, dar atunci când acest lucru nu are loc, se instalează sentimente negative, cum ar fi frustrarea, tristețea, scăderea stimei de sine sau confuzia. Avem mai multe tipuri de nevoi ce trebuie satisfăcute, pentru dezvoltarea sănătoasă, din punct de vedere psihic, fizic și social.

În ceea ce privește, însă, o serie de servicii necesare în comunitate, dar care în acest moment nu există încă (Tabelul nr. 1), intervievații au menționat de asemenea și astfel de servicii: centre pentru readaptarea copiilor cu probleme sociale, centre de incluziune socială, pentru a preveni marginalizarea socială a copiilor, centre comunitare, pentru a-i ajuta pe copii, dar și pe părinții proveniți din medii dezavantajate, să treacă mai ușor peste greutățile din viața lor, grădinițe cu program prelungit sau săptămânal, locuințe sociale pentru tinerii defavorizați, centru social multifuncțional pentru sprijinirea familiilor dezavantajate, în ceea ce privește integrarea școlară a copiilor.

Tabelul nr. 1 – Servicii de suport adresate familiilor dezavantajate cu copii, din Timișoara

Categorii de nevoi	Servicii de suport pentru satisfacerea acestora	
	Servicii existente în Timișoara/Furnizor	Servicii necesare, dar care nu există în prezent în Timișoara/ Propunător
Nevoi emoționale:	- consilierea copiilor separați temporar sau definitiv de	- un centru comunitar, la care părinții să apeleze, atunci

nevoia de afecțiune, nevoia de atenție din partea părinților, nevoia de dezvoltare personală	părinți (Fundația Rudolf Walter, Complexul de Servicii pentru Copii Sf. Nicolae)	când se confruntă cu dificultăți și vor să găsească soluții la problemele lor (Organizația pentru Părinți și Copii SCOP)
	-cursuri de dezvoltare personală (Asociația Copii)	- servicii de suport, cum ar fi grădinițe cu program prelungit și săptămânal (DGASPC)
	-consiliere psihologică pentru prevenirea separării copiilor de familia lor (Complexul de Servicii pentru Copii Sf. Nicolae, DGASPC, Asociația Copii)	- un centru pentru readaptarea copiilor cu probleme sociale (Complexul de Servicii pentru Copii Sf. Nicolae)
	-psihoterapie familială individuală sau de grup (Areopagus)	- un centru de incluziune socială adaptat problemelor copiilor, în ceea ce ține de marginalizarea și excluziunea socială. (Complexul de Servicii pentru Copii Sf. Nicolae)
	-consiliere socială individuală sau în grup (Areopagus)	
Nevoi fiziologice: nevoia de hrană, nevoia de a avea o locuință, nevoia de a avea o igienă corespunzătoare, nevoia de resurse financiare	-cantină socială (DGASPC, Fundația Rudolf Walter, Areopagus)	-locuințe sociale pentru tinerii dezavantajați (Fundația Rudolf Walter)
	-servicii de găzduire pe o perioadă determinată (DGASPC, Fundația Rudolf Walter)	-centru de respiro pentru părinții cu copii cu dizabilități (DGASPC)
	-servicii medicale (Rudolf Walter, Complexul de Servicii pentru Copii Sf. Nicolae, DGASPC)	-centru de îngrijire și asistență medicală pentru copiii aflați în dificultate (DGASPC)

	-ajutor material (Areopagus)	
Nevoi sociale: nevoia de socializare, nevoia de a achiziționa deprinderi necesare pentru o viață independentă, nevoia de integrare în comunitate	-ateliere creative: de pictură, ludoterapie (Asociația Copii, Complexul de Servicii pentru Copii Sf. Nicolae, Areopagus)	Existența unui centru de consiliere psihosocială pentru copiii aflați în dificultate, care să pună accentul pe integrarea socială a acestora (DGASPC, Fundația Rudolf Water)
	- activități sportive: tenis, baschet, rațele și vânătorii, fotbal (Complexul de Servicii pentru Copii Sf. Nicolae, Organizația pentru Părinți și Copii- SCOP)	
	- activități de vizionare filme (Complexul de Servicii pentru Copii Sf. Nicolae)	
	- activități recreative și culturale: cluburi literare, spectacole, ateliere de pictură (Fundația Rudolf Walter)	
	- cursuri de gătit (Organizația pentru Părinți și Copii-SCOP)	
	-mediere în vederea integrării pe piața muncii (Asociația Copii, Areopagus)	
	- consiliere administrativ-juridică (Complexul de Servicii pentru Copii Sf. Nicolae)	
	-activități de integrare socială (Areopagus)	
Nevoi educaționale: nevoia de educație, nevoia de integrare în mediul școlar	-educație rutieră (Organizația pentru Părinți și Copii- SCOP)	- centru social multifuncțional pentru sprijinirea familiilor dezavantajate, în ceea ce privește integrarea școlară a copiilor (Fundația Rudolf Walter)

	-educație non-formală (Organizația pentru Părinți și Copii- SCOP, Fundația Rudolf Walter, Asociația Copii)	- programe școlare de tip „A doua șansă”
	- meditații gratuite (Complexul de Servicii pentru Copii Sf. Nicolae, Fundația Rudolf Walter, Areopagus)	- activități de prevenire și reducere a segregării și marginalizării în școli
	-formare profesională: cursuri de cofetar-patiser, mecanic auto, operator confecționar industrial (Fundația Rudolf Walter)	
	-cursuri de educație parentală (Complexul de Servicii pentru Copii Sf. Nicolae, Asociația Copii)	
	-mediere școlară pentru prevenirea abandonului școlar (Asociația Copii)	
	-realizarea temelor sub supravegherea educatorilor (Complexul de Servicii pentru Copii Sf. Nicolae)	
	-orientare școlară (Fundația Rudolf Walter, Complexul de Servicii pentru Copii Sf. Nicolae)	
	-cursuri gratuite pe diferite specializări, cum ar fi limbi modern și calculatoare, prin care se facilitează accesul la învățământ (Areopagus)	

Interpretarea datelor a inclus de asemenea și analiza comparativă a perspectivei asistenților sociali din cele două categorii de instituții reprezentate: instituții publice și organizații non-gvernamentale.

Se remarcă astfel câteva asemănări, dar și câteva deosebiri între cele două perspective analizate.

În ceea ce privește asemănările, ambele categorii de instituții oferă servicii sociale ce vin în sprijinul copiilor ce provin din medii defavorizate. Instituțiile publice, cât și organizațiile non-guvernamentale, au ca obiectiv principal, suportul acordat pentru îngrijirea, creșterea, dezvoltarea, formarea și educarea copiilor defavorizați.

Conform Legii 272/2004, serviciile publice de asistență, cât și organismele private realizează *activități de prevenire a separării copilului de familia sa, asigură consilierea și informarea familiilor cu copii asupra drepturilor și obligațiilor ce impun acordarea de prestații și servicii sociale, totodată asigură menținerea și dezvoltarea capacităților copilului, dar și a părinților săi, pentru depășirea unor situații dificile, ce ar putea determina separarea copilului de mediul său familial*. Deci, ambele categorii de instituții sociale se ocupă de protecția și dezvoltarea copilului ce provine dintr-un mediu defavorizat de viață.

În ceea ce privește deosebirile, organizațiile non-guvernamentale sunt mai implicate în sprijinirea copiilor defavorizați, oferindu-le o varietate de servicii sociale, necesare pentru îndeplinirea tuturor nevoilor emoționale, fiziologice, sociale și educaționale. Intervievații din cadrul organizațiilor non-guvernamentale, au afirmat că *oferă servicii de consiliere pentru copiii separați temporar sau definitiv de părinți, servicii de găzduire, activități recreative, cursuri de formare profesională, mediere școlară pentru prevenirea abandonului școlar, servicii medicale, educație non-formală, activități de integrare socială, activități de creație, orientare școlară, medierea în vederea integrării pe piața muncii, activități sportive, cursuri de gătit, meditații gratuite*. Aceste servicii sociale sunt necesare pentru o dezvoltare sănătoasă și armonioasă a copiilor ce provin din medii defavorizate.

Instituțiile publice de asistență socială se bazează pe partea de prestații și beneficii sociale necesare copiilor în dificultate, pe oferirea unei măsuri de protecție socială, de școlarizare. Intervievații din instituțiile publice susțin că *ei aduc la cunoștință serviciile sociale, de care pot beneficia copiii aflați în dificultate și de asemenea le oferă măsură de protecție, de școlarizare și consiliere psihologică*. Instituțiile publice de asistență socială nu sunt atât de flexibile în oferirea de servicii sociale necesare beneficiarilor, resursele de timp sunt mai scăzute, cât și resursele umane, profesioniștii sunt supuși la anumite bariere legislative, atunci când trebuie să ia o decizie efectivă, de multe ori aceștia își pierd viziunea și obiectivul, acela de a asigura o îngrijire bună și o integrare și adaptare a copiilor în societate.

În ceea ce privește organizațiile non-guvernamentale, ele sunt mai flexibile în a oferi exact acele servicii care sunt necesare pentru copiii aflați în dificultate, dețin un personal specializat, care oferă servicii de calitate și diversificate axate pe nevoile copiilor, au o capacitatea bună de atragere de fonduri. Profesioniștii din organizațiile non-guvernamentale sunt mai aproape de beneficiarii lor, sunt mai flexibili și arată o mai bună înțelegere a nevoilor și cerințelor copiilor aflați în dificultate. Majoritatea intervievaților din organizațiile non-guvernamentale afirmă că *oferă servicii sociale, prin care copiii sunt sprijiniți cu competență și căldură, ei beneficiază de o intervenție personalizată și adaptată*

evoluției lor, de siguranță, de încredere și respect. Aceștia sunt ajutați să-și dezvolte deprinderile de viață independentă, să socializeze, sunt ajutați în vederea obținerii de rezultate școlare corespunzătoare nivelului lor de dezvoltare, totodată sunt ajutați în vederea reintegrării familiale.

Organizațiile non-guvernamentale urmăresc îmbunătățirea calității vieții persoanelor defavorizate, mai ales a copiilor ce provin din categoria grupurilor vulnerabile, oferă servicii sociale diversificate axate pe nevoile copiilor, promovează practici profesionale de asistență socială.

Implicarea lor în furnizarea de servicii este esențială, deoarece sprijină direct copiii aflați în dificultate, în vederea soluționării problemelor dificile, promovează faptul că toți copiii trebuie să aibă dreptul la o educație mai bună, totodată doresc să ofere categoriilor sociale vulnerabile un viitor și o viață mai bună.

În urma unui studiu axat pe nevoile copiilor (Popescu et al, 2009), s-a observat faptul că încrederea copiilor în organizațiile non-guvernamentale este una mai ridicată, mai ales pentru că *rolul în sine al unei astfel de organizații este acela de a fi mai aproape de copil, de cunoașterea nevoilor reale ale copiilor și de acțiune în consecință pentru ca aceștia să treacă mai ușor pentru situațiile de dificultate ce le întâmpină în viața de zi cu zi.* Sectorul neguvernamental are un rol important ca furnizor de formare profesională și personală, cât și de servicii sociale de suport axate pe nevoile și cerințele categoriilor vulnerabile, mai ales a copiilor aflați în dificultate, ce necesită sprijin pentru a traversa perioadele dificile din viața lor.

Concluzii

În concluziile cercetării, am realizat corelarea și integrarea rezultatelor, în cadrul teoretic utilizat, referitor la nevoile copiilor. Totodată, mi-am propus să identific care sunt nevoile de sprijin ale copiilor aflați în dificultate, modul în care instituțiile de asistență socială din Timișoara ajută la îndeplinirea acestor nevoi, prin serviciile sociale oferite.

Conform unor studii din literatura de specialitate, unii autori (Oșvat, Marc, 2013) au afirmat că *nevoile copiilor sunt cele de suport emoțional, de comunicare și de dezvoltare a încrederii în forțele proprii. Aceste nevoi sunt necesare pentru integrarea copiilor în societate, pentru dezvoltarea deprinderilor și abilităților, cât și pentru o evoluție sănătoasă din punct de vedere emoțional, fizic, social, cât și educațional.* Pe baza rezultatelor cercetării, am identificat că cele mai importante nevoi ale copiilor aflați în dificultate sunt *cele de afecțiune, de atenție din partea părinților, de dezvoltare personală, de socializare și de integrare în mediul școlar.*

În ceea ce privește serviciile sociale oferite de instituții publice și organizațiile non-guvernamentale, avem un număr mare de servicii, care corespund nevoilor copiilor, cum ar fi *servicii de găzduire, servicii de consiliere pentru prevenirea separării copilului de familia sa, cât și alte tipuri de servicii, cum ar fi: servicii medicale, activități de creație, activități*

sportive, cursuri de formare profesională, mediere școlară pentru prevenirea abandonului școlar, cantină socială, activități recreative și culturale.

Prin rezultatele cercetării, am remarcat câteva asemănări și deosebiri între perspectiva asistenților sociali din instituțiile publice și organizațiile non-guvernamentale. Ambele categorii de instituții oferă suport pentru protecția, îngrijirea, dezvoltarea, formarea și educația copiilor defavorizați, dar putem observa faptul că organizațiile non-guvernamentale sunt mai implicate în sprijinirea copiilor, oferindu-le o varietate de servicii și prestații sociale necesare pentru îndeplinirea nevoilor emoționale, fiziologice, sociale și educaționale.

Prin Legea nr. 292/2011, se remarcă faptul că *serviciile sociale ajută la îndeplinirea nevoilor copiilor și presupune o abodarea integrată a copilului aflat în dificultate, în legătură cu condiția sa socială, economică, în ceea ce ține de starea de sănătate, de nivelul de educație și de mediul său de viață.*

Totodată, prin intermediul unor studii de specialitate, aflăm faptul că cercetătorii (Stanciu et al , 2008) au evidențiat că *„Țara noastră, nu are încă un pachet disponibil de programe și servicii sociale compacte, care să se adapteze la nevoile reale ale copiilor aflați în dificultate. În România, există numeroase provocări legate de bună dezvoltare și funcționare a copiilor, cauzele sunt: nivelul scăzut de trai, nivelul de educație precară, implicarea scăzută a părinților în viața copiilor, cât și inexistanța suportului emoțional și social.”*

În ceea ce privește nevoilor copiilor și serviciile sociale, în cadrul unui studiu realizat de către Eurostat (Mihăilescu, 2017) a reieșit faptul că în România, *unul din trei copii se încadrează sub limita sărăciei, provenind din medii de viață defavorizate. Acest lucru, are consecințe foarte grave asupra dezvoltării fizice, psihice și sociale. Problemele cu care se confruntă sunt excluziunea socială, marginalizarea, discriminarea, excluziunea în cadrul mediului școlar și medical. Aceste persoane duc lipsă de venituri financiare, materiale, dar și de lipsa accesului la serviciile de bază, la educație, sănătate, la protecție socială. Cei ce provin din medii de viață dezavantajate, nu au parte de un trai decent, nu au parte de siguranță și stabilitate, totodată dreptul la educație și sănătate le este afectat. Ei ar putea fi ajutați să depășească situațiile dificile, prin dezvoltarea unor servicii adaptate nevoilor sale. Aceste servicii i-ar ajuta să aibă parte de o bună dezvoltare psihosocială și le-ar asigura un stil de viață decent și sănătos.*

Toți copiii au în funcție de vârsta sau mediul social din care provin, nevoi specifice, care dacă sunt netratate diferențiat, se pot transforma mai târziu în adevărate obstacole pentru integrarea copiilor în viața socială. Serviciile sociale oferite de instituțiile publice și private trebuie să reprezinte o șansă importantă pentru copiii aflați în dificultate, de a beneficia de o schimbare în bine și totodată, pentru a se evita crearea unor obstacole în dezvoltarea și evoluția lor. În ambele categorii de instituții, dincolo de necesitatea asigurării resurselor financiare și materiale, iese în evidență nevoia adaptării personalului implicat în acordarea

serviciilor sociale, astfel încât acești profesioniști să fie capabili să reacționeze direct la nevoile copiilor și să le direcționeze existența (Popescu et al, 2009).

În ceea ce privește instituțiile publice și organizațiile non-guvernamentale, am remarcat o mai mare implicare din partea ONG-urilor, deoarece sunt flexibile și se adaptează mai ușor la nevoilor copiilor aflați în dificultate, ceea ce nu se întâmplă în sectorul public de asistență socială. ONG-urile se bazează pe o misiune anume, sunt mai aproape de beneficiarii, oferă servicii de calitate și diversificate, sunt mai implicate pe strângerea de fonduri pentru sprijinirea categoriilor vulnerabile. În cadrul acestor organizații, se merge pe ideea îmbunătățirii calității copiilor ce provin din categoria grupurilor vulnerabile, pe ideea că toți au dreptul la o educație și o viață mai bună, care să nu implice termenii de marginalizare și excludere sociale, ci termenii de egalitate, de dreptate și de respect reciproc.

Din perspectiva asistenților sociali din instituțiile publice și organizații non-guvernamentale, consideră că ar trebui înființate la nivel comunitar, următoarele tipuri de servicii sociale: *„ar fi necesar existența unui centru comunitar, la care părinții să apeleze, atunci când întâmpină probleme în satisfacerea nevoilor copiilor; un centru pentru readaptarea copiilor cu probleme sociale; centru de incluziune socială adaptat problemelor copiilor, în ceea ce privește marginalizarea și excluderea socială; un centru social pentru sprijinirea familiilor dezavantajate, în ceea ce privește integrarea școlară a copiilor.”* În principal, se dorește o diversificarea a serviciilor sociale în vederea prevenirii intrării copilului în dificultate, cât și promovarea unui sistem integrat de asistență socială la nivel local, în vederea combaterii riscului de excludere socială și creșterii calității vieții copiilor ce provin din medii defavorizate.

Consider că ar trebui să se crească nivelul de mobilizare comunitară, în ceea ce privește apărarea și promovarea drepturilor copiilor aflați în dificultate, să se îmbunătățească politica națională din domeniul prevenirii separării copilului de familia sa.

Conform Hotărârii nr. 669/2006, integrarea copiilor în societatea actuală, precum și folosirea optimă a potențialului lor reprezintă elemente importante pentru reducerea riscului marginalizării și excluderii sociale și pentru ajungerea la o creștere de lungă durată a oricărei societăți. Dacă dorim să intervenim în favoarea copiilor aflați în dificultate, trebuie să le oferim o gamă variată de servicii sociale adaptate nevoilor lor, cât și o educație de calitate, cum ar fi o *„educație egală pentru toți copiii, indiferent de categorie socială.”* Un sector social important, care ar trebui să fie îmbunătățit, este cel educațional. Școala are o răspundere certă în dezvoltarea și evoluția personalității copiilor. Sistemul educațional ajută copiii să-și construiască o imagine de sine pozitivă pentru a putea acționa în viață. Eșecul anumitor copii provine adesea din faptul că au imagine proastă despre ei înșiși, iar acest lucru îi conduce spre comportamente antisociale.

De multe ori, această imagine este cauzată și de situația precară din mediul familial. Viața copiilor aflați în dificultate se poate schimba prin îmbunătățirea învățământului.

Acesta trebuie să fie la îndemâna tuturor celor care au nevoie de el, trebuie să permită accesul egal pentru toate categoriile sociale, să existe profesori specialiști și devotați, care să nu facă diferențe între copii, indiferent de mediul social din care provin. În ceea ce privește serviciile sociale și sistemul educațional, trebuie să fie adaptate la cerințele și nevoile copiilor..

Bibliografie

- Albu, E. (2007). Psihologia vârstelor. Târgu-Mureș: Univ. Petru Maior.
- Bonchiș, E. (2004). Psihologia copilului. Oradea: Editura Universitară din Oradea
- Brazelton, T., Greenspan, S. (2013). Nevoile esențiale ale copiilor. București: Ed. Trei.
- Briceag, S. (2014). Psihologia vârstelor. Accesat la 20. 05. 2018. http://tinread.usarb.md:8888/tinread/fulltext/briceag/psih_vir.pdf
- Bucun, N., Chiperi, N. (2011). Influența social-psihologică a mediului instituționalizat asupra dezvoltării psihice a elevilor cu nevoi speciale. Universul Pedagogic, nr. 2.
- Grothberg, E. H. (1995). A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. The Bernard Van Leer Foundation.
- Guvernul României. (2003). O.G. nr. 68/2003. Publicată în Monitorul Oficial, Partea I, la data de 19 noiembrie 2004. Accesat online la data de 25. 04. 2018.
- Guvernul României. (2006). H.G. nr. 669/2006. Publicată în Monitorul Oficial, nr. 479 la data de 2 iunie 2006, Accesat online la data de 18. 06. 2018.
- Lee, N. (2001). Childhood and Society. Buckingham: Open University Press.
- Luca, C., Pivniceru, M., Gulei, Al. (2012). Metodologie de asistență psihosocială a copiilor remigranți. Iași: Sedcom Libris.
- Mihăilescu, A. (2017). Fenomenul sărăciei în rândul generațiilor actuale de copii din România. Revista Calitatea Vieții, nr. 2.
- Muntean, A. (2009). Psihologia Dezvoltării Umane. Iași: Ed. Polirom.
- Oșvat, C., Marc, C. (2013). The socio-professional integration of the institutionalized youngsters. Revista de Asistență Socială, nr. 1/2013. Iași: Ed. Polirom.
- Parlamentul României. (2004). Legea nr. 272/2004. Publicată în Monitorul Oficial, nr. 159 la data de 5 martie 2014. Accesat online la data de 25. 04. 2018.
- Parlamentul României. (2011). Legea nr. 292/2004. Publicată în Monitorul Oficial, nr. 905 la data de 20 decembrie 2011. Accesat online la data de 25. 04. 2018.
- Pitea, M. (2008). Copii în dificultate. Studiu comparativ Iași-Chișinău. Revista de cercetare și intervenție socială. Vol. 22.
- Popescu, A., Mareș, G., Andersen, Ș., Demenenco, D. (2009). Studiu exploratoriu- Nevoile emergente ale copiilor din România. București: Fundația pentru Dezvoltarea Societății Civile
- Sion, G. (2003). Psihologia vârstelor. București: Ed. Fundației România de Măine.

- Stanciu, M., Urse, L., Mihăilescu, A., Preotesi, M., Tudor, C. (2008). Condiții de viață ale familiilor cu copii din România. București: Ed. Expert.
- Șchiopu, U., Verza, E. (1997). Psihologia vârstelor. București: Ed. Didactică și Pedagogică.

Comunicarea Nonverbală în domeniul Asistenței Sociale

Carla-Eugenia EÖRDÖGH¹

Abstract

Comunicarea nonverbală este tema dezbătută în următoarele pagini, din care vom învăța să ne descoperim abilitatea de a decodifica cuvintele doar privind și ascultând persoana. A comunica este lucrul de bază a omului, la fel cum și a asculta este o abilitate pe care o dobândești doar când îți faci relații, cunoști, înveți, lucrezi cu oameni și îi asculți. Într-un final vei cunoaște componentele nonverbale, vei deprinde abilitatea de a privi în interior pentru a descifra cu adevărat personalitatea ascunsă în spatele măștii afișate în exterior. O persoană care știe să utilizeze codul verbal stăpânește la fel de bine și pe cel nonverbal, dar cel mai bine o fac persoanele care termină studii de specialitate, cum ar fi asistenții sociali, psihologii, psihoterapeuții. Ei ne ajută să devenim o societate mai bună, să comunicăm și să trăim viața într-o realitate conștientă. Așadar, în domeniul Asistenței Sociale comunicarea nonverbală este prezentă în relația cu beneficiarii asistenței sociale, de aceea mi-am propus să realizez această cercetare pe baza indicilor nonverbal prezenți într-o conversație.

Structura lucrării este împărțită astfel :

- prima parte face trimitere la fundamentele teoretice ale Comunicării Nonverbale cuprinzând definiția, funcțiile, formele și utilitatea comunicării nonverbale în domeniul Asistenței Sociale ;
- a doua parte conține metodologia lucrării cu cercetarea calitativă bazată pe indicii nonverbal existenți în relația asistent social – beneficiar, cuprinzând scopul, obiectivele, ipotezele, eșantionul, rezultate, propunerile și concluziile cercetării.

Cuvinte cheie: comunicare, asistență socială, nonverbală.

Introducere

Comunicarea Nonverbală

¹ West University of Timisoara, Blvd. Vasile Pârvan, No. 4, 300223, Timisoara, Timis, Romania; E-mail: carla_eordogh@yahoo.com

Cunoscută și sub denumirea de limbajul corpului, comunicarea nonverbală reprezintă procesul prin care se realizează transferul sentimentelor, atitudinilor și emoțiilor, proces în care cuvintele nu sunt suficiente. Cei care au inclus pentru prima dată în studii sintagma „comunicare nonverbală”, au fost psihiatrul Jurgen Ruesch și fotografii Weldon Kees. La jumătatea secolului trecut cei doi autori au inclus această sintagmă în anul 1956, în titlul cărții „Nonverbal Communication: Notes on the Visual Perception of Human Relations.” (Septimiu, C.2008., p.26)

Având un statut valoros în planul social și un puternic impact asupra persoanelor, comunicarea nonverbală este reprezentată de studiul sistemelor de comunicare prin care NU se folosesc cuvinte, ci se decodifică cuvinte în funcție de context și de relațiile dintre persoane. Comunicarea nonverbală ne oferă informații importante și eficiente despre gândurile care se ascund în spatele cuvintelor transmise ineficient.

Spre deosebire de vectorul verbal, vectorul nonverbal conține opusul frazelor formulate verbal sau codate, regăsindu-se aici modul nostru de a comunica, stilul nostru de a ne alege o anumită ținută, expresiile faciale și toate acțiunile pe care le exercităm prin gesturi care oferă semnificații fără ajutorul cuvintelor.

Imaginea reprezintă de fapt un factor fundamental al comunicării.

În cele mai multe cazuri, discuțiile verbale conțin factori care le influențează. De exemplu, teama de a nu supăra o persoană este un factor care întărește mesajul verbal fiind mai credibil cel nonverbal.

Într-o astfel de comunicare nonverbală, decodificarea comunicării verbale se realizează prin contracția mușchilor faciali, schimbarea vocii și a ritmului de transmitere a mesajului verbal. Aceste mesaje nonverbale sunt transmise prin utilizarea canalelor de comunicare: canalul vizual, tactil, auditiv și olfactiv. Un exemplu concret ar putea fi fraza “Te iubesc”, frază care poate fi evidențiată doar prin componentele comunicării nonverbale, privind persoana direct în ochi cu o voce tremurândă sau prin oferirea unei îmbrățișări semnificative eficiente în transmiterea sentimentului esențial care întărește cuvintele.

Comunicarea Nonverbală este în majoritatea cazurilor neintenționată deoarece ne exprimăm emoțiile fără să ne dăm seama, de aici apărând și concluzia că nu toate mesajele nonverbale sunt transmise în mod intenționat. În momentul transmiterii unor mesaje ar trebui să fim conștienți deoarece mesajele nonverbale pot să fie diferite de ceea ce comunicăm în mod verbal.

În procesul comunicării, comunicarea non-verbală deține o serie de funcții, cum ar fi:

- Un mesaj negativ este mai ușor de transmis non-verbal;

Această funcție poate fi reprezentată de momentul în care ești în divergență cu o persoană din grupul tău de prieteni care folosește un contact vizual puternic asupra ta, iar

în acest caz este mult mai ușor să întorci capul și să cobori privirea în jos decât să îi spui “Lasă-mă în pace, nu mă interesează persoana ta!”.

- Prima impresie despre o persoană;

De obicei când întâlnești o persoană necunoscută, prima părere se bazează pe transmiterea mesajelor decodificate, cum ar fi: modul în care și-a ales îmbrăcămintea, atitudinea pe care o deține pe parcursul conversației, felul în care gesticulează, toate aceste mesaje nonverbale fiind de ajutor pentru decodificarea datelor psihologice ale persoanei și formarea primei impresii.

- Reglarea interacțiunii noastre cu ceilalți;

Primul mod de a interacționa cu o persoană este “salutul”, însă în simbolurile de natură non-verbală, salutul este exprimat printr-un zâmbet, fluturarea mâinilor sau o îmbrățișare. În momentul în care dorești finalizarea discuției există două momente cheie: pozitive și negative. Distrugerea contactului vizual și îndreptarea ochilor înspre alte obiecte, sunt momente cheie pozitive pentru încheierea unei conversații, iar cele negative: schimbarea atitudinii și plecarea direct din discuție fără a saluta sau a arunca o privire în spate.

- Persuasiunea sau arta convingerii;

Cea de-a patra funcție a comunicării nonverbale, cea care profită de mesajele transmise în mod nonverbal prin modul de a privi, prin voce sau atitudine, se leagă de fapt de imaginea pe care noi o construim în ochii celorlalți. Această imagine ne ajută în formarea unei atitudini care va convinge o persoană să ia decizia de a ne acorda sau nu încrederea ei, pentru că în majoritatea cazurilor oamenii se simt mai confortabil în prezența celor care transmit aceleași idei, iar rolul nostru este acela de transmitere a mesajului că “suntem la fel”. (Ritt, A., 1997)

Forme ale Comunicării Nonverbale

„A spune nu înseamnă a face.” (Les modèles linguistiques de la communication, în Les voies du langage, 1982, pp.15-109).

Cercetările arată că în domeniul comunicării interumane: 55% din totalitatea mesajului pe care îl comunicăm este transmis prin limbajul nonverbal, 38% este transmis prin elementele paraverbale, iar 7% este transmis prin comunicarea verbală. (Toma, C., 2018, p.7)

Următoarele forme ale comunicării nonverbale, reprezintă forme ce pot susține sau diminua mesajul transmis în mod verbal.

Mimica feței

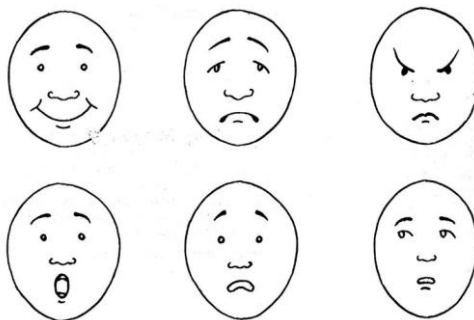


Figura nr. 1

Sursa: Life Skills, Activity 14 Communication: Body Language

Fiind cea mai expresivă parte a corpului, fața ocupă și locul cel mai important în timpul comunicării deoarece prezintă caracteristici esențiale ale comunicării nonverbale. Exprimarea sentimentelor prin mimică se face prin modificarea microexpresiilor feței care însoțesc mesajul verbal. Aceste microexpresii exprimă 7 emoții universale: furie, dezgust, dispreț, surprindere, fericire, frică, tristețe. Emoțiile sunt exprimate cu ajutorul ochilor care sunt oglinda sufletului fie larg deschiși sau triști, fruntea încruntată sau relaxată, zâmbetul prezent sau absent, nasul încleștat, toate acestea având un sens esențial în stabilirea relației de comunicare.

Gestica



Figura nr. 2.

Desen realizat de Stuyvesant Van Veen.

Gesturile sunt acțiunile care trădează gândurile persoanelor chiar dacă sunt sau nu conștiente. În majoritatea cazurilor, gesturile sunt folosite pentru a accentua anumite cuvinte și pentru a atrage atenția ascultătorului. Fiecare interpretare a gesturilor poate fi greșită, cum fiecare persoană are obiceiul de a gesticula la orice cuvânt transmis prin diverse mișcări cu mâinile, capul, picioarele. Gesturile pot fi precise sau manifestate spontan în funcție de mesajele transmise în actul de comunicare.

Postura

Postura este reprezentată de statutul social pe care fiecare persoană crede că îl deține sau vrea să îl dețină. Felul în care fiecare dintre noi își menține postura, oferă informații despre emoții, atitudine, putere. Există astfel câteva poziții de bază care trădează starea de spirit a persoanelor. O persoană dominantă știe să aibă o postură pe măsură, ținând capul ridicat, iar o persoană supusă ținând capul în jos, ceea ce ar putea reprezenta interesul pentru interlocutor. Poziția picior peste picior sau bătutul din picioare reprezintă lipsă de interes, iar picioarele îndreptate înainte către interlocutor, este un semn de înțelegere și interes.

Aspectul fizic

În viața de zi cu zi, oamenii acordă o atenție deosebită asupra felului în care arată o persoană. Emitem tot felul de evaluări de obicei neintenționate, dar și intenționate cu privire la aspectul oamenilor. În majoritatea cazurilor, persoanele care au încredere în aspectul fizic au și o stimă de sine crescută față de persoanele care se consideră mai puțin atrăgătoare. În concluzie, suntem cu toții puternic influențați de aspectul fizic pe care îl avem dar și pe care îl evaluăm la celelalte persoane. (Floyd, K.2013)

Comportamentele vocale

Vocea reprezintă un element de bază asupra comunicării nonverbale deoarece prin voce folosim anumite tonuri, anumite variații, viteze, pronunții, accente și un anumit volum. Prin comportamentele vocale ne putem da seama de starea pe care o are persoana de dialog în momentul conversației. De exemplu, o persoană care folosește o voce groasă cu o viteză mare, înseamnă că este iritată. Un aspect important al comportamentelor vocale îl reprezintă tăcerea, adică absența sunetelor, care ne ajută să menținem o discuție prin tăcerea ca ascultare sau prin simpla ignorare a întrebărilor.

Comportamentele de atingere

Simțul tactil este simțul care se dezvoltă primul dintre cele cinci simțuri, adică este simțul fără de care nu putem supraviețui. Comportamentele de atingere au un rol esențial

în transmiterea semnificațiilor: afecțiune, putere, îngrijire, control. Ocazional îi atingem pe oameni pentru a le sugera un anumit comportament. De exemplu atingem oamenii pentru a-i proteja, pentru a-i conduce într-o anumită direcție sau cel mai important aspectu, pentru a transmite dragoste și afecțiune.

Comunicarea este importantă, iar pentru o comunicare completă și eficientă trebuie să folosim toate formele de comunicare, atât verbale cât și nonverbale deoarece se condiționează reciproc. (<https://www.hellopc.ro/CONSILIERE/Comunicarea.html>)

Utilitatea Comunicării Nonverbale pentru domeniul Asistenței Sociale

Asistența Socială reprezintă una dintre cele mai vechi activități umane, activitate care adună laolaltă toate programele și instituțiile, măsurile, activitățile și serviciile pentru protejarea persoanelor, a grupurilor sau comunităților de persoane care prezintă anumite probleme și dificultăți grave de natură economică, biologică sau psihologică. Asistența Socială este destinată exclusiv persoanelor care nu pot avea o viață cu un trai decent, se află în pragul sărăciei sau sunt excluse social din comunitate. (<http://www.cnasr.ro/2014-03-12-editorial-excelenta-in-asistenta-sociala>)

Pentru fiecare organizație, omul este cea mai importantă resursă, deoarece prin oameni, organizațiile își folosesc rolul de a le dezvolta abilitățile și de a-și atinge principalele obiective. (Viorica, P., 2006)

Comunicarea este o artă, iar pentru a putea influența alte persoane și pentru a ne lăsa influențați și noi la rândul nostru, trebuie să deținem setul de valori atât verbale cât și nonverbale.

În domeniul asistenței sociale, comunicarea este esențială pentru interacțiunea dintre asistentul social și client/beneficiar. Pentru fiecare specialist din acest domeniu, comunicarea reprezintă actul elementar pentru fiecare intervenție, care este realizabilă odată cu stabilirea relației de comunicare. Pentru a dezvolta rapid o relație de comunicare eficientă este necesară îmbinarea componentelor verbale cu cele nonverbale. Acest lucru va demonstra respectul asistentului social față de interlocutor pentru opiniile, deciziile, valorile și experiența sa. În niciun caz într-o relație dintre asistent social și beneficiar nu se va pune problema de superioritate, asistentul social având obligația de a transmite prin actul comunicativ faptul ca atât beneficiarul cât și orice persoană de specialitate sunt situați pe poziții de egalitate.

Beneficiarii interpretează orice cuvânt transmis și mai ales componentele nonverbale, pe primul loc fiind tonul vocii. Dacă beneficiarii interpretează o lipsă de respect din partea asistentului social, atunci comunicarea nu va fi eficientă, pentru că rolul comunicării nonverbale în relație cu cea verbală, este unul special, folosit în fiecare zi în societate dar și în relațiile de asistență socială. Pentru a menține o relație bună ca asistent social cu beneficiarul, acesta ar trebui să dețină anumite calități pentru a reuși să distrugă barierele

și obstacolele comunicării. Aceste calități sunt: respect, empatie, ascultare activă, autodeterminare, disponibilitate, încredere, autenticitate, flexibilitate.

Datorită faptului că metodologia lucrării a avut ca și grup țintă persoanele vârstnice, atunci apelăm la rolurile asistentului social cu acest grup de persoane. Asistentul social are în primul rând rolul de a intervenii în binefacerea persoanelor vârstnice folosindu-se de atitudinea deschisă, oferind suport emoțional pentru recâștigarea echilibrului și a stimei de sine, va diminua starea de anxietate a beneficiarilor pentru ca aceștia să-și recâștige încrederea în propria persoană și pentru a se valorifica. Asistentul social trebuie să dea dovadă de bună cunoaștere a practicii asistențiate, utilizând într-un mod profesionist aspectele comunicării nonverbale. Printre aceste aspecte, se enumeră și ascultarea activă, care se realizează prin mimică, gestică, contact vizual, postură, tonalitate. Tot prin componentele nonverbale, beneficiarul poate completa și accentua sau dezagrea cele spuse de asistentul social.

Federico(1973) – a descris în mod indirect abilitățile muncii sociale definind roluri și activități astfel:

1. Muncitor de teren (outreach worker) – persoana care merge în comunitate pentru a identifica nevoile de bază ale persoanelor vârstnice urmărind referințele date în contextul serviciului.
2. Intermediator (broker) – persoana care cunoaște serviciile disponibile și se asigură că persoanele vârstnice în nevoie ajung la serviciul necesar lor.
3. Avocat (advocate) – persoana care ajută persoanele vârstnice să obțină servicii de asistență care în mod obișnuit le-ar fi refuzate.
4. Evaluare (evaluation) – persoana care evaluează nevoile și resursele, generează alternativele pentru îndeplinirea nevoilor și ia decizii.
5. Învățător (teacher) – persoana care învață fapte și aptitudini.
6. Mobilizator (mobilizer) – persoana care ajută la dezvoltarea de noi servicii de asistență.
7. Persoană care determină schimbări de comportament (behavior changer) – schimbă anumite părți specifice din comportamentul beneficiarilor.
8. Consultant (consultant) – persoana care lucrează cu alți profesioniști pentru a-i ajuta să fie mai eficienți în asigurarea de servicii.
9. Îndrumător pentru comunitate (community planner) – persoana care ajută grupuri din comunitate să planifice eficient nevoile de asistent social ale comunității respective.
10. Purtător de grijă (care giver) – asigură servicii de întraajutorare pentru persoanele vârstnice care nu pot să-și rezolve în întregime singuri problemele și nevoile proprii.
11. Manager informațional (data manager) – colectează și analizează informațiile cu scopul de a putea lua decizii.
12. Administrator (administrator) – execută activitățile necesare pentru planificarea și implementarea unor programe de servicii. (Bulgaru, M. Dilion, M.,2000 ,pp23-24)

Misiunea asistentului social nu poate fi îndeplinită dacă acesta nu pune în practică setul de valori și principii fundamentale ale profesiei, deoarece ele reprezintă componenta-cheie a profesiei. (Alexiu, M., 2003)

Metodologie

Această cercetare face trimitere la o problemă din perspectiva calitativă, prin intermediul căreia va voi prezenta 10 studii de caz care au ca **scop principal**: Analiza elementelor de Comunicare Nonverbală la persoanele vârstnice, beneficiare ale centrului de zi " Căminul pentru persoane vârstnice Inocențiu M. Klein" , beneficiari care au parte de îngrijire în concordanță cu gradul de dependență în care se află, a nevoilor individuale de ajutor, a situației familiale precum și în funcție de situația personală de natură socio-economică de care dispun

1. Obiectivele specifice

1. Evidențierea componentelor nonverbale care facilitează comunicarea cu beneficiarii vârstnici.
2. Identificarea indicilor nonverbalii care blochează comunicarea cu persoanele vârstnice.
3. Analiză legăturii între indicii verbalii și indicii nonverbalii.

2. Ipotezele cercetării

1. Dacă persoanele vârstnice sunt intervievate , atunci comunică eficient , într-o manieră nonverbală.
2. Dacă legăturile dintre persoanele vârstnice sunt negative ,atunci există un număr mare de indici nonverbalii negativi.
3. Dacă beneficiarii au o varsta cuprinsă între 60 și 80 de ani ,atunci comunicarea este mai eficientă din punct de vedere nonverbal.

3. Eșantionul cercetării

Cercetarea mea s-a realizat pe un eșantion de 10 persoane cu vârstă de peste 60 de ani.

Din această cercetare, au rezultat 10 studii de caz prin care îmi propun să testez ipotezele lucrării.

Metodologia folosită a fost un ghid de interviu cu trimitere la componentele COMUNICĂRII NONVERBALE, prin intermediul căruia am folosit tabelul indicilor nonverbalii pentru a descifra mai detaliat componentele nonverbale prezente la persoanele intervievate.

Rezultate

Descrierea sintetică a studiilor de caz în acord cu obiectivele și ipotezele cercetării

Studiu de caz numărul 1.

În acest caz s-a plicat un ghid de interviu pe subiectul M.L, în vârstă de 60 de ani, în care s-au urmărit detalii legate de: studii, situație familială, de cât timp frecventează centrul, modul de acceptare al interviului : obligat sau din propria inițiativă .

În urma analizelor componentelor nonverbale am observat următoarele elemente care favorizează comunicarea :

- contactul vizual este eficient între mine și persoana respectivă, fără elemente de mobilitate a privirii (subiectul se uită în jos), de aici rezultând faptul că persoana este echilibrată fără a trăda emoții speciale.

- în interacțiunea cu persoana, am observat că acesta avea o mimică expresivă, zâmbea.

- efectele negative ale comunicării nonverbale: mișcările brațelor cu răsuciri, crispări, m-au determinat să cred că este o persoană care are sentimente de anxietate.

- de asemenea am descoperit că are mișcări necontrolate ale picioarelor .

Studiu de caz numărul 2 .

Acest caz este despre subiectul R.V, în vârstă de 73 de ani, care în urma aplicării ghidului de interviu unde s-a analizat componenta nonverbală, s-au observat următoarele elemente :

- contactul vizual este ineficient între mine și persoana respectivă, având o privire instabilă, de aici rezultând faptul că subiectul este o persoană nesigură pe ea .

- în interacțiunea cu persoană am observat că această avea o mimică expresivă prin încruntări ale sprâncenelor, rezultând preocuparea pentru interviu.

- efectele negative ale comunicării nonverbale: răsuciri rapide ale mâinilor, plâns, bâlbâieli, efecte care au avut ca rezultat faptul că persoană are sentimente de timiditate, este o persoană tensionată și nesigură pe ea.

Studiu de caz numărul 3.

În acest studiu de caz s-a aplicat ghidul de interviu pe persoana V.E, în vârstă de 72 de ani, unde în urmă analizei componentelor nonverbale am observat că :

- contactul vizual între mine și persoana V.E a fost eficient, privire fixă, ceea ce înseamnă o persoană echilibrată.

-interacțiunea a fost eficientă, subiectul dând dovadă de sentimente pozitive, prin afișarea zâmbetului, dar totodată prin bâlbâielile din comunicarea verbală mi-am dat seama că prezintă emoții și timiditate.

-efectele negative ale comunicării nonverbale: mișcări rapide ale degetelor, mușcarea dintr-un măr, potrivirea vocii, m-au făcut să îmi dau seama că subiectul este o persoană rigidă, trădată de emoții în legătură cu propria persoană.

Studiu de caz numărul 4.

În prim plan-ul acestui studiu de caz se află persoana G.J, în vârstă de 71 de ani, care în urma aplicării interviului, s-au analizat elemente ale comunicării nonverbale, concluzionand astfel:

- contactul vizual este instabil, subiectul prezentând sentimente de nesiguranță în propria persoană .

- în interacțiunea cu persoana, am observat că se simțea ușor în tensiune din cauza acestui interviu, prin folosirea sprâncenelor ridicate.

- efectele negative ale comunicării nonverbale: fluturarea mâinilor, fluturarea unor hârtii pe birou, ridicări în picioare, efecte care reprezintă faptul că subiectul este o persoană anxioasă, care se simte inferioară din cauza tensiunii și emoțiilor care o copleșesc în prezența persoanelor noi .

Studiu de caz numărul 5.

În acest studiu de caz, s-a aplicat ghidul de interviu pe persoana D.D, în vârstă de 79 de ani, unde s-au analizat componentele comunicării nonverbale, astfel :

-contactul vizual este eficient, privirea fiind circulară, interpretându-se ca sentiment de modestie.

-în interacțiunea cu persoana, am dedus faptul că este o persoană care a acceptat interviul din propria inițiativă, deoarece aprobă orice cuvânt prin clătinări ale capului, însă prin mușcarea buzelor reiese faptul că predomină un ușor sentiment de rușine.

-efectele negative ale comunicării nonverbale: tropăieli, picioare strânse sub corp, respirație precipitată, m-au făcut să cred că persoana este o fire anxioasă, prezentând sentimente de insecuritate și timiditate .

Studiu de caz numărul 6.

În acest studiu de caz, ghidul de interviu a fost aplicat pe persoana C.F, în vârstă de 67 de ani, unde s-au analizat componentele nonverbale conform structurii :

-contactul vizual pentru început a fost ineficient, persoana având privirea orientată în jos, ceea ce exprimă o ascundere a emoțiilor .

-în interacțiunea cu persoana, capul era înclinat în sus, ceea ce m-a determinat să cred că este o persoană cu autoîncredere excesivă, dar totodată prin poziția umerilor care păreau ușor tensionați, persoana prezenta sentimente de îngrijorare.

-efectele negative ale comunicării nonverbale: bătaia din picioare, trosnitul degetelor, încrețirea nasului, ștergerea ochelarilor, m-au făcut să cred că subiectul este agitat deoarece nu mai luase parte la un astfel de eveniment neprevăzut și avea nevoie de pauze pentru a continua discuția și a se relaxa .

Studiu de caz numărul 7.

În acest studiu de caz, persoana pe care s-a aplicat interviul, F.T, are vârstă de 63 de ani, iar în urma analizei componentelor nonverbale ,am dedus următoarele:

-contactul vizual este eficient, privirea este la distanță, ceea ce înseamnă captarea receptorului în discuție, reprezentat de sentimentul de reamintire.

-în interacțiunea cu persoana, am observat că mișcările capului erau încete, dând dovadă de interes, însă mușcatul buzelor trăda încrederea în sine afișată în exterior.

-efectele negative ale comunicării nonverbale: strângeri de mână slabe, joacă cu pixul, punerea ceasului la mână, bătut din picioare, inspirație prelungă, m-au făcut să cred că subiectul este o persoană timidă, dar nerăbdătoare, care totuși ar dori să se afirme doar pentru a se încheia conversația .

Studiu de caz numărul 8.

În acest studiu de caz ,în urma aplicării ghidului de interviu pe persoana G.E, în vârstă de 71 de ani, s-au observat următoarele componente ale comunicării nonverbale:

-contactul vizual este eficient, persoana avea ochii larg deschiși, ceea ce reprezintă sentimente de uimire /mirare și dubii în legătură cu interviul aplicat.

-în interacțiunea cu persoana, sprâncenele ridicate și mișcările capului rapid, m-au făcut să înțeleg că persoană este confuză și impacientată în legătură cu conversația.

-efectele negative ale comunicării nonverbale: rosul unghiilor, umeri aplecați în față, aranjatul lucrurilor de pe masă, înroșirea feței și respirat rapid și vocal, mi-au demonstrat că de la primul contact vizual, puteam citii persoana, avea sentimente de teamă, se simțea inferioară și ușor rușinată de această conversație.

Studiu de caz numărul 9.

În acest studiu de caz, persoana A.E, în vârstă de 77 de ani, a răspuns la ghidul de interviu, aflând prin componentele nonverbale următoarele:

-contactul vizual este eficient, privirea persoanei fiind îndreptată în sus și fruntea ridicată, ceea ce înseamnă sentimente de reamintire a unor episoade din viață .

-în interacțiunea cu persoana am observat mișcări continue ale capului, sentiment de îngrijorare și brațe deschise, ceea ce m-a făcut să cred că s-a acomodat cu prezența mea și totodată că este o persoană cu încredere în sine, prin poziția depărtată a picioarelor.

-efectele negative ale comunicării nonverbale: aranjarea bluzei, tuse, respirație precipitată, punerea mâinilor la gură, au reprezentat o altă parte a persoanei, cea tensionată din dorința de a impresiona și a spune numai lucruri bune .

Studiu de caz numărul 10.

În ultimul studiu de caz , ghidul de interviu a fost aplicat pe persoana D.I., în vârstă de 66 de ani, unde s-au urmărit componentele nonverbale astfel:

-contactul vizual este eficient între mine și persoană, deoarece prin clipitul des reiese faptul că persoana are un moment de împărtășire sincer al sentimentelor.

-în interacțiunea cu persoana, am dedus expresiile faciale cu ochii larg deschiși ca o curiozitate despre acest interviu, urmat de clătinări ale capului reprezentând acordul dat pentru continuarea conversației.

-efectele negative ale comunicării nonverbale: mușcatul buzelor, poziția rigidă, tremuratul și agățarea de obiecte, m-au făcut să înțeleg că persoana are sentimente de anxietate, trac și insecuritate în legătură cu încrederea în propria persoană.

În ceea ce privește îmbrăcămintea, cele 10 persoane care au luat partea la acest interviu, aveau o ținută decentă, curată și adecvată prezenței în centru

Concluzii

În urma aplicării interviurilor pe cele 10 persoane vârstnice, am ajuns la concluzia că asistentul social de la "Căminul pentru persoane vârstnice Inocențiu M. Klein" prezintă siguranță și confort pentru beneficiari, deoarece în cazul meu, am văzut beneficiarii reținuți, nesiguri în propria persoană, majoritatea au avut atitudini închise, au fost în tensiune, au avut trac și sentimente de rușine așteptând nerăbdători încheierea conversației.

Indicii nonverbali negativi au reieșit din aceste interviuri, ceea ce confirmă și ipoteza numărul 2 cu concluzia că beneficiarii nu au legături foarte bune în centru unii cu ceilalți, chiar dacă majoritatea nu au recunoscut acest lucru.

Dintre cele 10 persoane intervievate, doar un studiu de caz a avut ca și corespondent o persoană cu autoîncredere excesivă animată de dorința de a spune mereu ceva, a fost relaxată și a știut să își ascundă eficient emoțiile . Celelalte 9 studii de caz au avut ca și intervievați, persoane aflate în tensiune, anxioase, timide și rușinoase.

Așadar, ipotezele se confirmă, beneficiarii au comunicat eficient nonverbal, deoarece verbal se transmitea un alt mesaj, însă cunoscând tehnica decodificării mesajelor verbale și folosind tabelul indicilor nonverbali, am putut să îmi dau seama ce tip de sentimente

posedă persoanele vârstnice în momentul interacțiunii cu o persoană nouă și cum încearcă să mascheze de fapt starea lor din interior.

Atât comunicarea verbală, cât și cea nonverbală reprezintă actul elementar pentru orice profesionist din domeniul social, iar folosirea corectă a indicilor verbali și nonverbali în asistență socială este un element de bază pentru a menține relațiile profesionist-client.

Ca și recomandare, asistentul social ar trebui să aplice câteodată interviuri asupra beneficiarilor pentru a afla adevărul despre viața lor în centru, deoarece eu cred că ei afișează o mască a stării de bine, însă în interior prezintă alte stări pe care doar asistenții sociali le pot scoate la suprafață cu ajutorul componentelor nonverbale. Pentru a menține o relație eficientă cu beneficiarii, ca și asistenți sociali ar trebui să îi sprijinim pentru a fi deschiși cu propria persoană. Astfel, în final beneficiarii ar trebui să dețină abilitatea de a-și folosi în mod conștient comunicarea nonverbală în paralel cu comunicarea verbală pentru a avea un act de comunicare real și eficient.

Bibliografie

- Adrian, N. (2004). Abilități de comunicare, București: Sper.
- Allan, P. (2002). Limbajul trupului. (trad. Alexandru Szabo). București: Polimark.
- Alexiu, M. (2003). Valori și faze ale acțiunii în asistență socială, În G. Neamțu (coord.), Tratat de asistență socială. Iași: Polirom.
- Bulgaru, M; Dilion, M. (2000). Concepte fundamentale ale Asistenței Sociale (note de curs). Chișinău: USM.
- Floyd, K. (2013). Comunicare interpersonală. Iași: Polirom.
- Fabrice, L. (2005). Rezolvarea dificultăților de comunicare. București: Polirom.
- Goian, C. (2015). Comunicarea în asistență socială. Suport de curs. Timișoara: Editura de Vest.
- George, N (coord.). (2016). ENCICLOPEDIA ASISTENȚEI SOCIALE. Iași: Polirom.
- Kory, F. (2013). Comunicarea interpersonală. (trad. Miruna Andriescu). Iași: Polirom.
- Lohisse, J. (2002). Comunicarea: de la transmitere mecanică la interacțiune. (trad. Gabriela Scurtu Ilovan). Iași: Polirom.
- Ritt, A. (2004). Introducere în comunicare. Timișoara: Mirton.
- Roșca, L. (2011). Comunicarea în proiectare: teorie și aplicații. Sibiu: Universității Lucian Blaga.
- Ritt, A. (1997). Comunicarea I, Note de curs. Universitatea de Vest din Timișoara: Facultatea de Matematică.
- Toma, C. (2018). Comunicarea nonverbală sau adevărul de dincolo de cuvinte. București: Ascendent.

Viorica, P. (2006). Comunicare și resurse umane. Iași: Polirom.

Septimiu, C., Adina, C., Loredana, I. (2008). Comunicarea nonverbală: gesturie și postură. București: Comunicare.ro

<https://www.hellopc.ro/CONSILIERE/Comunicarea.html> , accesat la 23.05.2018, 12:46.

<http://www.cnasr.ro/2014-03-12-editorial-excelenta-in-asistenta-sociala;> Definiție Asistență Socială, accesat la 30.05.2018, 19:37.

[http://www.lifeskillshandbooks.com/2013/03/activity-14-communication-body-language/;](http://www.lifeskillshandbooks.com/2013/03/activity-14-communication-body-language/) Formele Comunicării Nonverbale, accesat la data 30.05.2018, 17:24

Protecția socială a persoanelor cu dizabilități

Oana Andreea SÎRBU¹

Abstract

Excluziunea socială a persoanelor cu dizabilități vizează dificultățile sau imposibilitatea lor de a participa în mod efectiv la viața economică, socială, politică și culturală. Schimbarea societății în masă pornește de la schimbarea a trei coordonate majore: atitudine, mentalitate și comportament. O incluziune totală a persoanelor cu dizabilități presupune rezolvarea respingerii sociale, îmbunătățirea calității vieții și oferirea de șanse egale. Scopul lucrării constă în studierea aspectelor legate de protecția socială a persoanelor cu dizabilități psihice în România (instituții de protecție socială, opțiuni de îngrijire, integrare socio-profesională, tipuri de prestații și servicii sociale, implicarea comunității, terapia în dizabilitate psihică). Cercetarea este realizată într-un centru de recuperare și reabilitare neuropsihiatrică pentru adulți cu dizabilități psihice. Persoanele chestionate sunt angajați ai centrului (atât specialiști cât și personal de îngrijire) implicați în furnizarea serviciilor sociale (îngrijire, recuperare/reabilitare, integrare socio-profesională). Prin cercetarea efectuată se urmărește gradul de implementare a planurilor individualizate de intervenție întocmite de echipa multidisciplinară pentru trei beneficiari instituționalizați dar și nivelul de satisfacție al acestora.

Cuvinte cheie: protecție socială, persoane cu dizabilități, asistență socială.

Introducere

Scurt istoric

De-a lungul istoriei, persoanele cu dizabilități au fost privite cu reticență, chiar respingere, pe seama lor formându-se tot felul de prejudecăți și superstiții. Pe parcursul secolelor, atitudinea societății față de problematica dizabilității s-a modificat în funcție de nivelul de dezvoltare al culturii, învățământului, medicinei, propășirii economice. Între medicină, magie și religie nu exista separare în timpurile străvechi. În 2850- î.e.n, la Memphis, un mare vindecător egiptean a fost zeificat. Templul de acolo a devenit școală de medicină, în care pacienții primeau terapie prin somn, terapie ocupațională, excursii

¹ West University of Timisoara, Blvd. Vasile Pârvan, No. 4, 300223, Timisoara, Timis, Romania;
E-mail: sirbu.oana94@yahoo.ro

pe Nil, concertele dansuri și pictură. În Mesopotamia (2000 î.e.n.), potrivit Codului lui Hamurabi, medicii preoți tratau în special tulburările mintale atribuite posesiei demonice, folosind psihoterapia. Talmudul este plin de comentarii psihologice. (Enăchescu, C., 2007, p.66).

Iudaismul sugerează că boala și nebunia sunt pedepse pentru păcate. În Grecia Antică, Esculap pune bazele unor sanatorii construite în zone foarte frumoase, unde pacienții erau tratați prin exerciții, diete speciale și terapie prin somn; Hipocrate a descris melancolia, psihoza postpartum, mania, fobia și paranoia. Platon recunoaște existența unei nebunii boală; Aristotel a arătat importanța eredității; Seneca recomandă norme de viață: „spiritul cere menajamente. Trebuie să i se acorde din timp în timp repaus, plimbări în aer liber, călătorii, schimbarea decorului”. În Grecia Antică și India, persoanele cu deficiențe atât fizice cât și mintale pronunțate erau nimiciți și aruncați în prăpastie. (Enăchescu, C., 2007, p.66).

În secolul XIV-XV se încetățenesc noțiunile formulate de grecii antici și romani referitor la bolile mintale. În epoca lui Galileo Galilei și Giordano Bruno medicul Felix Platter vizitează mănăstiri și închisori, observând comportamentul suferinzilor de boli mintale adăpostiți în aceste așezăminte. Prima clasificare a suferinzilor de boli mintale se regăsește în cele două lucrări ale sale „Observări” și „Practica medicală”. În lumea antică și în Evul Mediu societatea era prea puțin preocupată de destinul persoanelor cu handicap mintal deși biserica făcea apel la milă și îndurare; persoanele cu dizabilități erau privite ca niște ființe condamnate, care nu merită compasiune. Pentru că adăposteau o persoană cu handicap mintal, cei înstăriți puteau să primească anumite dobânzi, câștiguri. În Roma Antică uneori, o persoană cu handicap mintal era ocrotită doar ca să-i distreze pe cei bogați și oaspeții lor. În mănăstirile catolice și ortodoxe acest tip de persoane erau ținute ca să adune pomană. Chiar până în zilele noastre, în India există o sectă religioasă în care credincioșii trăiesc doar din pomenile adunate de către persoane cu dizabilități. Mare parte a persoanelor cu nevoi speciale hoinăreau, erau abandonate de familiile lor care nu vroiau sau nu doreau să întrețină un copil sau o persoană lipsită de minte. Biblia stă mărturie prin ilustrațiile și referințele legate de boala mintală. Tratamentele tulburărilor mintale pe vremea romanilor se făcea prin terapii plăcute precum: băi, masaje, audiții muzicale, odihnă în camere bine luminate. (Enăchescu, C., 2007, p.67).

În Evul Mediu și Renaștere, nebunia apare ca tematică socială, morală și medicală. Ian Amos Comenius este primul pedagog care vorbește despre grija care trebuie manifestată față de acele persoane care au o dizabilitate psihică pentru ai instrui și educa. În cartea sa „Didactica Magna” pedagogul scrie: „Cel care de la naștere e lipsit de minte are nevoie cu atât mai mult de ajutor, de instruire și educație. Nu există o minte slabă, care nu ar putea fi cât de cât pe calea învățării.” Prima referință legată de statutul juridic al deficientului mintal s-a făcut tot în epoca Renașterii. Materialiștii francezi promovau o atitudine umanistă față de bolnavii mintali. În 1793 „Conventul” organul suprem de conducere al

revoluției franceze, prin Declarația Dreptului Omului dar și prin alte decrete a punctat că ajutorul acordat oamenilor nenorociți este o datorie sacră socială, că societatea este datoră să asigure un loc de muncă pentru fiecare om apt să muncească și să îndeplinească existența celor ce nu pot munci (persoanele cu dizabilități). Revoluția franceză consideră ocrotirea socială ca o datorie a statului; atitudinea față de deficientul mintal în epoci diferite ale timpului a fost diferită, începând cu exterminarea, ridiculizarea, plasarea în aziluri semi-carcerale până la educare și adecvare ocupațională. Câteva etape au fost identificate în evoluția abordării atitudinilor față de deficiența mintală (Enăchescu, C., 2007, pp.66-68):

- înainte de 1800, când problema nu exista din punct de vedere științific, ea fiind văzută ca problemă socială ;
- etapa 1800-1870, când apar primele cercetări sistematice și se fac primele demersuri terapeutice și educaționale;
- din 1870 până la cel de-al doilea război mondial, când se conturează o orientare clară către o abordare mai realistă și mai optimistă.

Problema persoanelor cu dizabilitate a fost abordată diferit de la epocă la epocă. Deschamps (appud Vrășmaș, 2001, p. 9), analizând atitudinea societății față de persoanele cu handicap, evidențiază patru tipuri de reacții: exterminarea; segregarea; acordarea cetățeniei reduse; recunoașterea drepturilor egale.

Secolele al XIX-lea și al XX-lea reprezintă perioada înființării instituțiilor și a școlilor publice pentru deficienți; se caracterizează printr-o activitate intensă la nivel legislativ, fiind elaborate legi care vin să reglementeze drepturile persoanelor cu dizabilități psihice. Secolul XX schimbă total felul de a gândi și acționa al omului, dar și formele de manifestare a sănătății și bolii. Apar noi suferințe legate de stilul de viață al omului suprasolicitat, îngrijorat, neliniștit aflat într-o încercare permanentă de adaptare la exigențele vieții moderne. Modalitățile terapeutice s-au diversificat, însă intervenția omului în problematica dizabilității este încă limitată (Enăchescu, C., 2007, p. 68).

Definiții și delimitări conceptuale

Studierea dizabilității psihice însumează cunoștințe din mai multe domenii: medicină, psihologie, sociologie, pedagogie, asistență socială, științe juridice. Statutul persoanelor cu dizabilități "decurge din atitudinea societății față de deficiență și deficienți, deoarece ea este cea care construiește o anumită imagine socială a omului" (Enăchescu, C., 2008, p.188).

Dizabilitatea este un aspect inerent existenței umane. Cristian B. Buică afirma: "fără a dori să devenim polemici, suntem de părere că cincizeci de ani de comunism urmași de încă zece ani de capitalism sălbatic au redus spiritul civic al societății noastre la un nivel critic. Emergența individualismului egoist combinată cu confuzia pernicioasă de la nivelul instituțiilor cu responsabilități în domeniu nu lasă vreo speranță că acea necesară

schimbare de mentalitate se va produce prea curând. Pe de altă parte, trebuie luat în considerare și faptul că o astfel de evoluție nu are caracter dramatic; fiind prea implicați profesional și social, ne vine foarte greu să sesizăm prefacerile de conținut ce au avut și au loc. De aceea, adoptarea unei poziții moderat-optimiste pare a fi atitudinea cea mai potrivită în acest moment” (Buică B. C., 2004, p. 334).

Pentru a înțelege dizabilitatea psihică, este necesar să definim o serie de concepte: Normalitatea psihică este un mod de a fi al omului, un concept strâns legat de valorile și normele unei culturi și de ideile social-politice ale epocii istorice respective. Este considerat criteriul de evaluare a tulburărilor clinice, considerate ca abatere de la normalitate. (Enăchescu, C, 2008, p. 52).

Sănătatea mintală este un concept operațional, „rezultatul efortului de adaptare continuă la structurile și normele sociale, culturale, morale, religioase, economice și politice concentrate în mediul sociocultural.” (Enăchescu, C, 2008, p. 58).

Anormalitatea psihică este o formă de abatere de la normă, o stare de dezechilibru psihic și social, este opusul stării de normalitate. Este „rezultanta unui proces deviant ce modifică structurarea și organizarea normală a psihismului” (Mircea, T., 2004, p. 83).

Boala psihică reprezintă un impas existențial. Este acea schimbare a stării de sănătate resimțită de individ ca ceva dezagreabil, pentru îndepărtarea căruia caută remedii. Lumea bolii psihice are un caracter închis, negativ, în raport cu experiențele sufletești ale normalității. În limbajul obișnuit, anormalitatea psihică și boala psihică au același sens. (Enăchescu, C, 2007, p.82).

Vulnerabilitatea este „un concept dinamic, ce se referă la principiul continuității sau discontinuității integrității echipamentului biologic, psihologic și spiritual al unui individ uman pe parcursul existenței sale, în condițiile de solicitare și interacționare cu mediul” (Mircea, T., 2004, p. 41).

Este dificil de abordat o definiție care să fie în același timp riguroasă și non-stigmatizată. În 1980 Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a adoptat o clasificare internațională a deficienței, incapacității și handicapului, care a sugerat o abordare mai profundă și în același timp mai aproape de realitate.

Discernământ este componenta capacității psihice, care se referă la o faptă anume și din care decurge posibilitatea persoanei respective de a aprecia conținutul și consecințele acestei fapte. (Legea 487/2002, legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice).

Dicționarul de psihologie (1997, p. 286) dă următoarea explicație: “persoana dezavantajată ca urmare a unei deficiențe fizice, motrice, senzoriale, de limbaj sau intelect de la naștere sau în cursul dezvoltării sale o numim persoană cu handicap.”

Clasificarea Internațională a Deficiențelor, Incapacităților și Handicapurilor a făcut o distincție clară între „deficiență”, „incapacitate” și „handicap”. Ea a fost extensiv folosită în domenii ca reabilitarea, educația, statistica, politică, legislația, demografie, sociologie,

economie și antropologie. Deficiență sau infirmitate cuprinde orice pierdere, anomalie sau dereglare a unei structuri sau a unei funcții anatomice, fiziologice, descriind tulburări la nivelul organismului. Incapacitate înglobează orice restricție, diminuare, lipsă ori pierdere (rezultând dintr-o deficiență) a capacității de a efectua o activitate în condiții considerate ca normale pentru o ființă umană. Handicapul este definit ca dezavantajul unei anumite persoane ca urmare a unei deficiențe sau incapacități, care limitează sau împiedică satisfacerea totală sau parțială a sarcinilor considerate ca normale pentru ea (în funcție de vârstă, sex, factori sociali, etc.). Dizabilitate este termen generic pentru deficiențe (afectări), limitări de activitate și restricții de participare. (<https://provitabucuresti.ro/docs/bioetica/Handicapul.pdf>).

Instituții de protecție socială a persoanelor cu dizabilități psihice

În domeniul protecției persoanelor cu dizabilități, măsurile de asistență socială sunt asigurate de către Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC) și Comisiile de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH). Direcțiile Generale de Asistență Socială asigură aplicarea politicilor de asistență socială și a măsurilor de protecție și asistență socială pentru persoane cu dizabilități, persoane vârstnice, persoane singure, familie, copil, precum și pentru oricare persoană aflată în nevoie, prin servicii specializate pentru categorii de persoane defavorizate. Comisiile de Evaluare a Persoanelor cu Handicap pentru Adulți examinează persoanele care solicită încadrarea în grad de handicap și emit certificatul de încadrare. Totodată aceste Comisii asigură îndrumarea și consilierea în plan social, profesional și medical a persoanelor cu dizabilități (Manea, L., 2000, pp.250-255).

Opțiuni de îngrijire: instituționalizarea, îngrijirea în comunitate, dezinstituționalizarea

a) Instituționalizarea

Protecția specială a persoanelor cu dizabilități psihice, în formă instituționalizată, se realizează prin acordarea de servicii de asistență, îngrijire, tratament, recuperare, reabilitare, orientare și formare profesională, precum și alte tipuri de servicii în cadrul instituțiilor de protecție a persoanelor cu dizabilități psihice. Un centru este locul în care se asigură rezidența beneficiarului - altul decât familia. La început a fost privit ca modalitate optimă de îngrijire a persoanelor cu dizabilități psihice. Pe parcurs au început să fie resimțite și dezavantajele instituționalizării. Centrele creează un mediu diferit de comunitate, artificial, întreținând dependența persoanelor cu dizabilități. O rezidență îndelungată conduce la sindromul instituționalizării (apatie, inhibiție, lipsă de responsabilizare). La cei ce provin din medii familiale favorabile s-a observat scăderea capacităților verbale și de abstractizare. Pe de altă parte, persoanele cu dizabilități psihice

care vin din medii familiale nefavorabile pot beneficia intelectual și comportamental în urma instituționalizării, mai ales atunci când realizează o comunicare corespunzătoare cu personalul de îngrijire. Sunt instituționalizate persoanele cu dizabilități psihice pe care familia nu le poate îngriji (conduite agresive, auto - și heterodistructive) sau care nu au o familie și au crescut din copilărie în instituții (mai ales situațiile de retard). În adoptarea deciziei de instituționalizare se are în vedere împlinirea anumitor criterii: consecințele negative ale menținerii persoanei cu dizabilitate psihică în cadrul familial, acolo unde familia este dezorganizată (care pot afecta ceilalți membri ai familiei), caracteristicile persoanei cu dizabilitate psihică și nevoile speciale ale acesteia, capacitatea socio-economică și afectivă a familiei de a se ocupa de persoană (Manea, L., 2000, p.235).

Viața în afara instituției poate cauza unei persoane cu dizabilitate psihică experiențe neplăcute sau chiar traumatizante. Critica instituționalizării nu este îndreptată împotriva ideii de a oferi facilități rezidențiale, deoarece întotdeauna vor fi persoane care vor avea nevoie de îngrijire și asistență 24/24 de ore. Problema care stă la baza respingerii și devalorizării actuale a marilor instituții este aceea că, nu pot asigura respectarea unui principiu vital al activității de îngrijire și asistență a persoanelor cu dizabilități: principiul normalizării. Instituțiile de protecție specială a persoanelor cu dizabilități psihice funcționează ca instituții de interes public sub formă de centre-pilot, centre de îngrijire și asistență socială, centre de recuperare și reabilitare, centre de integrare prin terapie-ocupatională, locuințe protejate de tip familial, centre de zi, centre de intervenție timpurie, precum și alte forme specifice (Manea, L., 2000, p.235).

b) Îngrijirea în comunitate

Termenul de „comunitate” se referă la orice tip de rezidență, de colectivitate, unde oamenii locuiesc împreună cu familia sau prietenii. Această opțiune asigură sprijinul și serviciile de care au nevoie persoanele cu nevoi speciale (îmbătrânire, boli mintale, deficiențe fizice, senzoriale) pentru a putea să trăiască într-un mod cât mai independent posibil în propriile lor locuințe, ori în mediul obișnuit al comunității. Îngrijirea în comunitate își propune să sprijine persoanele cu dizabilități să ducă o viață cât mai normală, să le ofere tipuri adecvate de suport persoanelor în vederea atingerii a maximului posibil de independență, să ofere mai multe informații individului, privind viața și serviciile de care are nevoie pentru aceasta (Manea, L., 2000, p.242).

Prin îngrijirea în comunitate persoanele cu dizabilități beneficiază de avantaje precum: evitarea etichetării și stigmatizării, mediul de viață cât mai apropiat de cel al celorlalți membri ai comunității, tendința de individualizare a serviciilor furnizate, în raport cu nevoile lor, implicarea întregii comunități în procesul de îngrijire, ceea ce duce la acceptarea persoanelor cu dizabilități. Pentru ca persoanele cu dizabilități să-și realizeze drepturile de cetățeni, este necesar ca întreaga comunitate să fie implicată (Manea, L., 2000, p.242).

c) Dezinstituționalizarea

Instituționalizarea persoanelor cu dizabilități psihice în centre rezidențiale, pe termen nelimitat, este o formă de protecție socială segregativă, care nu garantează dreptul persoanei de a locui în familie și în comunitate. Lipsa serviciilor destinate reintegrării în comunitate, face aceste persoane dependente de această instituție pentru tot restul vieții. Dezinstituționalizarea presupune procesul de închidere a centrelor rezidențiale de îngrijire, recuperarea și dezvoltarea serviciilor comunitare pentru susținerea procesului de reintegrare în comunitate a persoanelor instituționalizate. Resursele financiare din sistemul rezidențial de îngrijire trebuie redirecționate către serviciile comunitare după principiul „banii urmează beneficiarul”. Promovarea incluziunii sociale și protecția drepturilor omului pentru persoanele cu dizabilități psihice stipulate în Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități sunt pași importanți într-o societate modernă (http://www.viitorul.org/files/library/MONITORUL_SOCIAL%20dizabilitati.pdf).

Termenul „dezinstituționalizare” se referă la două aspecte: transferul persoanelor cu dizabilități din unitățile relativ mari spre altele mai mici și evitarea plasamentului inițial al persoanelor cu dizabilități în unități relativ mari, preferându-se cele de dimensiuni mai reduse, ori chiar renunțarea la măsura îngrijirii pe termen lung. O altă conotație a termenului se referă la remodelarea cadrului fizic al instituțiilor prin încercarea de îmbunătățire a calității programelor rezidențiale și de reabilitare. Avantajul acestei opțiuni ține de faptul că se asociază cu o largă acceptare socială, cu un important suport social și politic, în timp ce limitele sale sunt legate de „ambiguitatea conceptului, de dificultatea realizării unei rețele de servicii care să preia responsabilitatea îngrijirii, de rezistența personalului din instituții și de caracterul birocratic al procesului.” (Manea, L., 2000, p. 236).

Tipuri de prestații și servicii sociale destinate persoanelor cu dizabilități psihice

Prestațiile se referă la ajutoare bănești oferite persoanelor cu dizabilități, pentru a reduce sau preveni dezavantajele acestora: pensie socială, alocații, ajutor social, salariu acordat asistentului personal, gratuități, scutiri, reduceri, drepturi privind educația, domeniul muncii. Acestea constituie răspunsuri pe care societatea le oferă prin protecția socială. (Manea, L, 2000, pp. 281-312).

Serviciile sociale au drept obiectiv menținerea, refacerea și dezvoltarea capacităților individuale pentru depășirea unei situații de nevoie, cronice sau de urgență, în cazul în care persoana sau familia este incapabilă să o soluționeze singură. Serviciile sociale se acordă la domiciliu, în instituții specializate de zi sau în instituții rezidențiale. Serviciile sociale sunt primare: identificarea nevoilor individuale și de grup și a principalelor

categorii de beneficiari de servicii sociale, informare, măsuri educative, consiliere, măsuri de urgență. Dar există și servicii sociale specializate acordate de personal calificat, având ca scop menținerea, refacerea sau dezvoltarea capacităților persoanei ori familiei, aflate în situație de risc: (Patricia, R., 2009, pp. 204-210).

- găzduire, îngrijire, recuperare, reabilitare, reinserție socială;
- îngrijire în situații de urgență;
- suport și asistență, consiliere;
- măsuri de prevenire a oricărei forme de dependență;
- activități, măsuri și servicii sociale de tip pilot

Serviciile de asistență socială sunt servicii profesionalizate și sunt efectuate de persoane cu calificare în domeniu.

Furnizorii de servicii sociale pot fi persoane fizice sau juridice, publice sau private: (Pașa, F., și Pașa L., 2004, p. 90)

- la nivel central: Guvern, Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale;
- la nivel județean: Consiliul Județean, DGASPC ;
- la nivel local: Consiliul Local, Primărie- SPAS;
- din sectorul neguvernamental, privat: organizații, fundații, asociații, culte religioase recunoscute de stat, organizații internaționale de profil, persoane fizice autorizate

Furnizorii de servicii sociale pot organiza și acorda servicii sociale numai dacă sunt acreditați în condițiile legii.

Metodologie

Prezentarea Centrul de Recuperare și Reabilitare Neuropsihiatrică Lugoj

Cercetarea a fost efectuată în cadrul CRRN Lugoj, instituție de asistență socială, care asigură găzduire, îngrijire, recuperare, reabilitare și reinserție socială și profesională pentru persoanele adulte cu dizabilități, pe o perioadă determinată sau nedeterminată, în funcție de nevoile individuale ale beneficiarilor.

Misiunea CRRN Lugoj este de a da o șansă tinerilor cu dizabilități să trăiască o viață independentă și cu perspective pentru viitor. Obiectivul CRRN Lugoj este îmbunătățirea calității vieții persoanelor adulte cu dizabilități. Fiecare persoană cazată în centru are dreptul la asistență psihologică, socială și medicală, asigurarea îngrijirii, recuperării, reabilitării și inserției socio-profesionale a acestora. (din Regulamentul de Organizare și Funcționare al CRRN Lugoj).

Standarde aplicabile: Ordinul nr. 67/2015 privind Standardele minime de calitate pentru acreditarea serviciilor sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități.

Centrul de Recuperare și Reabilitare Neuropsihiatrică Lugoj are următoarele atribuții:
<http://www.dgaspctm.ro/test/public/pages/centrul-de-recuperare-si-reabilitare-neuropsihiatrica-lugoj>

- asigură și utilizează materiale informative privind serviciile furnizate, inclusiv în forme accesibile persoanelor cu handicap; asigură păstrarea datelor beneficiarilor în regim de confidențialitate, conform legii
- efectuează evaluarea / reevaluarea beneficiarilor;
- în baza evaluării/reevaluării individuale elaborează Planul Individual de Intervenție care stabilește serviciile asigurate beneficiarilor pe perioada rezidenței;
- asigură monitorizarea situației beneficiarilor și a aplicării Planul Individual de Intervenție;
- asigură beneficiarilor serviciile necesare, în baza unui contract de servicii încheiat în condițiile legii;
- asigură beneficiarilor condiții de locuit conform nevoilor de viață și asistență ale acestora;
- pentru persoanele cu deficiențe fizice se asigură accesibilizarea spațiului (rampe, platforme) și dispozitive, care să permită mobilitatea;
- asigură fiecărui beneficiar un spațiu personal într-un dormitor, în concordanță cu nevoile individuale ale beneficiarului;
- asigură spații pentru prepararea/servirea hranei care corespund cerințelor de igienă, siguranță, accesibilitate, funcționalitate și confort ale beneficiarilor;
- asigură spații pentru utilizare în comun de către beneficiari (săli destinate activităților de recuperare specifice; spații în care beneficiarii își pot primi vizitatorii; spații pentru activitățile specialiștilor; spații destinate asistenței medicale curente; spații în aer liber);
- asigură beneficiarilor condiții de hrănire, conform nevoilor și preferințelor, cu respectarea normelor legale în vigoare;
- asigură și oferă condiții de menținere a sănătății beneficiarilor și a colectivității în care trăiesc;
- asigură asistență medicală curentă și de specialitate, recuperare, îngrijire și supraveghere permanentă a persoanelor cu handicap;
- asigură beneficiarilor, în caz de boală în fază terminală sau deces, toate serviciile de îngrijire necesare precum și servicii spirituale, religioase, în respectul demnității personale;
- asigură fiecărui beneficiar programe de recuperare/reabilitare în scopul menținerii sau ameliorării autonomiei funcționale conform nevoilor generale și individuale;
- asigură beneficiarilor condiții de participare la activități de integrare/reintegrare, fiind încurajați să participe la viața socială a comunității;
- centrul încurajează și promovează un stil de viață independent și activ;
- respectă drepturile beneficiarilor în procesul de furnizare a serviciilor;

- efectuează înregistrarea, utilizarea și arhivarea datelor conform legislației în vigoare și normelor metodologice interne.

Beneficiarii Centrului de Recuperare și Reabilitare Neuropsihiatrică Lugoj sunt persoane adulte cu handicap, încadrate în grad de handicap conform Certificatelor de încadrare în grad de handicap, care au /nu au aparținători legali, a căror familii nu au posibilități materiale de asigurare a întreținerii în propria familie a persoanelor adulte cu handicap, sunt dependenți de servicii sociale de bază și au domiciliul pe raza administrativ-teritorială a județului Timiș. Patologia cuprinde: retard mental de diferite grade, demențe de diverse etiologii, psihoze, deficite neurologice asociate cu retard, deficite senzoriale, comițialitate asociată altor afecțiuni psihiatrice.

Beneficiarii centrului au fost admiși în baza Dispoziției Directorului General al DGASPCTimiș și/sau Deciziei Comisiei de Evaluare a persoanelor adulte cu dizabilități Timiș. <http://www.dgaspctm.ro/test/public/pages/centrul-de-recuperare-si-reabilitare-neuropsihiatrica-lugoj>

Principiile care stau la baza activității centrului (din Regulamentul de Organizare și Funcționare al Centrului Rezidențial de Recuperare și Reabilitare Neuropsihiatrică Lugoj) :

- respectarea drepturilor omului;
- respectarea demnității;
- respectarea confidențialității;
- respectarea intimității și autonomiei;
- abordarea individualizată a persoanelor cu handicap instituționalizate;
- implicarea activă și deplină a beneficiarilor;
- recunoașterea valorii fiecărei ființe umane și valorizării ei indiferent de tipul de dizabilitate;
- asigurarea unor servicii de calitate, adaptate nevoilor persoanelor instituționalizate;
- principiul cooperării și parteneriatului.

Prin toate acțiunile sale, CRRN Lugoj promovează: demnitatea, respectul, egalitatea de șanse, altruismul, voluntariatul, onestitatea, loialitatea, parteneriatul, responsabilitatea, transparența, încrederea și libertatea de alegere, valori care sunt scrise în Codul etic.

Beneficiarii cu dizabilități instituționalizați se află în următoarele situații (din Regulamentul de Organizare și Funcționare al Centrului Rezidențial de Recuperare și Reabilitare Neuropsihiatrică Lugoj):

- datorită dizabilității - grad grav (63 beneficiari) și grad accentuat (25 beneficiari), beneficiarii centrului au nevoie de îngrijire și asistență medicală permanentă;
- nu au locuință și nici nu au posibilitatea de a-și asigura condiții de locuit pe baza resurselor proprii, necesitând îngrijire specializată;

- nu au familie, nu se află în întreținerea unei persoane obligate la aceasta și au nevoie de îngrijire permanentă;
- au familie și locuință dar datorită afecțiunii de care suferă necesită instituționalizare pentru îngrijire medicală și supraveghere.

Cunoscând scopul și obiectivele CRRN și având în vedere necesitatea sprijinirii integrării tinerilor cu nevoi speciale în comunitate, sunt desfășurate activități complexe și se folosesc diferite mijloace și procedee specifice: stimulare multifuncțională, educație specială, terapie ocupațională simplă și lucrativă, urmărindu-se formarea unor competențe cognitive, afective, motorii, sau a unor capacități logice referitoare la formarea și dezvoltarea conduitelor perceptiv motrice. (Ghidul beneficiarului-materialul de prezentare a centrului).

Recuperare

Centrul asigură activități de recuperare în baza unui Program Individual de Recuperare, care constituie o secțiune a PII, fiind elaborat și revizuit periodic în baza evaluării/reevaluării efectuate pentru fiecare beneficiar de către o echipa multidisciplinară. Activitățile de recuperare sunt selectate în funcție de nevoile generale și individuale ale beneficiarilor, dintr-o gamă variată: terapie cognitivă, ludoterapie, activități de consolidare a autonomiei personale și sociale, meloterapie, kinetoterapie și terapie psihomotrică, ergoterapie. Programul Individual de Recuperare al fiecărui beneficiar cuprinde, în mod necesar, activități de formare/dezvoltare a abilităților de autoservire, îngrijire personală și autogospodărire, în vederea creșterii nivelului de autonomie personală. (Ghidul beneficiarului-materialul de prezentare a centrului).

Structura personalului implicat în activitățile de recuperare corespunde normelor profesionale și nevoilor beneficiarilor. Personalul centrului încurajează și sprijină beneficiarii să manifeste inițiativă, să-și organizeze și să execute, pe cât posibil autonom, acțiuni și activități cotidiene, fiind luate toate măsurile necesare pentru prevenirea riscurilor de accident, îmbolnăvire etc. (Ghidul beneficiarului-materialul de prezentare a centrului).

Integrare și reintegrare socială

Centrul asigură activități de integrare/reintegrare familială și comunitară în baza unui Program Individual de Integrare/ Reintegrare socială care constituie o secțiune a Planului Individual de Servicii, acest program fiind elaborat și revizuit periodic în baza evaluării/reevaluării efectuate pentru fiecare beneficiar. Activitățile care vizează integrarea/reintegrarea socială, în funcție de nevoile individuale ale beneficiarilor, pot fi: informare; interpretare în limbaj mimico-gestual; consiliere juridică ; asistență socială; pregătire pentru viață independentă; consiliere pentru adaptarea locuinței; îndrumare

vocațională (sprijin pentru angajare, formare, orientare și integrare în muncă); socializare și petrecerea timpului liber. (Ghidul beneficiarului-materialul de prezentare a centrului).

Beneficiarii sunt încurajați să mențină relația cu familia, reprezentantul legal, prietenii, prin telefon, corespondență, vizite, ieșiri în comunitate etc.; informează beneficiarii, reprezentanții legali, familiile, asupra condițiilor de desfășurare a vizitelor în unitate (programul de vizitare, restricții, spațiile de primire ale vizitatorilor, condițiile de supraveghere a vizitelor) și asigură un cadru privat și o ambianță intimă pentru primirea vizitatorilor de către beneficiari. Beneficiarii sunt informați, prin modalități accesibile (în funcție de tipul de handicap), asupra oportunităților recreative promovate în centru și asupra felului în care pot fi sprijiniți pentru a participa la acestea; beneficiarii sunt încurajați să-și exprime opiniile și preferințele în proiectarea și derularea activităților de timp liber și le este respectat dreptul de a nu participa la acestea. (Ghidul beneficiarului-materialul de prezentare a centrului).

Educație

În cadrul centrului sunt asigurate condiții pentru ca beneficiarii să fie informați și să aibă acces la serviciile educaționale ale comunității (educație școlară, formare și perfecționare profesională etc.), în funcție de nevoile și opțiunile individuale stabilite în urma evaluării. Centrul asigură beneficiarilor toate mijloacele și asistența necesară pentru a utiliza serviciile educaționale (transport, materiale și echipamente, spații pentru învățare, personal de sprijin pentru învățare etc.). (Ghidul beneficiarului-materialul de prezentare a centrului).

Structura de personal a Centrului corespunde, din punct de vedere numeric și al calificării, normelor metodologice în domeniu, asigurând astfel, desfășurarea efectivă și eficientă a activităților procesului de furnizare a serviciilor către beneficiari, în concordanță cu trebuințele lor. De asemenea, se asigură perfecționarea continuă a personalului, dar și revizuirea periodică a organigramei, pentru a răspunde dinamicii cerinței beneficiarilor. CRRN Lugoj dispune, conform organigramei, de un total de 62 posturi din care: șef centru – 1, psiholog – 1, asistent social – 1, logoped – 1, instructori ergoterapie – 18, kinetoterapeut – 1, asistente medicale principale – 5, inspector de specialitate activitate financiar – contabilă – 1, administrator – 1, magazioner – 1, muncitor calificat III (întreținere) – 6, șofer – 1, spălătoreasă – 2, îngrijitor (curățenie) – 4, muncitor necalificat (bucătărie) – 1, infirmieră – 17. (din Regulamentul de Organizare și Funcționare al Centrului Rezidențial de Recuperare și Reabilitare Neuropsihiatrică Lugoj).

Rezultatele preconizate ale activității centrului: (din Regulamentul de Organizare și Funcționare al Centrului Rezidențial de Recuperare și Reabilitare Neuropsihiatrică Lugoj).

- recuperarea, menținerea sau ameliorarea capacităților fizice și intelectuale ale beneficiarilor în centru;
- respectarea identității, integrității și demnității persoanelor cu handicap aflate într-o situație de risc social;

- prevenirea marginalizării și excluziunii sociale, prin stimularea participării persoanei cu handicap la viața socială, prin organizarea de activități sociale;
- creșterea calității serviciilor acordate în cadrul centrului și diversificarea acestora.

Studii de caz ale beneficiarilor instituționalizați în Centrul de Recuperare și Reabilitare Neuropsihiatrică Lugoj

Prezentarea studiului de caz 1

D. F. a fost internat în Leagănul pentru copii Timișoara, conform Hotărârii Comisiei pentru Ocrotirea Minorilor Timiș, nr... datorită condițiilor social-economice precare în familia naturală. Prin Hotărârea Comisiei pentru Ocrotirea Minorilor Timiș nr..., D.F. a fost transferat la Casa de Copii Găvojdia, iar prin Dispoziția nr..., a Direcției Generale pentru Protecția Drepturilor Copilului Timiș, a fost transferat în Centrul de Plasament pentru Copilul cu Dizabilități Recaș (CPCD). Reevaluându-se situația, s-a dispus menținerea plasamentului în cadrul CPCD Recaș, conform Hotărârii nr...

În anul 2011, D.F. a absolvit Școala de Arte și Meserii "Gheorghe Atanasiu", Filiala Recaș - învățământ special, obținând calificarea ca lucrător în cultura plantelor. Rezultatele sale la învățătură au fost slabe. Din raportul nr... întocmit de managerul de caz din cadrul CPCD Recaș, rezultă că tânărul prezenta tulburări instrumentale, discalculie, vocabular sărac cantitativ și calitativ, deficit de atenție, dificultăți de concentrare. Prezintă elemente de autism și un nivel de infantilism tipic copiilor preșcolari (preferă activitățile copiilor preșcolari). În luna aprilie anul 2011 a fost reevaluat în cadrul Spitalului Clinic de Urgență din Timișoara. Conform Certificatului medical nr... și a scrisorii medicale emise de medicii specialiști din cadrul Spitalului Județean de Urgență din Timișoara, i s-a stabilit diagnosticul de "retard mental ușor cu tulburări de comportament (QI- 55).

D.F. este admis în CRRN Lugoj în data de 21.03.2012, prin Decizia CEPAN.Timiș, nr... . Actualmente, D. F. este beneficiar la CRRN Lugoj, unde i se acordă servicii specializate de îngrijire și recuperare conform Planului Individualizat de Intervenție.

Evaluare psihologică

D. F. este încadrat în grad de handicap accentuat conform certificatului nr... cu diagnosticul de „Retard mental ușor” având Q.I = 57 (MPS Raven).

D.F. prezintă lentoare în gândire, hipomnezie de fixare și evocare, hipoprosexie, dificultăți de concentrare pe o sarcină dată, limbaj impresiv și expresiv prezent.

Afectivitate: labilitate emoțională, toleranță scăzută la frustrare.

Trăsături de personalitate: imaturitate, irascibilitate.

Comportament: tulburări disciplinare, obsesie pentru trenuri, vagabondaj.

Interese: activități gospodărești, ludice.

Comportament social adaptativ: deprinderile de autonomie personală formate, deprinderi de igienă personală consolidate.

Din dosarul beneficiarului, (rapoartele sociale și evaluările efectuate de psiholog, în anii anteriori) rezultă că beneficiarul prezintă obsesie pentru trenuri, fuge deseori din centru și pleacă cu trenul prin țară. La ultima evaluare psihologică efectuată de psihologul din cadrul CRRN Lugoj a rezultat că beneficiarul păstrează același comportament cu tendințe de vagabondaj. Drept urmare, beneficiarul a fost consiliat pentru a se preveni o eventuală fugă.

În perioada 16.04.2012 – 16.05.2012 D.F. a fugit din centru fără a avea un motiv anume, perioadă în care a călătorit prin mai multe orașe, conform spuselor sale. La revenirea în centru, beneficiarul a participat la activități de consiliere psihologică și de dezvoltare a proceselor psihice împreună cu psihologul instituției. De asemenea, echipa multidisciplinară a centrului s-a întrunit în data de 18.05.2012, împreună cu beneficiarul, pentru a găsi soluții la eventualele sale probleme, în vederea unei mai bune integrări în colectivul centrului – ședința a fost consemnată în Caietul de înregistrări procese - verbale ale ședințelor echipei multidisciplinare cu nr...

În data de 21.05.2012 beneficiarul D.F. a fugit din nou centru. Echipa multidisciplinară a întocmit un Plan de măsuri pentru beneficiar, menit să stopeze fuga acestuia dar și integrarea în CRRN Lugoj. Acest plan de măsuri a fost adus la cunoștința conducerii DGASPC Timiș prin adresa cu nr ... Beneficiarul D.F. a revenit în centru în data de 07.07.2012, orele 18.00, motivând că revenirea lui este temporară, deoarece a solicitat externarea, prin cererea cu nr..., depusă la Registratura DGASPC Timiș.

D. F. a participat din nou la o nouă ședință a echipei multidisciplinare consemnată în data de 09.07.2012 în Registrul de ședințe al echipei multidisciplinare, în care i-a fost din nou adusă la cunoștință beneficiarului disponibilitatea echipei multidisciplinare și a întreg personalul centrului de a-l sprijini în caz de nevoie. De asemenea asistentul social l-a informat că certificatul său de handicap a expirat, începând cu data de 24.05.2012, și dosarul beneficiarului se află la secretariatul CEPAH Timiș. Dat fiind neprezentarea beneficiarului la reevaluarea și încadrarea în grad de handicap de către CEPAH Timiș, urmează a fi depusă o nouă cerere pentru Comisie, și stabilirea unui nou termen.

Beneficiarul D.F. a refuzat să se prezinte la CEPAH Timiș pentru a fi reevaluat motivând că nu mai dorește să fie persoană cu handicap. Acest fapt reiese și din cererea sa depusă la Biroul de Asistență Socială din cadrul CRRN Lugoj. Beneficiarul a refuzat să mai participe la programul de activități prevăzut în Planul de măsuri. Nu a dorit loc de muncă în Lugoj, susținând că el vrea să lucreze în Timișoara sau Recaș.

Evaluare logopedică

Din punctul de vedere al limbajului și comunicării beneficiarul D.F. prezenta diagnosticul de dislexo - disgrafie, fiind capabil să scrie și să citească dar într-un ritm lent și cu greșeli de reproducere grafică și lexică a textelor. Limbajul impresiv și expresiv este

prezent, poate iniția și susține o conversație dar la un nivel concret, situațional. Comunicarea gestuală este de asemenea prezentă. Uneori, în funcție de dispoziție, are tendința de a accelera ușor ritmul vorbirii, fiind relativ dificil să fie înțeles de interlocutor.

Date medicale

Tânărul prezenta diagnosticul de retard mental ușor cu tulburări de comportament (QI- 57) "fiind încadrat în gradul de handicap accentuat, conform Certificatului de încadrare în grad de handicap, nr... eliberat de CEPAN Timiș.

Concluzii:

D.F. este cazul beneficiarului care din momentul admiterii în centru și toată perioada instituționalizării nu s-a putut adapta la specificul centrului și la serviciile cuprinse în Planul Individual de Intervenție (PII) al beneficiarului. Din cauza acestei neadaptări, a fugit de nenumărate ori încercând să scape din centru. A depus cerere de externare, motivând că el vrea să își caute un loc de muncă, să nu mai dețină certificat de handicap, să fie o persoană normală. După încercările echipei de a aplica un plan de măsuri menite să stopeze fuga beneficiarului, s-a decis să fie admisă cererea de externare a beneficiarului, acesta fiind transferat ulterior în Centrul de Integrare Socio-Profesională pentru Adulți fără Adăpost Bacova, unde a și fost angajat. Din informațiile primite ulterior, beneficiarul este mulțumit în noua locație, are camera lui, un loc de muncă stabil, a legat prietenii cu ceilalți beneficiari angajați. Datorită faptului că s-a acomodat foarte bine la Bacova, D.F. nu a mai fugit din centru și nu au fost înregistrate nici incidente deosebite în legătură cu el. Dacă persoanele

Prezentarea studiului de caz 2

N.T. provine dintr-o relație de concubinaj, fiind recunoscută de tată. Părinții cu venituri insuficiente (doar din pensia de invaliditate a tatălui), fără posibilitatea de a oferi condiții de îngrijire și creștere, au solicitat internarea fetei într-o instituție de protecție socială. Conform Hotărârii nr... a Comisiei pentru Ocrotirea Minorilor Timiș, N.T. a fost internată în Leagănul pentru Copii Timișoara.

La împlinirea vârstei de trei ani, a fost transferată în Casa de Copii Preșcolari nr. 2 Lugoj, în baza Hotărârii nr... emisă de Comisia pentru Ocrotirea Minorilor Timiș. Fiind examinată de către Comisia de diagnostic și triaj și stabilindu-se diagnosticul Hipotrofie statură - ponderală prin prematuritate gradul IV, instabilitate psihică, este internată la Școala Specială din Lugoj, grupa Grădinița Specială conform Hotărârii nr... a Comisiei pentru Ocrotirea Minorilor Timiș. Prezentând diagnosticul "Întârziere mentală ușoară; QI-51, este înscrisă în clasa I, Școala Ajutătoare (Hotărârea Nr..., a Comisiei pentru Ocrotirea Minorilor). Deoarece nu face față programei școlare, conform Certificatului de Expertiză și Orientare Școlară este reorientată spre învățământul special, curriculum-ul caminului spital. Școala Specială, neavând statut de instituție de ocrotire, solicită internarea fetei într-o instituție

de profil; prin Hotărârea Comisiei pentru Protecția Copilului Timiș, nr..., N.T. este admisă în Centrul de Plasament nr. 4 Lugoj.

Tatăl fetei a decedat, iar ceilalți membri ai familiei nu au mai vizitat-o, drept pentru care, a fost declarată judecătorește abandonată prin Sentința Civilă emisă de Tribunalul Timiș, definitivă și irevocabilă. Ulterior, este încredințată Centrului de Plasament nr. 10 Lugoj.

Potrivit Legii nr. 272/2004, au fost reevaluate împrejurările care au stat la baza instituirii măsurii de protecție. La împlinirea vârstei de 18 ani, s-a stabilit admiterea beneficiarei N.T. în CRRN Lugoj.

Tânăra N. T. instituționalizată în CRRN Lugoj, a beneficiat de un PII cuprinzând, un program de îngrijire și asistență de recuperare și reabilitare de inserție socio-profesională.

Situația școlară

N.T., după absolvirea a VIII clase, curriculum special, la Școala cu cls I-VIII "Alexandru Roșca" Lugoj, a fost orientată spre Grupul Școlar "V. Braniște" Lugoj, clasele speciale, profil tricotaje – confecții. N.T. a fost angajată pentru o perioadă de o luna la SC Schmidt Protex SRL Lugoj. Angajatorul a decis să nu îi mai prelungească contractual de muncă. A efectuat o perioadă de probă de lucru la o firmă de ochelari și a fost acceptată. În prezent lucrează la firma EAST-COAST SRL Lugoj, cu salariul de încadrare 750 lei.

Conform adresei nr..., tânăra a fost acceptată în cadrul programului de reintegrare socio - profesională derulat de Asociația Clementina Lugoj. Fiind acceptată, N.T. a depus cerere de externare cu nr... din CRRN Lugoj pentru a se putea muta în decurs de o lună.

Starea de sănătate

N. T., conform Certificatului de încadrare în grad de Handicap nr... emis de CEPHA Timiș, este încadrată în grad de handicap accentuat, având diagnosticul: Retard mental mediu QI-50

Caracterizare psihologică

Tipul de dizabilitate: Mental 5; Deficiență Funcțională accentuată

Dizabilități asociate: Tulburări instrumentale

Dezvoltare senzorială: Strabism convergent

Nivelul dezvoltării psiho-motricității: mers autonom, echilibru corporal de nivel bun, lateralitate dreaptă

Nivel de dezvoltare intelectuală (vârstă de dezvoltare, coeficientul de dezvoltare): QI-50.

Retard mental mediu

Gândirea: Stadiul operațiilor concrete

Memoria: Capacitate mnezică de nivel mediu-slab

Atenția: mobilitatea atenției pentru o sarcină dată de nivel scăzut

Imaginația : de tip reproductivă

Limbajul și comunicarea: limbaj articulat prezent, vocabular de nivel mediu, comunicare bună

Afectivitate: carențe afective

Motivație: extrinsecă

Trăsături de personalitate/Temperament: Caracteristică tipologică-extroversia

Voința: Influențată de propuneri

Atitudini/comportament: comportament exploziv, toleranță scăzută la frustrare

Atitudini/interese : fără interese deosebite

Comportament social adaptativ: deprinderi de autonomie personal formate, control sfincierian prezent

Recomandări : stimulare cognitivă, consiliere psihologică

Pe perioada instituționalizării, furnizarea personalizată a serviciilor a avut ca scop centrarea pe nevoile specifice ale beneficiarei: dezvoltarea de abilități pentru creșterea gradului de autonomie personală (autoservire și autogospodărire, formarea deprinderilor de muncă, formarea deprinderilor de comportare civilizată și a manierelor, formarea unor norme de conviețuire socială în comunitate).

Concluzii:

N.T. este cazul beneficiarei care printr-un PII, bine pus la punct a reușit să-și dezvolte abilitățile necesare pentru integrarea socio-profesională. Cu ajutorul asistentului social a reușit mai întâi să-și formeze deprinderi de comportare civilizată, a învățat să se descurce singură în oraș, a învățat valoarea și importanța banilor. Ulterior a găsit un loc de muncă, a fost serioasă, perseverentă, păstrându-și locul de muncă ba chiar câștigând simpatia șefului și a colegilor. Datorită deprinderilor de viață însușite, în urma unui interviu, a fost acceptată în cadrul programului de reintegrare socio-profesională derulat de Asociația Clementina Lugoj, începând cu data de 01.10.2013. N.T. a depus cerere de externare prin care solicită externarea sa din CRRN Lugoj pentru a se muta la Asociația Clementina Lugoj. Dorința ei sinceră este să-și întemeieze pe viitor o familie.

Prezentarea studiului de caz 3

Tânărul S.A., beneficiar al CRRN Lugoj, a fost abandonat de mic în Leagănul de copii Timișoara. Până la vârsta de 18 ani, a fost transferat în diferite centre din Timișoara, Recaș, Lugoj.

S. A. a absolvit Școala de ucenici cu durată de doi ani în cadrul Grupului Școlar "Aurel Vlaicu" Lugoj, în iunie 2002, fiind calificat în meseria de zidar.

Beneficiarul S. A. este încadrat în grad de handicap accentuat - permanent, având diagnostic clinic „Intelect liminar cu tulburări de comportament, QI-74”, conform

Certificatului de încadrare în grad de handicap nr..., eliberat de Comisia de Expertiză Medicală a Persoanelor Adulte cu Handicap.

În baza contractului pentru acordarea de servicii sociale cu nr..., de către DGASPC Timiș, S. A., a beneficiat în cadrul CRRN Lugoj de următoarele servicii sociale: oferirea unui spațiu de locuit, îngrijire, supravegherea sănătății, medicație, recuperare și socializare, terapie ocupatională, activități de loisir.

Anual, S.A. a beneficiat de un Plan Individualizat de Servicii elaborat de echipa multidisciplinară. Prin colaborarea asistentului social cu firma SC SCHIMDT PROTEX s-a reușit de două ori integrarea socio-profesională a beneficiarului pe durate determinate de timp (trei luni). A fost încadrat ca muncitor necalificat, fiind remunerat cu un salariu brut de 700 ron și tichete de masă. Nu au existat sesizări din partea firmei cu privire la comportamentul sau neadaptarea tânărului la locul de muncă.

De-a lungul timpului, s-a implicat în activități utilitar gospodărești și a învățat să opereze pe calculator. De asemenea vorbește și înțelege limba spaniolă. Prin implicarea echipei de specialiști, membri ai echipei multidisciplinare, tânărul S.A. a beneficiat de un program de activități în vederea dezvoltării de abilități lucrative, precum și de activități pentru formarea și consolidarea autonomiei personale și sociale. La locul de muncă a fost acceptat și s-a integrat cu ușurință și chiar a legat o prietenie strânsă cu un coleg. Acesta a început să-l viziteze în weekend și ulterior

S.A. a fost invitat în familia sa. Chiar dacă beneficiarul a întrerupt contractul de muncă, cei doi au continuat să țină legătura și să-și petreacă unele weekend-uri în familie. După un an de zile, prietenul lui, însoțit de tatăl său s-a prezentat la Biroul de Asistență Socială din cadrul CRRN Lugoj, cu o cerere prin care solicită externarea lui S.A. pentru a putea fi plasat în familia sa, solicitând totodată efectuarea unei anchete sociale la domiciliul dumnealui din comuna Gavojdia.

De asemenea S.A. a depus o cerere prin care solicită externarea lui din centru pentru a putea locui cu această familie la sat.

S-a efectuat ancheta socială cu nr..., de către asistentul social din cadrul CRRN Lugoj și s-a constatat îndeplinirea condițiilor de către familie pentru a-l găzdui pe S.A.

Familia îl cunoaște bine pe beneficiar și este dispusă să-l ajute pe S.A. să se integreze în societate, îi va oferi spațiu de locuit, hrană și îmbrăcăminte. Nu au așteptări de la S.A. este suficient dacă acesta dorește să se implice în treburile gospodărești.

Casa familiei... este proprietate personală, compusă din cinci camere, baie, hol, bucătărie și anexe. Dețin o afacere cu produse agricole, hrana este asigurată din recolta proprie, un alt sprijin financiar vine din partea mamei soțului care locuiește în USA. Fiul nu mai este angajat fiind implicat în afacerea familiei.

Fiind îndeplinite toate condițiile necesare pentru a putea fi externat, s-a decis ridicarea măsurii de protecție a beneficiarului S.A. din cadrul CRRN Lugoj și integrarea lui într-o familie.

Concluzii:

Ultimul caz ilustrează perfect faptul că, un tânăr cu dizabilitate psihică, fără familie, are șanse egale la viață ca și ceilalți oameni. Datorită faptului că a absolvit o școală, are o specializare, și-a însușit de-a lungul timpului abilități de viață independentă, abilități de comunicare, a avut voință și determinare să meargă mai departe, se poate spune că tânărul s-a integrat cu succes în familie și în societate.

Concluzii

Studiile de caz prezentate nu fac altceva decât să demonstreze, încă o dată, că persoanele cu dizabilități nu sunt excluse de societate, chiar dacă provin din centre de plasament, și-au însușit abilități pentru a duce o viață independentă, pot avea un loc de muncă, pot fi acceptați în familii, pot lega prietenii. Cu alte cuvinte au șanse egale de a participa la viața socială obișnuită, sunt cetățeni cu drepturi egale.

Persoanele cu dizabilități au susținere și din partea asociațiilor și fundațiilor menite să le faciliteze accesul în societate prin derularea de programe de inserție socio-profesionale.

Conform concepției, reflectată în „Regulile Standard privind Egalizarea Șanselor pentru Persoanele cu Handicap” (ONU 1993), persoana cu dizabilitate este în primul rând cetățean cu drepturi depline în societate. În această calitate, persoana cu dizabilitate trebuie să beneficieze de acces liber, neîngrădit la toate resursele utilizate de ceilalți membri ai comunității. Umanizarea atitudinii societății față de persoanele cu dizabilități și extinderea integrării lor în toate sferele vieții sociale conduc la modificări esențiale în activitatea profesională a specialiștilor din domeniu. Legislația trebuie să țină cont de drepturile persoanelor cu dizabilități și să favorizeze, pe cât posibil, participarea lor la viața civilă. În cazul în care persoanele cu dizabilități nu sunt în măsură de a-și exercita în mod deplin drepturile lor de cetățeni, trebuie să fie sprijinite să participe cât mai mult posibil la viața civilă, luându-se măsurile necesare și oferindu-le ajutorul adecvat. O persoană, oricare i-ar fi dizabilitatea, trebuie să știe că alături sunt oameni afectuoși, ea însăși prin aceasta se maturizează, își formează deprinderea să învingă toate obstacolele vieții, capacitatea de a duce o viață independentă.

Din cercetarea efectuată s-a dovedit ca metoda managementului de caz, este eficientă în creșterea calității vieții și a gradului de satisfacție al beneficiarilor din centrul de recuperare neuropsihiatrică. Dizabilitatea este o problemă care se întinde de-a lungul întregii vieți, de aceea trebuie să se asigure acestor persoane serviciile și condițiile de care au nevoie pentru a avea șanse egale cu ceilalți. Pentru aceasta, specialiștii trebuie să dea dovadă de empatie, mult angajament, profesionalism dar și de o doză de idealism. Prin serviciile de găzduire, îngrijire, recuperare, reabilitare, reinserție socială se creează un mediu de viață familial pentru beneficiarii din centru. Dizabilitatea nu este alegerea nimănui și a deveni o persoană cu dizabilități se poate întâmpla oricând, oricui. Consider

că, aceste persoane ar trebui să aibă mai multe beneficii pentru a se integra mai ușor în societatea de astăzi, atât pe plan social cât și profesional.

În ceea ce privește mediul oferit persoanelor cu dizabilități instituționalizate o propunere ar viza îmbunătățirea condițiilor de viață și a calității serviciilor oferite în centrele rezidențiale. Acest lucru este posibil prin reducerea numărului de beneficiari, diversificarea serviciilor, asigurarea necesarului de angajați, perfecționarea continuă a acestora, asigurarea unei baze materiale corespunzătoare în centru.

O altă propunere se referă la promovarea unei imagini pozitive a persoanelor cu dizabilitate psihică prin participarea lor la viața socială, prin dezvoltarea unor practici incluzive. Foarte importantă este colaborarea cu organizații non-guvernamentale dar și consolidarea legăturilor cu comunitatea. Acest lucru ar duce la schimbarea atitudinii societății față de persoanele cu dizabilități psihice.

Un rol important îl au familiile beneficiarilor prin implicarea lor în alegerea serviciilor din Planul Individual de Intervenție și derularea programelor de recuperare.

O a treia propunere ar fi înființarea unor locuințe protejate în vederea sprijinirii beneficiarilor pentru o viață independentă.

Bibliografie

- American Psychiatric Association.(2000). Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale (DSM-IV). București: Asociația psihiatrilor liberi din România
- Brânzei, P. și Sîrbu, A. (1981). Psihiatrie. București: Editura Didactică și Pedagogică
- Buică B. C. (2004). Bazele defectologiei București, Editura Aramis
- Berger, A., A., (2000). Media and Comunication research Methods-An Introduction to Qualitative and Quantitative Approches, Sage Pbl. în Chelcea S., 2004
- Enăchescu, C. (2008). Tratat de igienă mintală. Iași: Editura Polirom
- Enăchescu, C. (2007). Tratat de psihopatologie. Iași, Editura Polirom
- Gherguț, A. (2005). Sinteze de psihopedagogie specială. Iași: Editura Polirom
- Mircea, T. (2004). Tratat de psihopatologie și sănătate mentală a copilului și adolescentului. Timișoara
- Manea, L. (2000). Protecția socială a persoanelor cu handicap. București: Casa de editură și presă Șansa s.r.l.
- Pașa, F. și Pașa, L.M. (2004). Asistența socială în România. Iași: Editura Polirom
- Roger, P., Grawitz M., Methodes des sciences sociales, Dalloz, Paris, 1972
- Runcan, P. (2009). Sistemul național de asistență socială din România. Timișoara: Editura Marinăreasa
- Regulamentul de Organizare și Funcționare al Centrului Rezidențial de Recuperare și Reabilitare Neuropsihiatrică Lugoj
- Vrășmaș, T. (2001). Învățământul integrat și/sau incluziv", București: Editura Aramis.

Convenția O.N.U. privind drepturile persoanelor cu dizabilități, Disponibil pe: <http://www.soros.md/files/publications/documents/Anexa%201%20Convenția%20ONU%2020ghid%20pentru%20APL.pdf>, 04.02.2017

Strategia națională "O societate fără bariere pentru persoanele cu dizabilități", 2016-2020, Disponibil pe: <http://www.mmanpis.ro/despre-anpis/programe-si-strategii/strategia-nationala-o-societate-fara-bariere-pentru-persoanele-cu-dizabilitati-2016-2020-si-planul-operational-privind-implementarea-strategiei-nationale/>, 06.02.2017

Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, Disponibil pe: http://www.dreptonline.ro/legislatie/lege_protectia_persoane_handicap_448_2006_rep_2008.php, 06.02.2017.

Ordinul nr. 67/2015 privind Standardele minime de calitate pentru serviciile sociale cu cazare organizate ca centre rezidențiale destinate persoanelor adulte cu dizabilități, Disponibil pe : [http://www.lege-online.ro/lr-ORDIN-67%20-2015-\(165678\)-\(1\).html](http://www.lege-online.ro/lr-ORDIN-67%20-2015-(165678)-(1).html), 07.02.2017.

*** Francisc Simon, 2005, Legislația privind persoanele cu dizabilități Disponibil pe: <<http://impreuna.0fees.net/2005/23ian2005.html?i=1>>, la data de 04.02.2017.

*** Prelipceanu, D., 2008, Promulgarea legii sanataii mintale, Disponibil pe: <<http://www.e-psihiatrie.ro/articol/promulgarea-legii-sanataii-mintale>>, la data de 05.02.2017

*** Daniela Nicoleta, Dumitrescu, Handicapul – între normalitate și anormalitate Disponibil pe: < <https://provitasbucuresti.ro/docs/bioetica/Handicapul.pdf>>, la data de 01.04.2017

*** Ghid elaborat de Keystone Human Services International Moldova Association în cadrul proiectului „Convenția ONU – garant al prevenirii discriminării persoanelor cu dizabilități”, susținut financiar de Programul „Egalitate și participare civică” al Fundației Soros-Moldova, 2003 Disponibil pe: <<http://www.soros.md/files/publications/documents/Anexa%201%20Convenția%20ONU%2020ghid%20pentru%20APL.pdf>>, la data de 02.04.2017.

*** Monitorul social 2010, IDIS „Viitorul”, Disponibil pe: http://www.viitorul.org/files/library/MONITORUL_SOCIAL%20dizabilitati.pdf, la data de 20.04.2017

*** Pro Stem Cell- Suport pentru viață- articol, Disponibil pe : <https://www.prostemcell.ro/articole-dizabilitate/incadrarea-in-munca-a-persoanelor-cu-dizabilitati.html>, la data de 23.04.2017

*** Asociația Alternativa 2003-articol, Disponibil pe: <http://alternativa2003.ro/wp-content/uploads/2010/01/Brosura-dizabilitate-si-integrare-in-Romania-proiect-ANPH.pdf>, la data de 23.04.2017

*** Asociația Zamolxe-articol, Disponibil pe: <http://www.asociația-zamolxe.ro/node/78>.

<http://www.ce-re.ro/home>

<http://www.dgaspctm.ro/>

***prezentarea centrelor, disponibil pe: <http://www.dgaspctm.ro/test/public/pages/centre-protectia-persoanelor-adulte> la data 14.05.2017

***prezentarea centrelor de integrare-socio-profesionala, disponibil pe: <http://www.dgaspctm.ro/pages/centrul-de-integrare-socio-profesionala-pentru-adultii-fara-adapost-bacova> la data 14.05.2017

*** prezentarea CRRN <http://www.dgaspctm.ro/test/public/pages/centrul-de-recuperare-si-reabilitare-neuropsihiatrica-lugoj>

Cum influențează problemele sociale ale familiilor activitatea școlară a copiilor

Andreea Cosmina ȘICA¹

Abstract

Problemele sociale pe care copiii le au în familie reușesc aproape întotdeauna să umbrească activitatea lor școlară, și când spun activitate școlară mă refer deopotrivă la rezultate și comportamente. Probleme precum sărăcia, divorțul părinților sau boala conduc elevii spre eșec școlar și de multe ori, chiar spre excluziune socială. Scopul principal al cercetării este de a evidenția legătura dintre cele mai frecvent întâlnite probleme sociale ale familiilor și activitatea școlară a copiilor. Ipoteza principală, cea care a stat la baza cercetării, este următoarea: „dacă există probleme sociale în familie, atunci activitatea școlară a copilului va fi afectată în mod negativ”. La baza acestei afirmații stau observațiile mele de la clasă, dar și experiența profesională și de viață a colegelor cu care mă consult pe această temă. Am ales un eșantion de 9 cadre didactice și am organizat un focus grup pe baza unui ghid de interviu, semi structurat, cu întrebări care făceau referire la următoarele teme: divorț, familii monoparentale, sărăcie, copii cu părinți plecați în străinătate, copii cu dizabilități, importanța asistentului social în școală. În urma analizei datelor, a reieșit că într-adevăr problemele sociale lasă o amprentă asupra activității școlare a copiilor. Copiii sunt afectați emoțional de divorțul părinților, de separarea lor, sau de plecarea unuia dintre ei la muncă în străinătate. Au probleme de relaționare și de integrare dacă au anumite tulburări, deficiențe sau dizabilități, iar rezultatele lor școlare sunt slabe. În concluzie, familia și școala sunt direct răspunzătoare pentru succesul și reușita elevilor, iar școala, mai cu seamă echipa multidisciplinară (dascăl, asistent social, psiholog, consilier școlar) are un rol deosebit de important în a ajuta elevul să depășească situațiile de criză de acasă, care au puterea să influențeze negativ activitatea școlară a copiilor.

Cuvinte cheie: activitate școlară, probleme sociale, divorț, familii monoparentale, sărăcie, copii cu părinți plecați în străinătate, copii cu dizabilități, asistent social.

Contextul problemelor sociale ale familiilor din zilele noastre

În România, în vremurile pe care le trăim, la cumpăna dintre tradițional și modern, însăși familia- ca instituție, este un subiect atât de discutat și atât de controversat, încât

¹ West University of Timisoara, Blvd. Vasile Pârvan, No. 4, 300223, Timisoara, Timis, Romania; E-mail: sirbu.oana94@yahoo.ro

până și structura ei, îi pune în contradictoriu pe cei preocupați de subiect. În funcție de dimensiunea la care ne raportăm, familia capătă sensuri diferite și este definită diferențiat în funcție de latura juridică și cea sociologică. „Potrivit legii, o familie este aceea în care există un cuplu soț- soție legal căsătorit. Definiția sociologică a familiei poate fi mult mai largă, ținând cont de structură, dar și de interacțiunile dintre subiecți.” (Preda, 1999, 317). În prezent, chiar și aspectele legislative care reglementează cadrul de întemeiere a familiei este pus sub semnul întrebării de anumiți indivizi, grupuri de indivizi, sau chiar instituții. Însă realele probleme cu care se confruntă familiile din România sunt numeroase și afectează atât buna dezvoltare a societății cât și propriile vieți ale persoanelor care le alcătuiesc.

Relațiile dintre femeile și bărbații care intră în componența familiei sunt „influențate de transformări macrosociale de amploare, așa cum istoria mai veche sau mai recentă ne demonstrează” (Vlăsceanu, 2011, 645). Aceste transformări se referă strict la dinamica societății în care trăim și la gradul de acceptare al unei idei. De asemenea, modul de implementare a unor politici sociale, poate să influențeze schimbările care au loc la nivelul familiei. Cele mai uzuale probleme care reprezintă obiectivul politicilor sociale pentru familie sunt: fragilitatea cuplurilor, diversitatea acestora, protecția copiilor și a drepturilor lor și discriminarea pe bază de gen în viețile personale și profesionale.

Efectul imediat al fragilității cuplurilor este, din păcate, divorțul. Divorțul reprezintă o modalitate de desfacere a căsătoriei; este răspunsul familiilor, tinere sau nu, care nu reușesc să depășească o perioadă de criză din viața de familie. Divorțul, este văzut de soți ca o alternativă la ceea ce trăiesc în viața de cuplu, care ajunge la un moment dat să nu mai fie ceea ce își doresc. Motivele divorțurilor pot fi diverse, și diferă de la caz la caz, în funcție de gradul de acceptare al unor idei de către soți, de gradul de dependență al unuia față de celălalt, etc.

Absența unui părinte din familie, indiferent care este cauza (moarte, divorț, separare, etc), este un alt tip de problemă care face diferențe „între stilul de viață al membrilor unei familii cu ambii părinți și cel al unei familii cu un singur părinte” (Preda, 1999, 315). Părerile specialiștilor vis- a- vis de acest tip de familie, familia monoparentală, sunt împărțite. În timp ce unii o consideră o familie specială, cu resurse și nevoi diferite, unii nici măcar nu o încadrează în categoria grupurilor sociale, de tip familii, argumentul principal al acestora din urmă fiind faptul că familia este constituită pe baza legăturilor de cuplu dintre soț-soție. „Unii autori consideră că șansele copiilor de a fi subdezvoltați psihic, de a obține scoruri mici la testele de inteligență sau de a avea un comportament criminal depind în mare măsură de situația lor familială care este determinată în bună parte de tată și prezența lui în familie” (Preda, 1999, 316). Totodată este recunoscut faptul că într-o familie monoparentală, cu părinți divorțați, părintele care nu are custodia copilului, nu a rupt definitiv legăturile cu copilul și, în continuare, îi poate influența acestuia viața. Efectul viețuirii într-o familie monoparentală asupra copiilor se rezumă, în cele mai multe cazuri,

la izolarea copilului față de părintele care lipsește, sau față de rudele acestuia și la greutățile cu care se confruntă părintele prezent în creșterea și educarea copilului, care de cele mai multe ori sunt legate de situația materială/ financiară precară a familiei.

Sărăcia este un fenomen care ia amploare în țara noastră, și afectează buna dezvoltare a societății în care trăim, dar și calitatea vieții persoanelor. „Sărăcia este o stare de lipsă permanentă a resurselor necesare pentru a asigura un mod de viață considerat decent, acceptabil la nivelul unei colectivități date” (Zamfir, 1995,34). „Veniturile medii ale gospodăriilor din România reprezintă mai puțin de un sfert din media veniturilor gospodăriilor din vechile state membre ale UE (UE 15) și jumătate dintre cele ale populației din primele zece noi state membre (NSM 10). Decalajul dintre venituri este determinat de cel privind productivitatea muncii și diferențele privind nivelul și structura ocupării, în principal de ponderea salariaților în populația ocupată” (Preda, 2009,331). România, raportată la celelalte state membre ale Uniunii Europene, are o rată crescută a sărăciei relative. Cele mai expuse categorii sociale la riscul de sărăcie sunt copiii, vârstnicii care se gospodăresc singuri, șomerii și pensionarii.

Un studiu realizat în județul Bacău, arată cât de mare este impactul sărăciei asupra elevilor, și mai cu seamă prezintă efectele pe care le are sărăcia asupra activității lor școlare. „Interviurile cu elevii au evidențiat efectele negative pe care situația sociofamilială a acestora le are asupra relațiilor dintre elevi, dar și asupra relației dintre elevi și cadrele didactice” (Neagu, Stoica, 2004, 72).

Se recomandă ca politicile sociale să trateze cu prioritate familiile cu copii, deoarece riscul la care sunt aceștia expuși poate avea urmări însemnate în educația și dezvoltarea socioprofesională a tinerilor, lucru care atrage după sine un val de populație dependentă de servicii sociale.

Ca alternativă la ceea ce oferă statul român angajaților: nesiguranța unui loc de muncă, inechitate salarială, condiții proaste de muncă, corupție, birocrație excesivă, tot mai multe persoane aleg să migreze înspre țările mai bine dezvoltate, din occident, astfel dând naștere unui nou tip de problemă familială. Copiii cu părinții plecați la muncă în străinătate fac obiectul de activitate al multor instituții publice și private. UNICEF a realizat o cercetare amplă în România, în anul 2008, pentru a estima numărul copiilor cu părinți plecați în străinătate. Rezultatele cercetării au arătat că aproximativ 350 000 de copii aveau cel puțin un părinte plecat la muncă în străinătate. Efectele negative ale acestui fenomen nu au reușit să schimbe percepția părinților despre plecarea la muncă în străinătate, pe termen lung. S-au derulat diverse campanii care au atras atenția asupra abandonului copiilor, însă cei mai mulți părinții care aleg să plece în străinătate nu au luat hotărârea de a renunța sau de a se întoarce mai repede acasă. „Un alt fapt îngrijorător este legat de destructurarea familiilor, circa 28-30% dintre persoanele căsătorite care au plecat la muncă în străinătate s-au recăsătorit sau trăiesc în uniuni consensuale” (Buzducea, 2017, 208). În funcție de disponibilitatea rudelor, de cele mai multe ori, părinții nu declară că

urmează să plece la muncă în străinătate și lasă copiii în grija acestora, chiar dacă legislația prevede ca Serviciile Publice de Asistență Socială să monitorizeze cazurile acestor copii. În multe cazuri, părinții aleg să lucreze fără forme legale ceea ce înseamnă că nu au siguranța locului de muncă, așadar nu își asumă riscul de a lua copiii cu ei în străinătate, urmând ca micuții să rămână în țară, în grija rudelor.

Existența unui copil cu deficiențe/ dizabilități în familiei este un lucru deosebit de grav, care provoacă suferință tuturor rudelor, și aduce în familie o serie de probleme pe toate planurile. Pe de-o parte este afectată economia familiei (de cele mai multe ori situația de boală generează cheltuieli suplimentare pentru tratament/ terapie), este afectată și rețeaua socială (se produc modificări în ceea ce privește relațiile intrafamiliale/ extrafamiliale, cu prietenii, cunoscuții, etc), latura psihologică (de foarte multe ori ceilalți membri ai familiei dobândesc probleme emoționale), latura comportamentală (apar modificări în comportamentul părinților, al fraților) și este vizată și sfera medicală a familiei (aparitia unor boli somatice sau de natură psihică, cu precădere la mamele copiilor cu dizabilități.), iar toate aceste elemente contribuie la calitatea vieții familiilor în care trăiește un copil cu dizabilități. (Oșvad, 2010).

În ceea ce privește o situație actuală a numărului de copii cu dizabilități, instituțiile abilitate, Direcția Generală pentru Protecția Copilului și Direcția Generală pentru Protecția Persoanelor cu Handicap au raportat numere diferite de cazuri, așa că nu există o evidență clară. Aceste două instituții ale statului sunt principalele în ceea ce privește furnizarea serviciilor specifice copiilor cu dizabilități. (Buzducea, 2017). Același autor susține că „riscul imediat la care pot fi supuși copiii cu dizabilități care nu beneficiază de servicii de recuperare este legat de separarea de familie, dar și de neglijare, exploatare economică sau abuz. Pe termen lung, lipsa acestor servicii reduce drastic șansa copiilor de a fi recuperați pentru societate și de a avea o viață independentă și împlinită” (Buzducea, 2017, 205).

În funcție de gravitatea handicapului pe care îl au, acești copii au dreptul să beneficieze de un asistent personal, iar în cele mai multe cazuri, părinții lor devin asistenți, cu scopul de a-i supraveghea și de a le acorda atenție și îngrijire în recuperare.

Integrarea copiilor cu dizabilități în sistemul de învățământ este o necesitate. Există cercetări care arată că un număr relativ mare, aproximativ 23% dintre copii cu dizabilități, cu vârste cuprinse între 7- 18 ani sunt neșcolarizați. Un aspect delicat este legat de integrarea acestor copii în școlile de masă. Susținătorii acestei idei doresc desființarea școlilor speciale- care, spun ei, au rolul de a-i marginaliza pe elevi și înscrierea lor în școlile normale.

Principală problemă actuală întâlnită în școlile de masă este tulburarea hiperkinetică cu deficit de atenție. „ Copilul cu această tulburare este etichetat ca cel mai adesea ca fiind obraznic, neascultător, obraznic, neatent” (Mihai, 2007, 59).

Riscuri majore în activitatea școlară

Activitatea școlară a unui elev face referire la două elemente importante: latura educațională și latura comportamentală. În mediul școlar, aceste două elemente sunt în strânsă legătură unele cu altele, așadar comportamentul elevilor influențează rezultatele la învățătură.

Un specialist în educație susține că „nu există valori mai importante și mai constante decât sănătatea, bogăția și educația ca piloni centrali ai fericirii și succesului în viață, educația fiind singura valoare care se construiește tenace și îndelung, putând deveni ea însăși factor generator de preservare a sănătății, de îmbogățire sau chiar de acces la putere , al individului” (Ungureanu, 1999, 3). Așadar, fenomenul educațional a primit o importanță deosebită și de-a lungul timpului a stat la baza dezvoltării indivizilor, și implicit a societății. Acest fenomen a fost îndelung studiat și discutat, și în prezent este supus continuu unor schimbări, cu scopul de a îmbunătăți calitatea actului educațional. „În sens larg, educația se referă la ansamblul influențelor, intervențiilor și acțiunilor exercitate asupra indivizilor umani având drept scop formarea personalității, a omului ca ființă socioculturală și ca entitate psiho-individuală” (Dumitru, 2001, 12). Această definiție, în sensul ei cuprinzător și nerestrictiv, nu se referă doar la educația din școală, cea formală, ci descrie foarte bine și obiectivul educației nonformale și informale. „În sens restrâns, educația înseamnă ansamblul de acțiuni specializate, realizate în mod explicit, sistematic și intenționat, orientată valoric și finalist, de către persoane specializate și pregătite corespunzător (educatori) asupra alor persoane (elevi, studenți) într-un cadru organizat, instituționalizat, cu scopul formării personalității lor, al pregătirii acestora pentru a face față solicitărilor vieții profesionale, sociale și personale” (Dumitru, 2001, 12). Așadar, această definiție a educației subliniază ideea profesorului Dorel Ungureanu cu privire la importanța educației în obținerea succesului personal și profesional. Însă până la culmile succesului personal și profesional, elevul trebuie să dovedească reușită în educație.

Prezenta lucrare își propune să descrie fazele de succes și reușită/ insucces și nereușită în activitatea educațională dar și fenomenul de inadaptare școlară a elevilor din ciclul primar, care provin din familii în care există cel puțin o problemă de tip social, dintre cele enumerate și descrise în capitolul 1.

Succesul și reușita școlară reprezintă rezultate calitative ale activității elevilor. Ele au caracter pozitiv și determină adaptarea optimă la cerințele școlii. O serie de succese școlare conduc elevul spre reușită școlară, ceea ce e de dorit atât de către elevi, cât și de către dascăli. Succesul școlar este o limită personală a fiecărui elev, pe când reușita școlară este rezultatul raportării la ceilalți elevi; de exemplu, calificativul B poate însemna succes pentru un anumit elev, dar raportat la cerințele școlii poate fi înregistrat ca o situație de nereușită.

Insuccesul și nereușita școlară reprezintă tot rezultate calitative ale activității elevilor, cu caracter negativ, de această dată. O serie de insuccese școlare conduc elevul la

nereușită/ eșec școlar ceea ce are ca efect inadaptarea elevului la solicitările școlii, dezvoltând un sentiment de insatisfacție și construind o imagine de sine negativă (Dumitru, 2001). Performanțele scăzute ale elevilor arată că obiectivul principal al educației nu a fost atins, ceea ce înseamnă că eșecul școlar este primul pas al unui individ spre o carieră ratată, și astfel spre o viață neîmplinită.

Pentru a putea preveni situațiile de eșec școlar, dascălii trebuie să cunoască cauzele care generează insuccesul. Aceste pot fi legate de capacitatea copiilor de învățare sau de motivația pentru învățare, însă de multe ori aceste cauze au rădăcinile în familiile elevilor. Problemele cu care se confruntă familiile pot influența în mare măsură activitatea școlară a copiilor. În primă fază le modifică comportamentul (sunt mai agitați, scade capacitatea de concentrare și atenția, devin mai agresivi, dobândesc ticuri nervoase, sunt mai obosiți, etc), după care apar și rezultatele mici la învățătură- consecință a noilor comportamente.

Inadaptarea școlară reprezintă situația în care se regăsesc anumiți elevi care înregistrează mai multe insuccese școlare. Ei nu fac față cerințelor educaționale, iar acest lucru nu îl arată numai prin calitative/ note mici ci și prin comportament. Ca urmare a notelor mici aceștia nu îndeplinesc idealul și obiectivele sistemului de învățământ, iar ca rezultate ale comportamentelor lor, de multe ori nu au sentimentul de apartenență la grup, se simt respinși, discriminați. Aceste fenomene (discriminarea, excluziunea), dar și nivelul scăzut de cunoștințe acumulate conduc „cariera școlară” spre o etapă nu tocmai plăcută a vieții. Pe fondul problemelor de acasă, școala devine un loc ostil, inconfortabil și conduce elevii la inadaptare.

Abandonul școlar este un fenomen negativ, care „are legătură cu sistemele educaționale, cu factorii socioeconomi, cu spațiile culturale, cu sistemele de guvernare” (Nistor, 2012, 249). Acest fenomen este caracterizat de părăsirea timpurie a sistemului de învățământ de către elevi. S-au realizat numeroase cercetări care au arătat că motivul principal al abandonului școlar este de natură economică. În ciuda faptului că, în România, învățământul este obligatoriu și gratuit până la treapta inferioară a liceului, adică până în clasa a X-a, mulți copii care provin din familii cu venituri mici renunță să mai frecventeze școala datorită cheltuielilor pe care acesta le implică (rechizite, îmbrăcăminte, încălțăminte, transport, etc). Acești copii aleg, sau sunt nevoiți, să muncească cu scopul de a suplimenta veniturile familiei, atât de necesare pentru acoperirea nevoilor de bază. Copiii familiilor rromone înregistrează cea mai mare rată de abandon școlar, cauzele fiind marginalizarea socială, sărăcia, discriminația. Ca măsură de protecție la acest fenomen, fiecare unitate școlară este obligată să rezerve un anumit număr de locuri pentru populația de etnie rromă, cu scopul de a facilita accesul lor la educație.

Există și cauze socioeconomice, pentru care copiii abandonează școala, frecvent întâlnite în zonele slab dezvoltate, și anume: desființarea unor unități de învățământ, nevoia de a face naveta spre o școală aflată la distanță față de casă, dificultățile de

transport, probleme de comportament, dezinteres față de școală, lipsa de etică și profesionalism a unor profesori, maternitatea timpurie, etc.

Pe lângă aceste cauze există și unele de natură psihologică: „odată cu apariția insuccesului școlar se observă o diminuare a stimei de sine, a încrederii în forțele proprii” (Neamțu, 2011, 1030) ceea ce conduce elevul la renunțare, dezinteres, și ulterior, nemaiputând să facă față cerințelor sistemului de învățământ alege să abandoneze.

Se recomandă centrarea politicilor sociale pe acest fenomen alarmant, alocarea de fonduri, care să ajungă la elevi sub forma unor burse, îmbunătățirea serviciilor de consiliere și orientare școlară și nu în ultimul rând, o reformă a sistemului de învățământ prin care să se simplifice conținuturile de predat/ învățat, să se modernizeze metodele și mijloacele utilizate în activitatea de predare-învățate-evaluare.

Rolul asistentului social în instituțiile școlare

După perioada comunistă, asistența socială a început să se contureze ca profesie, chiar dacă ea a fost practică din cele mai vechi timpuri. Ca și multe alte domenii de activitate, asistența socială s-a dezvoltat după încheierea regimului comunist și în zile noastre este în plin proces de creștere. Acest proces de creștere se referă la numeroasele generații de absolvenți ai facultăților de asistență socială, inovațiile legislative în sistemul social, creșterea calității serviciilor de asistență socială, la apariția posturilor de asistent social în organigramele instituțiilor publice și private, etc.

Ca urmare a faptului că oamenii se află, la un moment dat al vieții lor, într-o situație de criză, într-un moment de dificultate, a început să se simtă tot mai tare nevoia de ajutor specializat, nevoia de a apela la o persoană specializată, la un profesionist în domeniul social cu scopul de a depăși situația de dificultate. Primăriile, serviciile de probațiune, spitalele, școlile și grădinițele sunt numai câteva dintre instituțiile statului care încurajează și susțin acest tip de ajutor. Chiar dacă în unele instituții această profesie încă nu se practică la scară mare, sau chiar dacă nu toate instituțiile de un anumit tip beneficiază de un asistent social, faptul că aceste posturi au început să existe este un semn bun.

Abilitățile necesare asistentului social pentru desfășurarea cu succes a activității sunt: „cognitive, în relațiile interpersonale, în luarea deciziilor, administrative, în valorificarea resurselor, de comunicare, de evaluare și planificare, de intervenție, de la lucra ca membru al unei instituții” (Miftode, 1999, apud. Goian, 2004, 20).

„Profesia de asistent social promovează schimbarea socială, rezolvarea problemelor apărute în cadrul relațiilor umane, precum și împuternicirea și eliberarea oamenilor în vederea sporirii bunăstării” (Buzducea, 2009, 207).

În școlile de masă din România asistentul social este o persoană „scumpă la vedere”, nu există posturi de asistenți sociali, în ciuda faptului că au un rol foarte important într-o asemenea instituție, dar există consilieri școlari care pot avea la bază mai multe formări, printre care și cea de asistent social.

Un Centru Școlar pentru Educație Incluzivă din țara noastră spune despre serviciile de asistență socială din școli că „urmăresc să creeze condiții necesare pentru ca elevii să-și satisfacă trebuințele educative de bază. Obiectivul general al asistentului social în școală fiind identificarea barierelor învățării și îndepărtarea acestora, precum și orientarea școlară și profesională”. Asistentul social dintr-o unitate școlară are rolul principal de a preveni situația de inadaptare școlară prin investigarea și identificarea cauzelor care produc aceste șiruri de insuccese școlare, și mai apoi inadaptare școlară

Scopul fundamental al serviciilor de asistență socială în școală se subordonează finalităților educaționale, urmărind să creeze condițiile necesare pentru ca elevii să-și satisfacă trebuințele educative de bază, să-și dezvolte abilitatea de a lua decizii și de a rezolva probleme, să-și dezvolte capacitatea de adaptare la schimbare și să fie pregătiți să-și asume responsabilitatea pentru propria conduită. De asemenea, pe lângă finalitățile educaționale, asistentul social din școală urmărește asupra respectării drepturilor copiilor și previne orice formă de abuz exercitată asupra elevului de către cadrele didactice, de către părinți sau de către alți elevi.

Asistentul social din școală contribuie la îmbunătățirea relațiilor școală- familie-comunitate. Oferă detalii părinților despre instituțiile pentru protecția copilului, facilitează accesul la servicii și beneficii sociale, organizează și implică elevii în activități de voluntariat.

Are un rol important și în integrarea copiilor cu CES, prin organizarea unor activități specifice, întocmirea planurilor individualizate de servicii, monitorizarea elevilor și înregistrarea progreselor, oferirea serviciilor de consiliere, derulând activități educaționale de sprijin.

Asistentul social din școală deservește în nenumărate situații și personalul didactic, nedidactic sau auxiliar. Poate realiza genograma sau ecomapa oricărui elev, poate menține legătura între școală și familiile elevilor, mediază conflicte iscate între profesori-elevi, profesori- profesori, profesori- părinți, elevi- elevi, și nu în ultimul rând oferă servicii de supervizare profesorilor, cu scopul dezvoltării abilităților de relaționare, a combaterii stresului profesional și a evitării procesului de epuizare profesională.

Metodologie

Scopul cercetării

Am realizat această cercetare cu scopul de a evidenția legătura dintre cele mai frecvent întâlnite probleme sociale ale familiilor și activitatea școlară a copiilor, și anume, mi-am propus să identific efectele pe care le au aceste probleme în contextul școlar.

Obiectivele și ipotezele cercetării

Obiectivul 1 - Identificarea principalelor categorii de probleme sociale cu care se confruntă familiile;

Obiectivul 2- Descrierea unor situații, cauzate de probleme familiale, care conduc copilul la eșec școlar;

Obiectivul 3 - Accentuarea necesității unei echipe multidisciplinare (asistent social, psiholog, logoped, medic) în fiecare școală de masă;

Ipoteza 1 - Dacă există probleme sociale în familie, atunci activitatea școlară a copilului va fi afectată în mod negativ.

Ipoteza 2 - Cu cât implicarea unui specialist (asistent social, psiholog) în procesul educațional este mai mare, cu atât crește șansa de reușită a unui copil care vine dintr-o familie cu probleme sociale.

Descrierea eșantionului

Au fost implicate în această cercetare 9 cadre didactice, profesori pentru învățământ primar, la o școală din mediul urban. Experiența profesională a cadrelor didactice respondente și vechimea lor în învățământ variază de la 1-25 ani, având următoarele grade didactice: debutant, definitiv, grad II, grad I.

Am ales să cercetez părerea cadrelor didactice despre efectele problemelor sociale în activitatea școlară, deoarece consider că dascălii sunt cele mai apropiate persoane, în afara membrilor familiei, de un copil și sunt cele mai în măsură să caracterizeze activitatea elevilor, atât cea educațională cât și cea comportamentală. Dascălii petrec cel puțin 4 ore pe zi cu elevii lor, pe durata a 5 ani de studiu, timp suficient pentru a-i cunoaște și în contextul social, nu doar pentru a le evalua cunoștințele teoretice.

Descrierea instrumentului aplicat

Pentru tema aleasă am folosit o metodă de cercetare calitativă, un interviu semi structurat, alcătuit preponderent din întrebări deschise și construit pe baza principalelor teme descrise și în capitolul 1: categoriile de probleme sociale, efectele lor asupra elevilor și importanța asistentului social în echipa multidisciplinară prezentă în unitățile de învățământ de stat. (Anexa 1)

Instrumentul utilizat a fost aplicat la sfârșitul acestui an școlar, iar interviul propriu-zis a fost înregistrat, cu acordul participanților, și are o durată de 01h :01min: 38 sec.

Rezultate

Am urmărit confirmarea/ infirmarea celor două ipoteze ale lucrării, pe baza răspunsurilor cadrelor didactice la întrebări.

Ambele ipoteze s-au confirmat, adică în urma cercetării și a analizei datelor toate cadrele didactice respondente au fost de acord cu afirmațiile:

- Dacă copiii au probleme sociale în familie, atunci activitatea școlară a copilului va fi afectată în mod negativ. *„Cu siguranță îi afectează. Gândindu-ne la categoriile de probleme, putem spune că îi afectează și comportamental dar și din punctul de vedere al randamentului școlar.”* Cadrul didactic întărește ideea că problemele sociale sunt diferite, așadar și efectele lor asupra copiilor sunt diferite, însă este o certitudine faptul că îi influențează, într-un fel sau altul, fie asupra comportamentului, fie asupra randamentului școlar.

- Cu cât implicarea unui specialist (asistent social, psiholog) în procesul educațional este mai mare, cu atât crește șansa de reușită a unui copil care vine dintr-o familie cu probleme sociale. *„Ideal ar fi un specialist pentru 10 elevi. La cum stau lucrurile acum, profesorul de sprijin intră la clasă o dată la săptămână, și atunci stă foarte puțin, o oră, poate nici atât, asta nu rezolvă problemele existente. La clasa mea nici nu a fost psihologul în acest an școlar.”* Cadrul didactic recunoaște nevoia de implicare a specialiștilor în activitatea la clasă, chiar și dacă copiii nu au probleme de tip social, și face o scurtă descriere a activității reale a profesorului de sprijin, evidențiind faptul că în decursul unui an școlar, psihologul nu a desfășurat nici măcar o activitate frontală, cu clasa. Un alt cadru didactic respondent este de părere că *„specialistul ar trebui să fie unul, să aibă statut de titular, nu să fie schimbat anual”*. Pentru a putea avea rezultate pozitive, asistentul social trebuie să identifice barierele învățării și cauzele lor. Dacă persoana care lucrează cu copilul nu îl cunoaște suficient de bine, nu cunoaște problemele lui de acasă, sigur că nu poate intra în profunzimea problemei și astfel nu poate fi eficient.

„La seriile anterioare nu erau specialiști în școli, dar am simțit nevoia să aduc de afară, și am chemat fie pe cineva care a terminat psihologia, fie pe cineva care citea povești terapeutice. Mi-am adus la clasă, plătiți sau neplătiți, pentru că din totdeauna, indiferent de seriile la care am predat, au existat situații care m-au depășit pe mine, ca dascăl, și a fost nevoie.” Această situație descrie în linii mari ceea ce se întâmplă cu adevărat în școlile de stat din România. Problemele de acasă ale copiilor au existat mereu, indiferent de natura lor, la fel și efectele lor asupra activității școlare a copiilor, iar pregătirea dascălilor este reprezentată strict de teoria și metodologia instruirii, iar pentru a putea identifica, cunoaște, înțelege și rezolva altfel de probleme- decât cele care țin de instruirea elevilor, de metodică și curriculum, e nevoie de o altfel de pregătire, e nevoie de prezența unei echipe multidisciplinare, formată din dascăl, asistent social, consilier școlar, psiholog, logoped, medic, în fiecare unitate școlară, de la grădinițe până la licee și universități.

Așadar, este recunoscut faptul că problemele sociale ale familiilor afectează activitatea școlară a copiilor, iar un rol important în obținerea rezultatelor bune la învățătură dar și în modelarea pozitivă a comportamentelor îl au dascălul și asistentul social, deopotrivă.

Alte rezultate relevante pentru cercetare:

„Am avut în clasă o familie care tocmai divorța. Copilul părea fericit când ambii părinți erau împreună.[...] Mama a vrut să se separe. Tatăl s-a supărat și a dispărut două săptămâni, în semn de protest.[...] Copilul a început să sufere. Plângea. Era mai închis, mai anxios, mai retras. La un moment dat, tatăl apărut și cumva exagera. [...] Cumva tatăl cumpăra afecțiunea copilului. [...] Deci era așa un război între ei, nu știu cine a câștigat, în niciun caz copilul, care avea rezultate slăbuțe la învățătură și era derutat de semnalele primite.” Situația descrisă mai sus prezintă efectele pe care le are divorțul părinților asupra copiilor. În ciuda problemelor dintre părinți, copiii sunt fericiți când aceștia sunt împreună, iar atunci când se produce separarea, copiii se schimbă. Prima lor reacție este suferința, devin anxioși și retrași, iar pe baza acestor sentimente, scade și randamentul școlar. Divorțurile sunt un fenomen actual, mai ales în cadrul familiilor tinere, care au copii de vârste mici, la școală. O învățătoare susține că: *„sigur în fiecare clasă există cam cinci copii cu situația aceasta, și eu clar spun, că au un mare dezavantaj acești copii. Sunt în permanență cu gândul la părinți, la ce se va întâmpla, unde se vor duce, își rod unghiile, comportamentul lor se schimbă și scade randamentul școlar.”* Una dintre explicațiile faptului că scade randamentul școlar al copiilor este faptul că *„au două spații. Nu au un spațiu personal calm și cald. O dată își uită lucrurile la tata, o dată la mama”*. Acești copii sunt distrași în permanență. Nu respectă cu rigoare un program zilnic, care să includă etape precum: pregătirea ghiozdanului și a celorlalte lucruri pentru a doua zi, actualizarea cunoștințelor și efectuarea temelor. Aceste lipsuri duc la dezinteres față de școală sau la incapacitatea acestor copii de a mai face față cerințelor școlii.

În ceea ce privește susținerea unuia dintre părinți, cadrele didactice trebuie să fie imparțiale și să prezinte amândurora situația reală în care se află copilul deoarece *„ceea ce ni se povestește este selectiv, eu nu am fost martoră la ceea ce se întâmplă în familie, dar eu văd copilul că își roade unghiile, că este în permanență în tot felul de direcții, îl văd că are probleme de concentrare”*.

În afara traumei cauzată de separarea dintre părinți, în timpul divorțului, copiii sunt supuși și la alte lucruri care îi fac să sufere. *„Faptul că la divorț copilul ajunge în fața instanței, e ceva greu de imaginat. Ajunși acolo, ei se consideră principalii vinovați că mama și tata se ceartă, de multe ori în fața lui, și de multe ori discuțiile se iscă de la chestiuni care îl privesc pe copil, care au legătură cu școala, drept pentru care, copilul se simte vinovat și își dorește să îi impace.”* Acest sentiment de vinovăție, care îi încearcă pe copii are ca rezultat scăderea stimei de sine și construirea unei imagini proprii negative. Sigur că într-o astfel de situație, copilul nu se mai concentrează la sarcinile și responsabilitățile lui, ci este frământat de tot felul de gânduri de culpă.

După încheierea procesului de divorț, când copilul a început să se obișnuiască cu ideea că părinții s-au separat dar asta nu îl împiedică pe el să țină legătura cu părintele care lipsește, când copilul vede că e în siguranță chiar și numai cu unul dintre părinți, când se detașează de certurile și războiul dintre părinți, acesta se mai liniștește. *„Copilul se*

schimbă. Chiar și după un an am observat o schimbare la unul din elevii mei. Părinții lui au divorțat anul trecut, iar în aceea perioadă copilul era violent și agresiv. Îi speria pe copii cu tot felul de gesturi și îi amenința, iar anul acesta, după divorț e altfel. Când lucrurile s-au liniștit acasă, s-au îmbunătățit și la școală. E mai concentrat, mai atent și relaționează mai bine cu colegii, dar și cu mine". Una dintre persoanele intervievate este de părere că „lucrurile se schimbă. Rănile se mai cicatrizează, copiii acceptă până la urmă și se mai liniștesc, dar în profunzime problema nu e rezolvată." Profunzimea acestei probleme se referă la efectele pe termen lung ale traumelor pe care le trăiesc copii, la vârste mici, și care au urmări în viața lor de cuplu/ familie. În cadrul interviului am ascultat exemplul personal al unui cadru didactic, cu privire la divorțul propriilor părinți și la ceea ce înseamnă el și în zi de azi. „Când am fost clasa a II-a tatăl meu a plecat în Italia. După trei ani au apărut probleme în relația părinților mei. [...] Tatăl meu a propus divorțul. [...] în sufletul meu simțeam că nu mai pot. Ajungeam de la școală și plângeam. [...] Au fost săptămâni întregi în care nu am vorbit cu tatăl meu. M-am simțit extraordinar de rău. Am ajuns la divorțul părinților mei. Nu am să uit niciodată că am fost dusă într-o cameră și întrebată cu cine vreau să rămân, cu mama sau cu tata. Mi s-a părut extraordinar de dificil și am răspuns: cu amândoi. Până la urmă, cu o voce tremurândă am ales-o pe mama. [...] După câțiva ani relația lor s-a îmbunătățit, însă eu am rămas cu niște goluri. Dacă înainte de a divorța părinții mei, eram mult mai puternică, ca și copil, acum, ca adult, am anumite frământări și o frică de a nu fi părăsită. Și în viața de cuplu am frustrări adunate din copilărie.

Problema principală a celor care pleacă pentru o perioadă lungă la muncă în străinătate este destructurarea familiilor. La întoarcere, aceștia nu se mai simt confortabil în familie datorită lipsei de timp și de activități comune desfășurate cu familia, ajung să se simtă străini, lucru care îi face să privească lucrurile altfel. „Am avut în clasă un copil cu tatăl plecat în străinătate, copilul era clar afectat, pentru că puținul timp pe care îl petrecea alături de tata se rezuma la a se bucura de tot felul de cadouri, cumpărături. Tatăl nu știa să se poarte cu copilul. Faptul că lipsea atât de mult timp l-a lăsat cu acest handicap, nu știau să relaționeze. Aveau un fel de flacără, o bucurie de moment, [...] când tatăl îl umplea de daruri, se jucau puțin, după care și tatăl avea senzația că nu mai face parte din familie. De obicei oamenii care se află în situația aceasta, divorțează."

În cazul copiilor cu ambii părinți plecați în străinătate, rămași în grija rudelor, lucrurile stau diferit. Copiii simt puternic absența părinților și astfel le este grav afectată dezvoltarea, din toate punctele de vedere, mai ales socioafectivă. Învățătoarea unui astfel de copil descrie activitatea lui de la clasă: „Îl simt pe copil „suspendat". De multe ori parcă nu e prezent, nu e acolo, e ca o umbră, dacă nu îl solicit, efectiv nu participă la oră, e cu gândul în altă parte și nu îl pot aduce cu toată clasa."

Acești copii, care cresc în familii cu probleme, pot să aibă o viață nefericită, ca urmare a faptului că nu avut parte de o dezvoltare armonioasă sau pot să fie motivați de exemplul

personal și să reușească în viață ...,aaaa, că în viața lor de adult vor apărea la un moment dat probleme, da- se poate, sunt efectele problemelor din copilărie, dar criza, situația problematică nu e de nerezolvat, mai ales că acum există specialiști care ne pot ajuta, vor depăși mai ușor problemele din propriile familii..

Pentru asigurarea reușitei în viață a acestor copii, este important să identificăm și să explorăm toate resursele care ne stau la îndemână, nouă ca dascăli, sau familiei copilului. *„Rolul nostru de dascăl este și acesta: de a-l îndruma pe părinte să solicite ajutor de la specialiști, acolo unde e cazul. Noi suntem cât de cât pregătiți, atât din experiență cât și din școală, dar nu e suficient. Această afirmație a unui cadru didactic intervievat face din nou trimitere la rolul și importanța serviciilor sociale din școli. Un asistent social din școală ar putea să prezinte părintelui instituții specializate în oferirea de servicii și beneficii sociale, în funcție de problema pe care o are copilul în familie. Așa cum a confirmat și ipoteza secundară a cercetării, putem accentua încă o dată că, implicarea unui asistent social în rezolvarea problemelor familiale ale copilului crește șansele de reușită în activitățile școlare. Resursele identificate devreme cresc șansele ca efectele negative asupra activității școlare să nu se producă.*

În cazul sărăciei, o soluție găsită, pe care restul colectivului de părinți au propus-o pentru câțiva elevi care tăiau la limita sărăciei, a fost suportul mutual. Aceștia au contribuit cu bani pentru a le asigura copiilor nevoiași strictul necesar. Unul dintre cadrele didactice intervievate descrie astfel situația: *„ am lucrat într-o comunitate rurală și am avut în clasă multe familii care trăiau în pragul sărăciei. În astfel de cazuri, familiile mai înstărite le-au asigurat și lor strictul necesar, îmbrăcăminte și rechizite, chiar au pus mână de la mână și au plătit participarea lor la activități extrașcolare, excursii.”*

Despre situația delicată a copiilor cu dizabilități și integrarea lor în școlile de masă, cadrele didactice intervievate au lansat o dezbatere, argumentând punctual că programul și activitățile din școlile speciale ar fi benefice pentru terapia și dezvoltarea lor, iar altele au spus că acești copii trebuie integrați în societate, pentru ca societatea să îi integreze. Dar ambele tabere care s-au format, au fost de părere că este foarte greu de lucrat la clasă cu ei, aproape imposibil, fără un curriculum adaptat și fără ajutor specializat permanent. *„Am avut în clasă copil cu ADHD, părintele înțelegea problema lui și am colaborat foarte bine. Eu am fost total dezarmată când mi-a adus copilul; copil agresiv și turbulent și eram sfătuită de alții să fac cumva să scap de el. E drept că uzura mea psihică în patru ani se resimte, dar m-a ajutat foarte mult că părinții lui mă susțineau. [...] Am muncit mult și cu clasa. Am avut câțiva copii care îl incitau la turbulență, deci le plăcea momentul când aveam „spectacol” în clasă, pentru că întrerupeam lecția.[...]Am un respect deosebit pentru mamele acestor copii, care renunță la carieră și se dedică întru totul educației copilului, deoarece într-o școală normală, de masă, altă variantă nu e, din păcate, decât ca părintele să înlocuiască profesorul de sprijin. Încă o dată, se pune accent pe echipa multidisciplinară, deficitară a unităților școlare din mediul public, de stat. „Noi nu avem*

școli speciale de calitate. Acolo ar trebui școlarizați ei și aduși în școlile de masă copiii care nu reprezintă un pericol pentru ceilalți și pentru care suntem noi pregătiți și cunoaștem metode și tehnici de lucru cu ei.” Ajutorul specializat ar putea să vină de la echipa de specialiști din școală, dar „de obicei răspunsul lor la solicitări este: „Avem foarte mulți copii, nu mai putem”. „ Când am avut băiatul cu ADHD în clasă, a venit psihologul de câteva ori. A învățat clasa să ignore ieșirile colegului, dar asta nu a rezolvat total problema. Au rămas aceiași copii care îl provocau, sâcâiau. Nu s-a rezolvat problema în două- trei întâlniri cu psihologul.” Această lipsă pe care o au școlile din România, cea de servicii sociale bine structurate în școli, cu personal specializat, face dificilă munca profesorului la clasă, dar și adaptarea copiilor cu diferite tipuri de probleme sociale la cerințele educaționale ale școlii.

Despre modul în care influențează consumul de alcool al membrilor familiei activitatea școlară a copiilor cadrele didactice sunt de părere că „acești copii sunt agresivi. E influență și latura educațională, dar problema cea mai mare e legată de comportament. Rădăcinile copilului rămân în familie, ceea ce vede și ceea ce trăiește va copia în propria viață, voluntar sau involuntar.”

Întrebați cât de mult se implică familiile copiilor cu probleme sociale în activitatea școlară sau extrașcolară, cu ce frecvență vin la școală, la ședințele cu părinții sau la orele de consiliere, ori cât timp dedică pregătirii elevilor pentru școală, răspunsurile au fost asemănătoare, dar cel mai relevant a fost: „După spusele lor mult, în realitate puțin. Fac excepție cazurile copiilor cu cerințe educaționale speciale. Acolo părinții chiar sunt implicați și ancorați în viața copilului. Unii își sacrifică propria viață/ carieră în favoarea copilului.

De exemplu, în cazul părinților divorțați aud deseori replica: Am făcut tot ce s-a putut. I-am dat cât am putut. Părinții sunt strict preocupați să le asigure copiilor confort material, însă neglijează latura emoțională, afectivă. Părintele care nu are custodia copilului abia dacă trece pe la școală pe durata unui an școlar.” Acest răspuns cere a se face diferența dintre problemele sociale ale copiilor. În funcție de natura lor, e și nivelul de implicare a părintelui, dar de cele mai multe ori părinții au impresia că problemele copiilor nu vin de acasă, că ei fac tot ce le stă în putință pentru binele copilului și își fac treaba bine, când de altfel realitatea nu stă așa. Copilul este puternic influențat de ceea ce se întâmplă acasă, iar școala nu este pregătită să acopere atât de multe arii, printre care și situația socială a familiilor din care provin copiii.

Este important și modul în care copiii semnalează că au probleme acasă. „Uneori spune și uneori face câte un lucru cu care te surprinde”. Unii copii au încredere deplină în dascăli și încep pur și simplu să povestească ceea ce se întâmplă acasă- acest lucru se întâmplă mai ales la copiii din clasele mici, atunci când școala/ clasa devine al doilea grup social, ca importanță, din care elevul face parte, după familie- desigur. Când sunt mai mari și problema e deja de durată, încep să se vadă efectele ei prin: rezultate mai slabe la

învățătură, dezinteres pentru școală, neatenție și slabă concentrare, comportament violent și agresiv, relaționare proastă cu dascălul și/ sau colegii, etc

Concluzii

Prin natura profesiei de dascăl, avem prilejul să ne bucurăm de fiecare reușită dar și să ne întristăm pentru fiecare eșec, așadar am avut ocazia să observ evoluții frumoase ale unor copii, dar și regrese neașteptate ale altora. Atunci am realizat cât de important este pentru succes, ca elevul să se simtă confortabil la școală, dar mai ales acasă.

Problemele sociale cu care se confruntă familiile, chiar dacă sunt temporare sau permanente, afectează într-o anumită măsură activitatea copiilor de la școală. În general, problemele care influențează activitatea școlară a copiilor au un efect mare la momentul producerii lor, în situația de criză (divorțul/ separarea părinților, plecarea unui părinte/ a amândurora la muncă în străinătate, decesul unui părinte), după care efectele se reduc, la unii copii chiar dispar; adică elevul reușește să înregistreze succes școlar- după o serie de eșecuri, devine mai atent, mai liniștit și mai concentrat. Unii, din păcate, nu reușesc să fie rezilienți față de problemele familiale și astfel, traiectoria lor educațională conduce la insucces școlar, nereușită, abandon.

O altă categorie de probleme, cele cu care copilul s-a obișnuit până la etapa școlarizării (sărăcia, o deficiență/ boală/ dizabilitate) fac dificilă adaptarea copiilor la sistemul de învățământ. Această inadaptare la cerințele educaționale ale școlii, conduce mai devreme sau mai târziu la eșec/ abandon școlar.

Familia, dascălii, dar mai ales specialiștii din școală (asistentul social, consilierul școlar, psihologul, logopedul) au un rol deosebit de important în ameliorarea și/ sau rezolvarea acestor probleme.

În școlile din România se simte o nevoie acută de personal specializat, de colaborare între membrii echipei multidisciplinare și familie cu scopul de a îmbunătăți activitatea școlară a copiilor care provin din familii cu probleme și de a reduce efectele negative pe care le au acestea asupra conduitei elevilor și a rezultatelor lor la învățătură.

Asistentul social școlar nu are sarcini doar în ceea ce privește activitățile cu copiii (activități de consiliere, voluntariat), ci este liantul dintre cele două medii ale copilului: școala și casa. El depistează problemele sociale cu care se confruntă familiile și se poate implica activ în rezolvarea acestor probleme care influențează negativ activitatea școlară a copiilor prin: identificarea și eliminarea barierelor învățării, supravegherea respectării drepturilor copilului acasă și la școală, menținerea relației familie- școală, servicii de consiliere a elevilor și/ sau părinților, îndrumarea părinților spre instituții care furnizează servicii sociale, specializate în protecția drepturilor copilului, integrarea copiilor cu CES în sistemul de învățământ, etc.

La final aș vrea să trasez câteva propuneri pentru reducerea/ diminuarea efectelor negative ale problemelor sociale asupra activității școlare a copiilor:

- înființarea serviciilor de tip social în fiecare unitate școlară și prezența unui asistent social în echipa multidisciplinară a școlii;
- parteneriate publice- private/ publice- publice între instituțiile specializate și responsabile pentru protecția drepturilor copilului;
- necesitatea unor servicii de tip afterschool social, la activitățile cărora să participe toți elevii care înregistrează insuccese școlare, eșec sau se află în risc de abandon școlar;
- aplicarea modelelor de bune practice ale altor state;
- măsuri de combatere a sărăciei și a excluziunii sociale.

Bibliografie

- Buzducea, D. (2009). Sisteme moderne de asistență socială. Iași: Polirom.
- Buzducea, D. (2017). Asistența socială- Compendiu de istorie, teorie și practică. Iași: Polirom.
- Dumitru, Al. I. (2001). Psihologia educației. Timișoara: Editura Mirton.
- Goian, C. (2004). Deprinderi în asistența socială. Iași: Institutul European.
- Mihai, S.L. (2007). Tulburarea hiperkinetică cu deficit de atenție (ADHD). Revista de asistență socială. Nr. 4/ 2007. Pp 59- 64.
- Neagu, G., Stoica, L. (2004). Factori de risc privind accesul la educație al copiilor din familii sărace. Revista de asistență socială. Nr. 2-3/ 2004. Pp 69-79.
- Neamțu, C. (2011). Specificul asistenței sociale în școală. În Neamțu, G. (coord.) Tratat de asistență socială. Ediția a II-a. Pp. 997-1043. Iași: Polirom.
- Nistor, G. (2012). Asistența socială și consilierea în școală. În Dumitrașcu, H. (coord.) Consilierea în asistența socială. Pp. 241- 267. Iași: Polirom.
- Oșvad, C. (2010). Familia copilului cu dizabilități: aspecte privind calitatea vieții. În Buzducea, D. (coord.) Asistența socială a grupurilor de risc. Pp 181-196. Iași: Polirom.
- Preda, M. (1999). Grupuri sociale ignorate/ excluse de politicile sociale în România. În Zamfir, C. (coord.) Politici sociale în România. Pp.301-342. București: Editura Expert.
- Preda, M. (coord.) (2009). Riscuri și inechități sociale în România. Iași: Polirom.
- Ungureanu, D. (1999). Fundamentele educației. Timișoara: Editura Mirton.
- Vlăsceanu, L. (2011). Familii și relații de rudenie. În Vlăsceanu, L. (coord.) Sociologie. Pp. 645-675. Iași: Polirom.
- Zamfir, E. (1995). Sărăcia: teorii și factori. În Zamfir, E., Zamfir C. (coord.) Politici sociale- România în context european. Pp 31-47. București: Editura Alternative.
- <http://www.cseibrasov.ro/resurse/cabinet-de-asistenta-sociala/>, accesat la 26 iunie 2018

Editor in chief:

Cosmin GOIAN

Phone: (+40) 0744 810 318

E-mail: cosmin.goian@e-uvv.ro

Adress: Blvd. Vasile Pârvan, No. 4, 300233, Timisoara, Timis, Romania

ISSN 2668-3512

ISSN-L 2668-3512



Empirical Research in Social Work and Sociology

Editura Universității de Vest din Timișoara