

**UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION CREANGĂ” DIN
MUNICIPIUL CHIȘINĂU**

Cu titlu de manuscris
C.Z.U.: 316.6:316.356.2(043.3)

HARAZ SVETLANA

**PREVENIREA EXCLUZIUNII SOCIALE A PĂRINȚILOR CARE AU ÎN
GRIJA LOR COPII CU DIZABILITĂȚI**

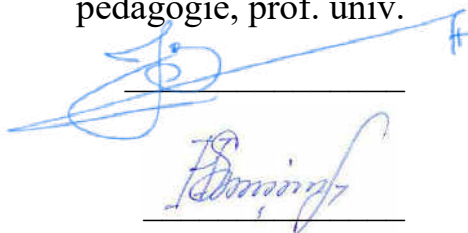
511.03 – PSIHLOGIE SOCIALĂ

Teză de doctor în psihologie

Conducător științific: Șleahtițchi Mihail,

dr. hab. în psihologie, dr. în
pedagogie, prof. univ.

Autor: Haraz Svetlana



CHIȘINĂU, 2024

© Haraz Svetlana, 2024

CUPRINS

ADNOTARE	5
АННОТАЦИЯ	5
ANNOTATION.....	7
LISTA TABELELOR	8
LISTA FIGURILOR.....	9
LISTA ABREVIERILOR.....	12
INTRODUCERE	13
1. ARGUMENTAREA TEORETICĂ A FENOMENULUI EXCLUZIUNII SOCIALE ÎN CONTEXTUL DIZABILITĂȚII	24
1.1. Itinerarul istoric al conceptului „excluziune socială”	24
1.2. Teorii explicative cu privire la excluziunea socială	30
1.3. Congruențe psiho-sociale între excluziunea socială și dizabilitate	40
1.4. Reziliența familiei copilului cu dizabilități ca strategie de prevenire a excluziunii sociale	46
1.5. Concluzii la Capitolul 1.....	53
2. INTERDEPENDENȚA HETEROEXCLUZIUNII ȘI AUTOEXCLUZIUNII SOCIALE PRIN DIZABILITATE (CERCETARE EXPERIMENTALĂ DE CONSTATARE)	55
2.1. Designul experimental și descrierea metodelor cercetării.....	55
2.2. Distanța socială ca indiciu al excluziunii sociale a părinților care au în grija lor copii cu dizabilități.....	64
2.3. Atitudinile sociale în raport cu părinții care au în grija lor copii cu dizabilități	73
2.4. Condiții psihoindividuale ale autoexcluziunii familiei care are în grijă copil cu dizabilitate	80
2.5. Concluzii la Capitolul 2.....	95
3. METODOLOGIA DE PREVENIRE A EXCLUZIUNII PRIN PROGRAMUL DE DEZVOLTARE A ABILITĂȚILOR DE PARTICIPARE SOCIALĂ CA PREMISE ALE INCLUZIUNII	98
3.1. Fundamentarea științifico-practică a programului și metodologia experimentului formativ	98
3.2. Metodologia și implementarea programului de dezvoltare a abilităților de participare socială pentru prevenirea excluziunii părinților copiilor cu dizabilități.....	111

3.3. Evaluarea impactului programului de dezvoltare a abilităților de participare socială: analiza comparativă a rezultatelor experimentale	128
3.4. Concluzii la capitolul 3	142
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI.....	144
BIBLIOGRAFIE	152
ANEXE	184
Anexa 1. Analize teoretice ale fenomenului excluderii sociale	184
Anexa 2. Metode și instrumente utilizate în cercetare	191
Anexa 3. Calcule statistice în cercetarea de constatare	203
Anexa 4. Calcule statistice în cercetarea experimentului formativ	223
Anexa 5. Metodologia de prevenire a excluderii (Programul ARCA -scurtă prezentare)	225
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII	240
CV EUROPASS	241

ADNOTARE

Haraz Svetlana, Prevenirea excluziunii sociale a părinților care au în grija lor copii cu dizabilități.

Teză de doctor în psihologie, Chișinău, 2024

Structura tezei: introducere, 3 capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografia din 363 titluri, 5 anexe, 147 de pagini de text de bază, 52 de figuri, 18 tabele. Rezultatele obținute sunt publicate în 26 de lucrări științifice.

Cuvinte-cheie: excluziune socială, grupuri dezavantajate prin excluziune, părinți ai copilului cu dizabilități, heteroexcluziune, autoexcluziune, niveluri sociale, macrosistem, mezosistem, microsistem, emoții autoreferențiale, modelul 4D etc.

Scopul lucrării: analiza excluziunii sociale a părinților care au în grijă copii cu dizabilități, prin considerarea complexității factorilor la nivel macrosocial, mezosocial și microsocal, în vederea elucidării naturii bilaterale a fenomenului (heteroexcluziune și autoexcluziune), precum și în elaborarea, aplicarea și validarea unei metodologii de prevenire a excluziunii prin dezvoltarea abilităților de participare socială ca premise pentru incluziune.

Obiectivele cercetării: cercetarea teoretică a fenomenului excluziunii sociale, definirea acestuia cu considerarea naturii bilaterale (heteroexcluziune și autoexcluziune), elaborarea modelului congruenței dintre dizabilitate și excluziunea socială, și încadrarea familiei care are în grijă copii cu dizabilități în categoria „grup dezavantajat prin dizabilitate”; elaborarea modelului de operaționalizare a variabilelor care prezintă conținutul excluziunii sociale a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate la nivelurile macrosocial, mezosocial și microsocal; proiectarea și realizarea experimentului de constatare pentru identificarea conținutului excluziunii sociale a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate, determinarea caracterului atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială, raportat la tonalitatea afectivă a emoțiilor referențiale și influențat de locul controlului părinților care au în grija lor copii cu dizabilități; elaborarea, aplicarea și validarea metodologiei de prevenire a excluziunii sociale prin dezvoltarea abilităților de participare socială ale părinților copiilor cu dizabilități ca premise ale incluziunii sociale; elaborarea recomandărilor în vederea consolidării eforturilor de prevenire a excluziunii părinților care au în grija lor copii cu dizabilități prin considerarea complexității factorilor manifestați la nivelurile macrosocial, mezosocial și microsocal.

Noutatea și originalitatea științifică constau în investigarea, pentru prima dată în Republica Moldova, a excluziunii sociale a părinților copiilor cu dizabilități din perspectiva bilaterală (heteroexcluziune și autoexcluziune). Studiul evidențiază impactul autoexcluziunii, manifestat prin distanțarea socială, non-participarea la viața comunității și tonalitatea negativă a emoțiilor autoreferențiale. De asemenea, s-a elaborat o definiție a autoexcluziunii și s-a validat o paradigmă experimentală de intervenție psihosocială pentru reducerea acesteia.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice importante: construirea unui model al excluziunii sociale, care integrează conexiunile subsistemelor familiale și bilateralitatea excluziunii, adaptat la contextul Republicii Moldova. De asemenea, a fost elaborată, aplicată și validată o metodologie de prevenire a excluziunii, bazată pe dezvoltarea abilităților de reziliență și comunicare asertivă, ca intervenție psihosocială pentru părinții copiilor cu dizabilități, metodologie validată prin reducerea tendințelor de autoexcluziune și creșterea participării sociale.

Semnificația teoretică a investigației constă în definirea fenomenului „excluziune socială” și clarificarea teoriilor relevante, incluzând teoria responsabilă a excluziunii sociale, care subliniază rolul sursei și țintei excluziunii. Studiul stabilește importanța capacității de „apropiere socială” și a atitudinilor față de abilitățile necesare participării în comunitate pentru incluziunea socială. De asemenea, evidențiază rolul emoțiilor autoreferențiale în tendința de autoexcluziune, ancorată în relația socio-psihologică mamă-copil.

Valoarea aplicativă. Conceptul de excluziune socială propus în lucrare poate fi aplicat diverselor grupuri dezavantajate (vârstă, statut economic, gen, etnie, religie, minorități sexuale). Teoria responsabilă extinde cadrul cercetărilor privind excluziunea bilaterală (hetero- și autoexcluziune). Modelul congruenței dintre excluziune și dizabilitate oferă soluții pentru reinterpretarea excluziunii familiei în contextul dizabilității, subliniind rolul subsistemelor sociale. Clarificarea rolului rezilienței arată cum adaptarea la dizabilitate și participarea socială pot fi facilitate prin reducerea emoțiilor autoreferențiale. Programul ARCA poate fi adaptat și pentru alte grupuri dezavantajate, oferind o metodologie eficientă pentru prevenirea excluziunii și promovarea incluziunii.

Aprobarea și implementarea rezultatelor: rezultatele obținute au fost utilizate în activitățile didactice și extra curriculare desfășurate cu studenții din cadrul ULIM de la Facultatea Științe Sociale și ale Educației: în cadrul predării cursurilor „ Protecția persoanelor cu dizabilități: modele și practici”, „Incluziunea socială - teorie și aplicații”, în activități de formare pentru asistenți personali, asistenți sociali și echipe multidisciplinare din Direcțiilor de Asistență Socială din zonele geografice menționate în cercetare; în cadrul proiectelor în care am participat în calitate de expert/formator/supervizor.

АННОТАЦИЯ

Хараз Светлана, Предотвращение социальной эксклюзии родителей, имеющих на попечении детей с ограниченными возможностями. Диссертация на соискание степени доктора психологии, Кишинэу, 2024

Структура диссертации: диссертация состоит из Введения, трех глав, общих выводов и рекомендаций, библиографии из 363 наименований, 5 приложений, 147 страниц основного текста, 52 рисунка и 18 таблиц. Результаты исследования опубликованы в 26 научных трудах.

Ключевые слова: социальная эксклюзия, родители ребенка с инвалидностью, группы находящиеся в неблагоприятном положении из-за инвалидности, гетероэксклюзия, самоэксклюзия, социальные уровни, макросистема, мезосистема, микросистема, самореферентные эмоции, 4D-модель и др.

Цель научной работы: анализ социальной эксклюзии родителей, имеющих на попечении детей с инвалидностью, путем рассмотрения сложности факторов на макросоциальном, мезосоциальном и микросоциальном уровнях, с целью выявления двусторонней природы этого явления (гетероэксклюзия и самоэксклюзия), а также разработка, внедрение и валидация методологии предотвращения социальной эксклюзии через развитие навыков социального участия как основы для инклюзии.

Задачи исследования: теоретическое исследование феномена социальной эксклюзии, его определение с учётом двусторонней природы (гетероэксклюзия и самоэксклюзия), разработка модели конгруэнтности между инвалидностью и социальной эксклюзией, а также включение семьи, воспитывающей детей с инвалидностью, в категорию «группы, находящейся в неблагоприятном положении»; разработка модели операционализации переменных, которые отражают содержание социальной эксклюзии на макро-, мезо- и микросоциальных уровнях, выявление характера отношения к навыкам социального участия, а также влияния самореферентных эмоций и локуса контроля родителей, имеющих детей с инвалидностью; проектирование и проведение констатирующего эксперимента, направленного на исследование социальной эксклюзии данных групп; разработка, внедрение и валидация методологии предотвращения социальной эксклюзии через развитие навыков социального участия родителей как предпосылки для социальной инклюзии; разработка рекомендаций для усиления мер по предотвращению эксклюзии родителей детей с инвалидностью с учётом многоуровневых факторов.

Новизна и научная значимость заключаются в том, что впервые в Республике Молдова исследована социальная эксклюзия родителей детей с ограниченными возможностями с двусторонней точки зрения (гетероэксклюзия и самоэксклюзия). Подчёркнуто влияние самоэксклюзии, выраженное в социальном дистанцировании, неучастии в жизни общества и негативной тональности самореферентных эмоций. Разработано определение самоэксклюзии и подтверждена экспериментальная парадигма психосоциального вмешательства.

Полученные результаты, способствующие решению важной научной проблемы: было достигнуто посредством модели эксклюзии с учетом взаимосвязи подсистем и двусторонней природы феномена, адаптированной к контексту Республики Молдова; была разработана, применена и апробирована методология предотвращения изоляции, основанная на развитии навыков жизнестойкости и ассертивного общения, в качестве психосоциального вмешательства для родителей детей с ограниченными возможностями, методология, валидированная за счет снижения тенденций самоисключения и повышения социального участия.

Теоретическая значимость заключается в определении феномена «социальной эксклюзии» и разьяснении теорий, включая теорию отзывчивого исключения, которая подчёркивает роль источника и цели эксклюзии. Исследование также подчёркивает роль самореферентных эмоций в тенденции самоэксклюзии, закреплённой в отношениях матери и ребёнка.

Практическая значимость. Предложенная концепция социальной эксклюзии может быть применена ко всем социально уязвимым группам населения (по возрасту, экономическому уровню, социальному статусу, полу, этнической принадлежности, религии, сексуальной ориентации и т.д.). Модель конгруэнтности исключения и ограниченных возможностей обеспечивает интегрированную перспективу, подчеркивая роль социальных подсистем в психосоциальной поддержке. Важность резильентности семьи увеличивает шансы на адаптацию и социальное участие за счет снижая самореферентных эмоции и способствуя принятию ребёнка с ограниченными возможностями. Методика предотвращения эксклюзии имеет универсальное применение.

Внедрение научных результатов: полученные результаты были использованы в дидактических и внеклассных мероприятиях, проводимых со студентами ULIM, Факультета социальных наук и образования: в рамках курсов «Защита людей с ограниченными возможностями: модели и практики», «Социальная инклюзия – теория и практика», в учебных мероприятиях для персональных ассистентов, социальных ассистентов и многопрофильных групп в департаментах социальной помощи; в рамках проектов, в которых участвовала в качестве эксперта/тренера/супервайзера.

ANNOTATION

Haraz Svetlana, Preventing social exclusion of parents who have children with disabilities in their care. PhD Thesis in psychology, Chisinau, 2024

The structure of the thesis: Introduction, 3 chapters, general conclusions and recommendations, bibliography of 363 titles, 5 appendices, 147 pages of basic text, 52 figures, 18 tables. The obtained results are published in 26 scientific papers.

Keywords: social exclusion, groups disadvantaged by exclusion, parents of the child with disabilities, heteroexclusion, self-exclusion, social levels, macrosystem, mesosystem, microsystem, self-referential emotions, the 4D model, etc.

The purpose of the work: analyze the social exclusion of parents who care for children with disabilities by considering the complexity of factors at the macrosocial, mesosocial, and microsocial levels, in order to the bilateral nature of the phenomenon (heteroexclusion and self-exclusion), as well as developing, implementing, and validating a methodology for preventing exclusion through the development of social participation skills as a premise for inclusion.

The objectives of the work: theoretical research on the phenomenon of social exclusion, defining it by considering its bilateral nature (heteroexclusion and self-exclusion), developing a model of congruence between disability and social exclusion, and classifying families caring for children with disabilities as a "group disadvantaged by disability"; developing a model for operationalizing variables that reflect the content of social exclusion of groups disadvantaged by disability at the macrosocial, mesosocial, and microsocial levels; designing and conducting a baseline experiment to identify the content of social exclusion in groups disadvantaged by disability, determining attitudes towards the skills that ensure social participation, considering the affective tone of referential emotions and influenced by the locus of control of parents caring for children with disabilities; developing, implementing, and validating a methodology for preventing social exclusion by enhancing the social participation skills of parents of children with disabilities as a foundation for social inclusion; and formulating recommendations to strengthen efforts in preventing the exclusion of parents caring for children with disabilities, considering the complexity of factors manifested at the macrosocial, mesosocial, and microsocial levels.

Scientific novelty and originality lie in the investigation, for the first time in the Republic of Moldova, of the social exclusion of parents of children with disabilities from a bilateral perspective (heteroexclusion and self-exclusion). The study highlights the impact of self-exclusion, manifested through social distancing, non-participation in community life, and the negative tone of self-referential emotions. A definition of self-exclusion was developed, and an experimental paradigm of psychosocial intervention for reducing these tendencies was validated.

Results contributing to the solution of an important scientific problem: the construction of a social exclusion model that integrates family subsystem connections and the bilateral nature of exclusion, adapted to the context of the Republic of Moldova. Additionally, a methodology for preventing exclusion was developed, applied, and validated, based on enhancing resilience and assertive communication skills as a psychosocial intervention for parents of children with disabilities. This methodology was validated through the reduction of self-exclusion tendencies and the enhancement of social participation.

Theoretical significance lies in defining the phenomenon of "social exclusion" and clarifying relevant theories, including the responsive exclusion theory, which emphasizes the role of the source and target of exclusion. The study also highlights the role of self-referential emotions in the tendency toward self-exclusion, particularly within the mother-child relationship.

Practical significance: The proposed concept of social exclusion is applicable to all socially disadvantaged groups (based on age, economic status, social status, gender, ethnicity, religion, sexual orientation, etc.). The model of congruence between exclusion and disability provides an integrated perspective, emphasizing the role of social subsystems in psychosocial support. The importance of family resilience increases the chances of adaptation and social participation by reducing negative emotions and promoting the acceptance of disability. The exclusion prevention methodology has universal applicability.

Approval and implementation of the results: The results have been used in the teaching and extracurricular activities conducted with students at ULIM's Faculty of Social and Educational Sciences, in courses such as "Protection of People with Disabilities: Models and Practices" and "Social Inclusion: Theory and Applications." The findings have also been incorporated into training activities for personal assistants, social workers, and multidisciplinary teams within the Social Assistance Departments of the geographical areas mentioned in the research. Additionally, the results have been applied in projects where the author participated as an expert/trainer/supervisor.

LISTA TABELELOR

Tabelul 1.1. Definiții ale conceptului „excluziune socială”	26-27
Tabelul 1.2. Abordări psihologice și sociologice ale stigmatizării pe patru categorii (adaptat după Matthew C.)	33
Tabelul 2.1. Distribuirea eșantionului total al cercetării conform criteriilor socio-demografice	62-63
Tabelul 3.1. Congruențe dintre teoriile explicative și Modelul 4D	103-104
Tabelul 3.2. Eșantionul experimentului de formare	107-108
Tabelul 3.3. Trecerea de la schimbarea bazată pe deficit la schimbarea pozitivă (adaptat după Whitney, D. și Trosten-Bloom (2010))	112
Tabelul 3.4. Compararea mediilor calculate retest pentru intensitatea emoțiilor autoreferențiale ale subiecților din grupurile experimental și de control	129
Tabelul 3.5. Compararea mediilor calculate test-retest pentru intensitatea emoțiilor autoreferențiale ale subiecților din grupul experimental	130
Tabelul 3.6. Compararea mediilor calculate test-retest pentru intensitatea emoțiilor autoreferențiale ale subiecților din grupul de control	131
Tabelul 3.7. Compararea mediilor calculate retest pentru distanțele sociale în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate ale subiecților din grupurile experimental și de control	132
Tabelul 3.8. Compararea mediilor calculate test-retest pentru distanțele sociale în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate ale subiecților din grupul experimental	133
Tabelul 3.9. Compararea mediilor calculate test-retest pentru distanțele sociale în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate ale subiecților din grupul de control	134
Tabelul 3.10. Compararea mediilor calculate retest pentru atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor adulte și copiilor cu dizabilități ale subiecților din grupurile experimental și de control	136
Tabelul 3.11. Compararea mediilor calculate retest pentru atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială a taților și mamelor copiilor cu dizabilități ale subiecților din grupurile experimental și de control	137
Tabelul 3.12. Compararea mediilor calculate test-retest pentru atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor adulte și copiilor cu dizabilități ale subiecților din grupul experimental	138
Tabelul 3.13. Compararea mediilor calculate test-retest pentru atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor adulte și copiilor cu dizabilități ale subiecților din grupul de control	140
Tabelul 3.14. Compararea mediilor calculate test-retest pentru atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială a taților și mamelor copiilor cu dizabilități pentru grupul experimental	148
Tabelul 3.15. Compararea mediilor calculate test-retest pentru atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială a taților și mamelor copiilor cu dizabilități pentru grupul de control	142

LISTA FIGURILOR

Fig.1.1. Modelul congruenței excluziunii sociale și dizabilității	45
Fig. 2.1. Modelul variabilelor cercetării experimentale de constatare	57
Fig. 2.2. Structura eșantionului cercetării conform criteriilor regiunea geografică și mediul de reședință	62
Fig. 2.3. Valoarea medie calculată a distanței sociale cu grupurile dezavantajate	65
Fig. 2.4. Distanțe sociale sau nivel al heteroexcluziunii sociale a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate de către respondenții din Lotul 1	66
Fig. 2.5. Distanțe sociale sau nivel al autoexcluziunii sociale a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate de către respondenții din Lotul 2	67
Fig. 2.6. Valoarea medie calculată a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru respondenții de sex masculin și feminin	69
Fig. 2.7. Valoarea medie calculată a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru respondenții de diverse vârste	69
Fig. 2.8. Valoarea medie calculată a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru respondenții din medii de reședință rural și urban	70
Fig. 2.9. Valoarea medie calculată a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru respondenții cu nivel diferit de studii	70
Fig. 2.10. Valoarea medie calculată a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru respondenții angajați sau neangajați în câmpul muncii	71
Fig. 2.11. Valoarea medie calculată a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru respondenții cu statut civil diferit	72
Fig. 2.12. Valoarea medie calculată a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru respondenții cu statut economic diferit	72
Fig. 2.13. Valoarea medie calculată a atitudinilor față de persoanele adulte cu dizabilități ale respondenților din Loturile 1 și 2	74
Fig. 2.14. Valoarea medie calculată a atitudinilor față de tații copiilor cu dizabilități ale respondenților din Loturile 1 și 2	75
Fig. 2.15. Valoarea medie calculată a atitudinilor față de mamele copiilor cu dizabilități ale respondenților din Loturile 1 și 2	76
Fig. 2.16. Valoarea medie calculată a atitudinilor față de copiii cu dizabilități ale respondenților din Loturile 1 și 2	77
Fig. 2.17. Valoarea medie calculată a atitudinilor față de familia care are în grijă copii cu dizabilități ale respondenților din Loturile 1 și 2	79
Fig. 2.18. Curba distribuției valorilor emoțiilor autoreferențiale ale părinților	81
Fig. 2.19. Distribuția valorilor în funcție de emoțiile autoreferențiale	82
Fig. 2.20. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități	83
Fig. 2.21. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale taților și mamelor care au în grijă copii cu dizabilități	83
Fig. 2.22. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților de vârste diferite care au în grijă copii cu dizabilități	84
Fig. 2.23. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități din medii de reședință diferite	85
Fig. 2.24. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități cu nivel de studii diferit	85
Fig. 2.25. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități angajați sau neangajați în câmpul muncii	85
Fig. 2.26. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților cu statut marital diferit care au în grijă copii cu dizabilități	86

Fig. 2.27. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților cu statut socio-economic diferit care au în grijă copii cu dizabilități	87
Fig. 2.28. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților cu număr de copii diferit care au în grijă copii cu dizabilități	88
Fig. 2.29. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități de sexe diferite	88
Fig. 2.30. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități de vârste diferite	89
Fig. 2.31. Distribuția părinților care au în grijă copii cu dizabilități conform locului controlului	92
Fig. 2.32. Influența caracteristicilor socio-demografice ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități asupra locului controlului	92
Fig. 2.33. Influența locului controlului părinților care au în grijă copii cu dizabilități asupra distanțelor sociale adoptate	93
Fig. 2.34. Valoarea medie calculată a atitudinilor față de capacitățile care asigură participarea socială a persoanelor din grupurile dezavantajate de dizabilitate ale respondenților din Lotul 2 cu locul controlului extern și intern	94
Fig. 2.35. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități cu locul controlului extern și intern	94
Fig. 3.1. Modelul celor 4D	101
Fig. 3.2. Valoarea medie calculată a distanței sociale cu grupurile dezavantajate – rezultate test pentru grupurile experimental și de control	108
Fig. 3.3. Valoarea medie calculată a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor adulte și copiilor cu dizabilități pentru grupurile experimental și de control	109
Fig. 3.4. Valoarea medie calculată a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea	110
Fig. 3.5. Valoarea medie calculată a emoțiilor autoreferențiale pentru grupurile experimental și de control	111
Fig. 3.6. Valoarea medie calculată retest a emoțiilor autoreferențiale pentru grupurile experimental și de control	128
Fig. 3.7. Valoarea medie calculată test-retest a emoțiilor autoreferențiale pentru grupul experimental	129
Fig. 3.8. Valoarea medie calculată test-retest a emoțiilor autoreferențiale pentru grupul de control	130
Fig. 3.9. Valoarea medie calculată retest a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru grupurile experimental și de control	131
Fig. 3.10. Valoarea medie calculată test-retest a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru grupul experimental	132
Fig. 3.11. Valoarea medie calculată test-retest a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru grupul de control	133
Fig. 3.12. Valoarea medie calculată retest a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor adulte și copiilor cu dizabilități pentru grupurile experimental și de control	134
Fig. 3.13. Valoarea medie calculată retest a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a taților și mamelor copiilor cu dizabilități pentru grupurile experimental și de control	136
Fig. 3.14. Valoarea medie calculată test-retest a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor adulte și copiilor cu dizabilități pentru grupul experimental	138

Fig. 3.15. Valoarea medie calculată test-retest a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor adulte și copiilor cu dizabilități pentru grupul de control	139
Fig. 3.16. Valoarea medie calculată test-retest a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a taților și mamelor copiilor cu dizabilități pentru grupul experimental	140
Fig. 3.17. Valoarea medie calculată test-retest a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a taților și mamelor copiilor cu dizabilități pentru grupul de control	141

LISTA ABREVIERILOR

- 4D - Discovery, Dream, Design, Destiny
- AI - Appreciative Inquiry
- ANOVA- Analysis of variance
- ARCA - Abilități de Reziliență și Comunicare Asertivă
- BPT - Behavioral Parent Training
- B-SEM -Bristol Social Exclusion Matrix
- CD - Copilul cu dizabilități
- CDPD - Convenția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități
- DGASPF - Direcția Generală Asistență Socială și Protecție a Familiei
- FAAR - The Family Adjustment and Adaptation Response
- GC – Grup de control
- GE – Grup experimental
- IDS – Indicile Distanței Sociale
- MCD – Mama copilului cu dizabilități
- ONU – Organizația Națiunilor Unite
- OSD - Diferențialul Semantic
- PAD -Persoanele adulte cu dizabilități
- PMT - Parent Management Training
- SD- Semantic Differential
- SDS - Scalei distanței sociale
- TCD – Tatăl copilului cu dizabilități
- TFUE -Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene
- TGS -Teoria Generală a Sistemelor
- TOSCA - Test of Self-Conscious Affect (Testului afectelor care implică sinele)
- UE – Uniunea Europeană
- UNICEF – United Nations Children's Fund (Fondul Națiunilor Unite pentru Copii)
- UPIAS -Union of the Physically Impaired Against Segregation

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța problemei abordate. Conform datelor furnizate de UNICEF în 2022, aproximativ 15% din populația globală, adică peste un miliard de oameni, prezintă o formă de dizabilitate, inclusiv circa 240 de milioane de copii [339; 338]. În cadrul Uniunii Europene, se estimează că există aproximativ 100 de milioane de persoane cu dizabilități, dintre care 28,7% trăiesc în sărăcie și se confruntă cu excluziunea socială [208].

În Republica Moldova, situația este la fel de alarmantă. Din totalul de 539,4 mii de copii cu vârste între 0-17 ani, 1,6 mii au fost diagnosticați cu dizabilitate primară la începutul anului 2023, iar 57,5% dintre aceștia provin din mediul rural. La 1 ianuarie 2023, 10,9 mii de copii cu dizabilități beneficiau de alocații sociale de stat, majoritatea având dizabilități severe, medii sau ușoare. Valoarea medie lunară a alocației era de 1542,0 lei [8]. De asemenea, în 2021, 14% dintre gospodăriile din Moldova includeau cel puțin o persoană cu dizabilitate, majoritatea fiind adulți (94,2%), iar 5,8% copii [7]. Aceste date subliniază amploarea fenomenului dizabilității și impactul său asupra familiilor, un grup extrem de vulnerabil în fața provocărilor sociale actuale [128; 274].

Copiii cu dizabilități au dreptul de a trăi într-un cadru familial sau într-un mediu de tip familial din cadrul comunității. Conform Convenției Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități (CDPD) și Convenției cu privire la Drepturile Copilului, guvernele au obligația de a dezvolta programe de dezinstituționalizare, care să permită copiilor cu dizabilități să fie integrați în familiile lor, în familii extinse sau adoptive, cu scopul de a consolida îngrijirea alternativă bazată pe familie și de a le asigura un mediu familial sigur. Cu toate acestea, copiii cu dizabilități și familiile lor sunt adesea prinși într-un ciclu perpetuu de sărăcie și excluziune socială. Acest ciclu este alimentat de costurile suplimentare necesare îngrijirii copiilor cu dizabilități și de impactul acestor responsabilități asupra familiei. În multe cazuri, unul dintre părinți este nevoit să renunțe la locul de muncă pentru a oferi îngrijire copilului, ceea ce poate conduce la destrămarea familiei și la scăderea veniturilor sub pragul sărăciei [339].

Excluziunea socială afectează milioane de persoane care se străduiesc să supraviețuiască în condiții de viață și muncă extrem de dificile. Înțelegerea acestui fenomen presupune o analiză detaliată a surselor care îl abordează din punct de vedere conceptual, reflectând asupra relevanței, vizibilității sau invizibilității manifestărilor sale, a metodelor de măsurare și a riscurilor și consecințelor pe care le generează, în special în contextul dizabilității [116]. Deși există o înțelegere general acceptată a excluziunii sociale, manifestările acesteia variază considerabil între continente, regiuni și țări. În plus, strategiile de abordare a excluziunii diferă semnificativ la nivel global, iar la nivel individual, mișcările sociale, actorii socio-economici și factorii politico-administrativi nu acționează în mod coordonat [183].

Raportul global realizat de OMS și UNICEF în 2023, referitor la copiii cu dizabilități de dezvoltare, atrage atenția asupra riscurilor semnificative de excluziune socială cu care se confruntă părinții acestor copii. Inechitățile sociale la care sunt expuși frecvent atât copiii cu dizabilități, cât și familiile acestora, precum sărăcia, violența și discriminarea sistemică în domeniile educației și sănătății, agravează vulnerabilitatea lor, fiind adesea nedrepte și complet evitabile [358, p.18].

Același raport subliniază un alt aspect esențial al excluziunii sociale: stigmatizarea și marginalizarea părinților care îngrijesc copii cu dizabilități. Comunitățile perpetuează adesea prejudecăți negative care duc la devalorizare și la reacții emoționale adverse. Aceste etichete stigmatizante afectează profund atât copiii, cât și familiile lor. Copiii cu dizabilități sunt adesea percepuți ca fiind „defecți” sau „incapabili de participare”, iar atunci când aceste idei sunt internalizate, excluziunea devine și mai dificil de depășit [358, p.63-64].

Astfel, excluziunea socială afectează nu doar copiii, ci și părinții, limitându-le accesul la suport și diminuând sentimentul de apartenență la comunitate. Raportul subliniază necesitatea implementării unor politici și practici incluzive care să sprijine atât copiii cu dizabilități, cât și familiile acestora, asigurându-le o integrare echitabilă în societate. Aceste politici trebuie să fie centrate pe nevoile copilului și ale familiei, luând în considerare particularitățile și punctele forte ale fiecărei familii [358, p.41].

Prin urmare, analiza fenomenului excluziunii sociale a părinților care au în grijă copii cu dizabilități în contextul Republicii Moldova este de o relevanță deosebită, deoarece clarifică aspecte distincte care pot facilita identificarea soluțiilor pentru incluziunea socială a copilului și a familiei în societate.

Încadrarea temei în preocupările internaționale, naționale, zonale, ale colectivului de cercetare și în context inter- și transdisciplinar, prezentarea rezultatelor cercetărilor anterioare referitoare la tema aleasă. Ferguson P. subliniază că, în cadrul aceleiași societăți sau între culturi diferite, răspunsul social la dizabilitate și familie poate varia semnificativ, de la caz la caz, iar aceste variații nu sunt doar diverse, ci și constante de-a lungul timpului. Mai important decât substanța diferențelor este însă constanța schimbării. Acest lucru demonstrează dificultatea de a defini un profil singular al familiei unui copil cu dizabilități, având în vedere complexitatea politicilor și practicilor ce au evoluat de-a lungul generațiilor și culturilor [184]. Baxter C., Cummins R. A., Yiolitis L., Neely-Barnes S. L. și Dia D. A. susțin ideea conform căreia îngrijirea unui copil cu dizabilități induce o stare iminentă de stres și depresie în rândul părinților, mai ales al mamelor. Studiile realizate în ultimele trei decenii confirmă acest impact puternic al dizabilității copilului asupra stării psiho-emoționale a părinților [128; 274]. Lalvani P. și Polvere L. explică că suferința psihologică a părinților este deseori generată de dizabilitatea copiilor lor [236].

O sinteză a numeroase studii [16; 29; 72; 87; 89; 90; 93; 104; 107; 108; 109; 111; 114; 123; 127; 129; 131; 162; 164; 172; 175; 179; 188; 205; 210; 219; 253; 259; 272; 276; 286; 292; 309; 317; 345; 347; 352; 357; 360; 363] indică faptul că părinții copiilor cu dizabilități experimentează un dezechilibru emoțional profund, caracterizat prin stres cronic, frustrări, sentimente de vinovăție și rușine. De asemenea, aceștia pot manifesta o reacție de negare a dizabilității, iar experiența provocatoare cu care se confruntă este una extrem de complexă. Șleahțișchi M. și Gavriliță L. argumentează că, în majoritatea cazurilor, părinții trec printr-un „șoc” inițial, resimțind dezorientare, confuzie și descurajare, aceste reacții fiind adesea urmate de o fază de negare, cauzată de incapacitatea temporară de a accepta realitatea dizabilității [88, p.179]. Rusnac S. subliniază că mediul social contemporan menține numeroase bariere care perpetuează excluderea persoanelor cu dizabilități, definindu-le prin prisma incapacității și ineficienței, fie că este vorba de organizarea habitatului sau de evaluarea socială a acestora [79, p.21]. Perry A. observă că reacțiile familiilor sunt adesea foarte diferite: unele familii sunt copleșite de un copil cu o dizabilitate ușoară, în timp ce alte familii, cu copii mult mai grav afectați, reușesc să facă față situației într-un mod sănătos și chiar să găsească aspecte pozitive în această experiență [288, p.6]. Această diversitate a răspunsurilor familiale este un subiect important de cercetare în domeniul familiei. Dilion M., Prițcan V. și Cara A. susțin că imaginea reflectată de „oglinnda socială” – percepția celor din jur asupra individului – influențează în mod direct starea de bine sau, dimpotrivă, poate accentua izolarea și suferința [23, p.129]. Rusnac Virginia detaliază și aspectele economice cu care se confruntă familiile copiilor cu dizabilități, arătând că sărăcia le afectează în mod disproporționat. Lipsa resurselor financiare contribuie la excluziune socială, iar această excluziune agravează, la rândul ei, sărăcia, creând astfel un cerc vicios [82, p.6]. În acest context psihosocial, familia unui copil cu dizabilități se află într-un risc major de excluziune socială, generat de insecuritatea economică, lipsa sprijinului adecvat și sentimentele de rușine și vinovăție, care îi determină adesea pe părinți să se izoleze de comunitate.

O'grady A., P. Pleasence, N. J. Balmer, A. Buck și H. Genn [277] arată în cercetările lor că persoanele cu dizabilități senzoriale, în special cele cu deficiențe de vedere, sunt frecvent excluse din educație, locuri de muncă și din viața socială și comunitară. Munteanu P. afirmă că excluziunea socială a persoanelor cu dizabilități este rezultatul izolării acestora de restul societății, iar nivelul excluziunii este determinat de valorile și atitudinile societății față de dizabilitate, precum și de politicile sociale promovate. Iar atitudinile societății sunt influențate în mare parte de: a) modelele de abordare a dizabilității de către societate; b) politicile sociale promovate de către autoritățile publice și societatea civilă; c) gradul de participare a persoanelor cu dizabilități la viața politică, socială și economică a societății și d) imaginea promovată de către autorități, societate și mass media [60, p.116].

Manea L. evidențiază că „dizabilitatea” este unul dintre cele mai strâns legate concepte de cel de excluziune socială, subliniind că persoanele cu dizabilități sunt adesea plasate într-o poziție dezavantajată față de celelalte grupuri sociale [53, p.43]. Iar Malcoci L. adaugă că factorii care determină excluziunea socială la nivel comunitar includ discriminarea, lipsa accesibilității, sprijinul tehnologic insuficient și lipsa practicilor integrative. La nivel familial, așteptările mari, protecția excesivă și stigmatul contribuie la această excluziune, în timp ce, la nivel individual, sănătatea, încrederea în sine și accesul limitat la rețele de sprijin agravează izolarea persoanelor cu dizabilități [51, p.17].

Această diversitate de factori și perspective subliniază complexitatea fenomenului excluziunii sociale și evidențiază nevoia unei analize detaliate a impactului său asupra familiilor care îngrijesc copii cu dizabilități, pentru a identifica soluții eficiente de incluziune socială.

Abordări fundamentale teoretice și empirice necesare dezvoltării cercetării și obiectivelor propuse pentru înțelegerea spațiului specific al fenomenului excluziunii sociale [52; 53; 57; 60; 111; 117; 125; 126; 130; 132; 137; 142; 152; 153; 154; 158; 171; 174; 201; 221; 224; 229; 230; 235; 238; 239; 264; 281; 282; 295; 311; 315; 332; 99; 361; 362], în special a părinților care au în grija lor copii cu dizabilități [12; 29; 70; 88; 92; 94; 123; 128; 143; 157; 164; 169; 172; 175; 184; 190; 214; 236; 263; 272; 286; 334; 359], a atitudinilor sociale față de dizabilitate [10; 12; 17; 77; 91; 104; 110; 140; 159; 185; 186; 191; 193; 196; 210; 255; 283; 293; 308; 312; 313; 314; 362], a importanței comportamentului asertiv și a rezilienței [15; 32; 33; 37; 105; 121; 133; 136; 138; 141; 155; 161; 202; 217; 234; 237; 257; 259; 268; 273; 286; 304; 321; 328; 342; 343; 344; 354] sunt susținute de lucrări ale cercetătorilor autohtoni și străini.

Excluziunea socială, ca fenomen, a fost intens studiată de numeroși autori, care au identificat caracterul său multidimensional. De exemplu, Pocock D. F. [290] a considerat că dezbaterile despre incluziune și excluziune au modelat modul de a explica existența și poziționarea socială a grupurilor într-o societate structurată ierarhic. Printre cei care au explorat acest subiect se numără și Estivill J. [183], Durkheim E. [176], Weber M. [350], Allman D. [107], Burchard T. [154], Quirke J. [293], Klanfer J. [230], Bak Kronborg C. [120], Lenoir R. [239], Hammersley H. [208], Vougiouka A. [99], Thorat S. [332], Bergham M. [132], Barry B. [126], Bradshaw J. [142], Böhnke P. [140], Buchardt T. [153], Guildford J. [206], Sen A. [311], Atkinson A. [118], Duffy K. [174], Levitas R. [243], și Silver H. [316], care au oferit contribuții semnificative la definirea și înțelegerea acestui fenomen.

În spațiul românesc, excluziunea socială a devenit, de asemenea, o preocupare majoră pentru numeroși cercetători. Milicenco S. subliniază că problema excluziunii este una centrală în societatea contemporană, deși uneori este ignorată sau minimizată [57, p.242]. Negură P., în referirile sale la persoanele fără adăpost, observă că lipsa oportunităților de sociabilitate și de

construire a unui sistem de suport social echivalează cu consimțirea tacită a unei forme de excluziune, alături de cele deja existente [61, p.120]. Subiectul excluziunii sociale este tratat și de alți cercetători români, precum Malcoci L., Mocanu V., Călcâi Gh. [52], Manole A. [54], Zamfir C., Vlăsceanu L. [101], Arpinte D., Baboi A., Căce S. [3], Manea L. [53], Munteanu P. [60], Vaculovschi D., Vremeș M., și Craevschi-Toartă V. [98]. Contribuțiile acestora reflectă diversitatea și amploarea cercetării asupra excluziunii sociale, atât la nivel internațional, cât și în contextul național, oferind un cadru esențial pentru înțelegerea și abordarea acestui fenomen complex.

Excluziunea socială a fost o preocupare științifică încă din perioada lui Max Weber [350], care a introdus conceptul de „închidere socială” (*social closure*) pentru a explica acest fenomen. Cercetările recente subliniază tendința de a separa conceptele de excluziune socială și sărăcie, evidențiind aspectele distincte ale fiecăruia. Bruto da Costa [151] susține că sărăcia este un rezultat dinamic al procesului de excluziune socială, oferind astfel o clarificare importantă în definirea relației dintre aceste două fenomene.

Înțelegerea procesului de excluziune socială nu poate fi realizată în mod exhaustiv fără o analiză detaliată a interacțiunii dintre diversele sisteme sociale. Studiul teoriilor relevante a permis fundamentarea teoretică a excluziunii sociale în contextul dizabilității. Conform teoriei sistemelor ecologice propusă de Bronfenbrenner [149], există patru tipuri interconectate de sisteme de mediu care influențează individul: (1) macrosistemul, (2) exosistemul, (3) mezosistemul și (4) microsistemul. Grossman B. R. și Magaña S. [205] au extins această teorie printr-un model ecologic ce include persoana cu dizabilități, familia, comunitatea și politicile de stat și naționale, oferind un cadru conceptual pentru identificarea țintelor de schimbare la fiecare dintre aceste niveluri (vezi Anexa 1 A1.4).

Nivelurile sociale identificate în teoria sistemelor sunt, de asemenea, reflectate în abordările psihologice și sociologice ale stigmatizării [apud 258]. La nivel macro, sociologia analizează influențele structurale asupra excluziunii; la nivel mezo, psihologia socială și sociologia culturală studiază dinamica interacțiunilor dintre indivizi și grupuri, iar la nivel micro, psihologia se concentrează asupra percepțiilor și emoțiilor individuale. Caracteristicile excluziunii sociale sunt adesea asociate cu emoțiile autoreferențiale, cum ar fi rușinea și culpabilitatea, emoții ce reflectă conștiința de sine și autoreprezentarea individului [335].

Freedman Gili, Williams Kipling D., și Beer Jennifer S. [189] au propus teoria responsabilă a excluziunii sociale, subliniind necesitatea ca psihologii să abordeze fenomenul atât din perspectiva celor excluși (ținta), cât și din perspectiva celor care exclud (sursa). Această abordare bidimensională oferă o înțelegere mai profundă a dinamicii excluziunii sociale.

Deși cercetările privind excluziunea socială sunt ample, acestea se concentrează în principal asupra copilului cu dizabilități și procesului de incluziune a acestuia, ignorând adesea riscul de excluziune al părinților care îngrijesc acești copii. Familia, ca sistem social fundamental pentru copil, este profund afectată de dizabilitate, care perturbă echilibrul acesteia. În cadrul acestei lucrări, ne propunem să investigăm excluziunea socială a părinților prin prisma naturii sale bilaterale: heteroexcluziune (excluziunea impusă de societate) și autoexcluziune (excluziunea autoimpusă). Analiza noastră se va concentra pe relația dintre sursele excluziunii (populația generală) și țintele acesteia (părinții copiilor cu dizabilități), utilizând dimensiuni măsurabile precum distanța socială, emoțiile autoreferențiale și atitudinile față de abilitățile necesare participării sociale.

În realizarea acestei cercetări s-a ținut cont de prevederile politicilor sociale și actelor normative internaționale, regionale și naționale care stabilesc măsuri de incluziune socială, respectiv, de prevenire a excluziunii sociale. Dintre acestea, se remarcă Carta Socială Europeană revizuită [50], Propunerea de Regulament al Parlamentului European și al Consiliului privind Fondul Social European Plus (FSE+) din 2018/0206 (COD) [75], precum și Rezoluția Parlamentului European din 19 ianuarie 2017 privind un pilon european al drepturilor sociale [76]. De asemenea, „O Uniune a egalității: Strategia privind drepturile persoanelor cu handicap 2021-2030” [63] și Fișa descriptivă „Combaterea sărăciei, a excluziunii sociale și a discriminării” din cadrul Politicii sociale și de ocupare a forței de muncă a UE [65] reprezintă piloni importanți în abordarea incluziunii sociale a persoanelor cu dizabilități.

În realizarea cercetării s-a ținut cont de prevederile politicilor sociale și actelor normative internaționale, regionale și naționale care prevăd măsuri de incluziune socială, respectiv, de prevenire a excluziunii sociale: Carta socială europeană revizuită [50]; Propunere de Regulament al Parlamentului European și al Consiliului privind Fondul social european Plus (FSE+) din 2018/0206 (COD) [75]; Rezoluția Parlamentului European din 19 ianuarie 2017 privind un pilon european al drepturilor sociale [76]; O Uniune a egalității: Strategia privind drepturile persoanelor cu handicap 2021-2030 [63], Politica socială și de ocupare a forței de muncă UE, Fișa descriptivă „Combaterea sărăciei, a excluziunii sociale și a discriminării” [65].

La nivel național, Republica Moldova a ratificat Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități (CDPD) în 2010, un pas esențial în adoptarea măsurilor de incluziune socială. Aceasta este consolidată de Legea Republicii Moldova nr. 60 din 30.03.2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități [48], care reglementează cadrul legal pentru prevenirea excluziunii sociale. De asemenea, au fost adoptate acte normative importante, cum ar fi Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 314 din 23.05.2012 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Asistență personală”

și a Standardelor minime de calitate [40], precum și Hotărârea Guvernului nr. 413 din 14.06.2012 privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Respiro”, și a Standardelor minime de calitate a acestui serviciu [41]. Alte acte normative care susțin incluziunea socială includ Hotărârea Guvernului nr. 889 din 11.11.2013 privind organizarea și funcționarea Serviciului social de sprijin pentru familiile cu copii [43] și Hotărârea Guvernului nr. 723 din 08.09.2017 privind aprobarea Programului Național de Incluziune Socială a Persoanelor cu Dizabilități pentru anii 2017-2022 [42]. De asemenea, Acordul de Asociere cu Uniunea Europeană, ratificat prin Legea Republicii Moldova nr. 112 din 02.07.2014 [1], și Strategia Națională de Dezvoltare „Moldova 2030” [49], alături de Obiectivele de Dezvoltare Durabilă ale Agendei 2030, oferă un cadru integrat pentru abordarea incluziunii sociale.

Aceste instrumente și strategii internaționale și naționale sunt esențiale în consolidarea drepturilor persoanelor cu dizabilități și în asigurarea unei incluziuni sociale reale, prevenind riscul excluziunii sociale în Republica Moldova.

Analiza surselor bibliografice privind excluziunea socială a părinților copiilor cu dizabilități a scos la iveală câteva constatări esențiale:

1) Există un număr redus de cercetări care se axează direct pe familia copilului cu dizabilități, majoritatea studiilor fiind orientate preponderent spre copil.

2) Accentul predominant al cercetărilor este pus pe nevoile copilului, în timp ce părinții sunt văzuți, în principal, ca simpli îngrijitori, neglijând complexitatea rolului lor și impactul dizabilității asupra lor.

3) Excluziunea socială a părinților este abordată limitat, majoritatea studiilor concentrându-se pe reacțiile emoționale inițiale ale părinților la diagnostic, fără a explora în profunzime evoluția afectivă și comportamentală a acestora, care poate conduce la autoexcluziune.

4) Cercetările tind să investigheze acceptarea familiei din perspectiva percepției populației generale, mai degrabă decât din perspectiva familiei însăși și a abilităților sociale dezvoltate în cadrul acesteia.

5) Programele de sprijin pentru părinți sunt insuficiente și, în general, orientate aproape exclusiv spre facilitarea incluziunii copilului, neglijând nevoile emoționale și sociale ale părinților și contribuția lor la propria incluziune socială.

Aceste lacune evidențiază necesitatea extinderii cercetărilor și dezvoltării de programe care să abordeze excluziunea părinților copiilor cu dizabilități dintr-o perspectivă mai complexă și integrativă.

Astfel, **problema cercetării** rezidă în necesitatea definirii factorilor determinanți și a elucidării naturii bilaterale a excluziunii sociale (heteroexcluziune și autoexcluziune) a părinților

care au în grijă copii cu dizabilități, precum și în identificarea soluțiilor de prevenire a acestei excluziuni prin dezvoltarea abilităților de participare socială.

Scopul cercetării constă în analiza excluziunii sociale a părinților care au în grijă copii cu dizabilități, prin considerarea complexității factorilor la nivel macrosocial, mezosocial și microsocal, în vederea elucidării naturii bilaterale a fenomenului (heteroexcluziune și autoexcluziune), precum și în elaborarea, aplicarea și validarea unei metodologii de prevenire a excluziunii prin dezvoltarea abilităților de participare socială ca premise pentru incluziune.

Obiectivele cercetării. Atingerea scopului și verificarea ipotezelor cercetării va fi realizată prin următoarele obiective:

1) cercetarea teoretică a fenomenului excluziunii sociale, definirea acestuia cu considerarea naturii bilaterale (heteroexcluziune și autoexcluziune), elaborarea modelului congruenței dintre dizabilitate și excluziunea socială, și încadrarea familiei care are în grijă copii cu dizabilități în categoria „grup dezavantajat prin dizabilitate”;

2) elaborarea modelului de operaționalizare a variabilelor care prezintă conținutul excluziunii sociale a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate la nivelurile macrosocial, mezosocial și microsocal;

3) proiectarea și realizarea experimentului de constatare pentru identificarea conținutului excluziunii sociale a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate, determinarea caracterului atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială, raportat la tonalitatea afectivă a emoțiilor referențiale și influențat de locul controlului părinților care au în grija lor copii cu dizabilități;

4) elaborarea, aplicarea și validarea metodologiei de prevenire a excluziunii sociale prin dezvoltarea abilităților de participare socială ale părinților copiilor cu dizabilități ca premise ale incluziunii sociale;

5) elaborarea recomandărilor în vederea consolidării eforturilor de prevenire a excluziunii părinților care au în grija lor copii cu dizabilități prin considerarea complexității factorilor manifestați la nivelurile macrosocial, mezosocial și microsocal.

Ipoteza de fond a cercetării. Excluziunea socială a familiilor care au în grija lor copil/copii cu dizabilități se manifestă în confluența dintre heteroexcluziunea manifestată de populație în distanțe sociale și atitudini față de abilitățile care asigură participarea socială a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate, și autoexcluziunea părinților din lotul-țintă exprimată în autodistanțare și tonalitatea afectivă a emoțiilor autoreferențiale.

Sinteza metodologiei de cercetare și justificarea metodelor de cercetare alese. Metodologia cercetării este justificată de rezultatele teoretice-aplicative analizate și studiate în contextul fundamentării acestei lucrări care ne-au permis formularea următoarelor axiome: 1)

excluziunea socială este un fenomen multidimensional și multinivelar, într-o dinamică continuă în instaurarea și dezvoltarea sa; 2) excluziunea socială a părinților copiilor cu dizabilități nu prezintă un fenomen unilateral, prin natura sa bilaterală manifestându-se în heteroexcludere și autoexcludere; 3) prevenirea excluziunii părinților copiilor cu dizabilități este un proces cu mai multe variabile: macro- și exosistem sociale adaptate la nevoile dizabilității, mezo- și micro sisteme sociale participative și reziliente prin capacitățile psihosociale de adaptare, nanosistem social – cu referință la resursele interne subiective.

Metodele teoretice aplicate în cercetarea de față: metoda bibliografică, a documentării și sintezei științifice, a întrebărilor exploratorii și construirii modelului de operaționalizare a variabilelor cercetării.

Metodele empirice de colectare a datelor: ancheta demografică (chestionarul pentru respondenți care nu au în grija lor copii cu dizabilități (numiți în textul lucrării populație generală) și chestionarul pentru părinții care au în grija lor copii cu dizabilități), tehnica de apreciere subiectivă a atitudinilor față de familia copiilor cu dizabilități, întocmită exclusiv pentru cercetarea de față (Scala atitudinilor față de familiile care îngrijesc copil/copii cu dizabilități). Pentru a măsura indicele distanței sociale am folosit Scala distanței sociale (E. S. Bogardus), pentru cercetarea atitudinilor față de grupurile dezavantajate prin dizabilitate am aplicat Scala de evaluare semantică Diferențialul semantic (C. E. Osgood). Predispozițiile caracteristice vinovăției și rușinii (emoțiile autoreferențiale) au fost măsurate pe baza Testului afectelor care implică sinele (TOSCA, Tangney și colab.), aplicat doar în lotul părinților copiilor cu dizabilități. Pentru investigarea credințelor părinților copiilor cu dizabilități cu privire la cine controlează evenimentele importante din viața lor am folosit Testul Locus of control (locul controlului, Julien Rotter). În cadrul experimentului de control au fost aplicate doar trei metode: Testului afectelor care implică sinele (TOSCA), Scala distanței sociale (E. S. Bogardus), Scala de evaluare semantică Diferențialul semantic (C. E. Osgood).

Metode matematice și statistice: Pentru analiză statistică în cadrul experimentului de constatare și de control au fost utilizate metode de calcul statistic diferențial (calcularea frecvențelor, mediilor, cotelor procentuale, identificarea pragurilor valorice, a varianței de date, deviației și erorii standard) și inferențial, parametric și neparametric, folosite pentru prelucrarea datelor, interpretare cantitativă, calitativă și comparativă. În cadrul experimentului de constatare au fost folosite testele statistice t-Student – stabilirea diferenței mediilor pentru eșantioane independente, testul ANOVA - Bonferoni pentru compararea multiplă a mediilor, în studiul corelațional – testele de corelație parametrică Pearson și neparametrică – testul Kendall pentru investigarea asocierii de ordine între două caracteristici măsurate. În experimentul de control au

fost utilizate testele statistice Mann-Whitney U pentru eșantioane independente și Wilcoxon W, pentru eșantioane-pereche.

Cercetarea a fost realizată pe un eșantion constituit din 799 de respondenți (Lotul 1- populația generală- 588 persoane și Lotul 2 – părinți care au în grija lor copil/copii cu dizabilități -211 părinți), aria geografică de realizare a experimentului de constatare: Centrul Republicii Moldova – mun. Chișinău, localități urbane și rurale din raioanele Orhei, Călărași, Hîncești, Ialoveni; Nordul Republicii Moldova – mun. Bălți și raionul Florești; Sudul Republicii Moldova – raioanele Cimișlia și Cantemir.

Sumarul capitolelor tezei. Teza este constituită din introducere, 3 capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie, adnotare (în limba română, rusă și engleză) și 5 anexe. Textul lucrării este ilustrat prin intermediul a 52 de figuri și 18 tabele.

Introducerea prezintă actualitatea și importanța temei cercetate, încadrarea temei în preocupările internaționale, naționale, regionale, ale colectivului de cercetare, în context inter- și transdisciplinar, cu prezentarea rezultatelor cercetărilor studiate la tema acestei lucrări, problema de cercetare, scopul și obiectivele cercetării, ipoteza cercetării, sinteza metodologiei de cercetare și justificarea metodelor de cercetare alese, sumarul compartimentelor tezei.

În Capitolul 1 – Argumentarea teoretică a fenomenului excluziunii sociale în contextul dizabilității – se prezintă cadrul conceptual și principalele contribuții teoretice privind excluziunea socială. Primul subcapitol explorează conceptul de excluziune socială, oferind o trecere în revistă a evoluției istorice a definerii acestuia, diversitatea definițiilor din științele socio-comportamentale și socio-politice, și se finalizează cu o definiție proprie, elaborată pe baza analizei literaturii studiate. Următoarele subcapitole oferă o fundamentare teoretică a fenomenului studiat, prezentând teoriile explicative, congruențele psiho-sociale între excluziunea socială și dizabilitate, și evidențierea riscului de excluziune pentru familiile/părinții copiilor cu dizabilități, precum și strategiile de prevenire. Studiul teoretic se bazează pe cercetări din domeniu care au reflectat complexitatea și dinamica fenomenului excluziunii, amplificarea acestuia în contextul dizabilității, efectele majore asupra sistemului familial și specificitatea asociată grupurilor dezavantajate prin dizabilitate. Capitolul 1 se încheie cu concluziile formulate pe baza analizei teoretice și cu prezentarea scopului, obiectivelor și ipotezelor cercetării.

În Capitolul 2 – Interdependența hetero- și autoexcluziunii sociale prin dizabilitate (cercetare experimentală de constatare) – este prezentat modelul de operaționalizare a variabilelor cercetării experimentale. Capitolul descrie organizarea și etapele cercetării de constatare, urmărind întrebările exploratorii generate de studiul teoretic și ipotezele operaționale care urmează a fi verificate. De asemenea, sunt detaliate scopul și obiectivele cercetării de constatare, metodele și instrumentele de investigare, precum și descrierea eșantionului cercetării

experimentale. Capitolul include și analiza rezultatelor metodelor aplicate, atât pentru lotul populației generale, cât și pentru lotul părinților care au în grijă copii cu dizabilități, în vederea identificării distanței sociale ca indiciu al excluziunii sociale a părinților, atitudinilor sociale față de aceștia și condițiilor psihoindividuale care contribuie la autoexcluziunea familiei dezavantajate prin dizabilitate.

Capitolul 3 – Metodologia de prevenire a excluziunii prin programul de dezvoltare a abilităților de participare socială ca premise ale incluziunii - prezintă cadrul experimentului formativ și metodologia de prevenire a excluziunii prin intermediul programului *Abilități de Reziliență și Comunicare Asertivă (ARCA)*, conceput ca intervenție psihosocială și suport emoțional pentru părinții copiilor cu dizabilități, în vederea diminuării tendințelor de autoexcluziune. Capitolul detaliază conceptul și originalitatea programului ARCA, bazat pe *Modelul celor 4D* – metodă centrală a programului – și subliniază relevanța științifico-aplicativă prin congruența dintre teoriile explicative și Modelul 4D. Sunt abordate ipotezele operaționale ale experimentului formativ, scopul și obiectivele, metodele utilizate în experimentul de control, și descrierea eșantionului, divizat în loturi experimental și de control. De asemenea, capitolul include o descriere detaliată a metodologiei și realizării Programului ARCA, cu accent pe filozofie, principii, scopuri, obiective, metode și tehnici de lucru, strategii, durată, perioadă de implementare și cadrul organizatoric, prezentând câteva modele de activități realizate.

Rezultatele sunt analizate prin test-retest, evaluând indicatori precum: 1) indici ai distanței sociale; 2) atitudini sociale privind abilitățile de participare socială ale părinților copiilor cu dizabilități (social-comunicative, activism și implicare socială, social-afective, și de autoprezentare); 3) condițiile psihoindividuale ale autoexcluziunii în familiile dezavantajate prin dizabilitate, inclusiv emoțiile autoreferențiale ale părinților. Rezultatele obținute sunt comparate statistic între loturile experimental și de control. Capitolul se încheie cu analiza și interpretarea comparativă a rezultatelor experimentale test-retest, și cu concluziile derivate din experimentul formativ.

Concluziile generale și recomandările sintetizează demersul științific prin valorificarea rezultatelor obținute, raportându-le la tema, ipotezele, scopul și obiectivele cercetării, prezintă contribuțiile personale prin expunerea problemei științifice importante soluționate în lucrare, analiza valorii teoretice și practice, a limitelor rezultatelor obținute, elaborarea recomandărilor privind utilizarea rezultatelor în practica asistenței psihosociale complexe a părinților copiilor cu dizabilități structurate pe nivelurile macrosocial, mezosocial, microsocioal și potențialelor direcții de cercetare legate de tema abordată.

1. ARGUMENTAREA TEORETICĂ A FENOMENULUI EXCLUZIUNII SOCIALE ÎN CONTEXTUL DIZABILITĂȚII

1.1. Itinerarul istoric al conceptului „excluziune socială”

Compartimentul de față reflectă analiza teoretico-științifică a fenomenului excluziunii sociale, prezentând originea istorică a conceptului și considerentele științifico-teoretice în definirea acestuia. Excluziunea socială este o experiență comună și amenințătoare care afectează psihologia și comportamentul individual [361]. Deși complexă și multidimensională, excluziunea socială a existat în întreaga istorie a umanității, chiar dacă nu era definită ca un construct social. Robin Peace [287] subliniază ambiguitatea conceptului, menționând că este legat de sărăcie, dificultăți, privare și marginalizare, cu contexte adesea contradictorii. În timp ce sărăcia a fost un termen central în cercetarea socială și politică, conceptul de excluziune a câștigat semnificație în ultimii ani [132].

Fenomenul excluziunii a existat ca element specific al ierarhiei sociale în toate structurile societale, cum menționează David Pocock [290], referindu-se la modul în care societățile au definit ontologia socială și poziționarea grupurilor într-o structură ierarhică [apud 107]. Sursa excluderii poate fi sărăcia, rasismul, frica de diferențe sau lipsa influenței politice, toate având aceleași consecințe: lipsă de recunoaștere, neputință, vulnerabilitate economică și perspective limitate [279].

Apărut în cadrul dezbaterilor din societatea franceză și având în fundal disputele academice cu privire la natura și forma cunoașterii științifice în contextul ascensiunii liniilor de interpretare post-moderne, conceptul de „excluziune socială” are un istoric extrem de complex și de bogat, atât în spațiul academic, cât și ca obiectiv direct al politicilor publice [2].

Dar ar fi greșit să ne imaginăm că realitatea surprinsă de acest concept nu are o istorie lungă în spate. Luând termenul în sensul său literal, nu poate exista nicio îndoială că excluziunea socială și grupurile excluse există de când bărbații și femeile au trăit în comunități și și-au dorit să dea un sens vieții comunitare. Ostracismul din Atena, interzicerea din Roma, castele inferioare din India, numeroasele forme de sclavie, exil și alungare, existența ghetourilor și excomunicarea sunt (doar?) manifestări istorice ale modului în care fiecare societate a respins indezirabilii, străinii. Orice societate, grup sau chiar individ stabilește și menține reguli mai mult sau mai puțin explicite și, prin aceasta, creează o bază de diferențiere, indiferent dacă o fac sau nu logic, între categoriile de eu/noi și tu/ei. Indivizii, grupurile și comunitățile se pot închide, construind ziduri din ce în ce mai înalte, afirmându-și valorile într-un mod autoritar și dogmatic, ceea ce poate duce, la rândul său, la expulzarea celor care nu le acceptă sau care nu sunt recunoscuți [183].

Introducerea conceptului poate fi atribuită încă sociologului francez, Emile Durkheim [176], care a menționat excluderea socială în raport și în opoziție cu problema solidarității și coeziunii sociale. Sau, într-un anumit sens, sociologului german Max Weber [350], care a folosit termenul de „închidere socială” pentru un grup de oameni care încearcă în mod activ să mențină sau să asigure o poziție privilegiată în detrimentul unui alt grup. Totuși, mai mulți autori [107; 154; 293] fac referiri la anii '70 ca perioadă cronologică de origine a conceptului „*excluziune socială*”. Pentru a urmări cât mai fidel parcursul istoric al constituirii conceptului de excluziune socială, vom face referire la lucrarea lui Jules Klanfer, *L'Exclusion sociale: Étude de la marginalité dans les sociétés occidentales*, publicată în 1965 [230] în care s-a remarcat că societatea tindea să răsplătească responsabilitatea personală cu incluziune iar iresponsabilitatea personală cu excludere, în condițiile unor metamorfoze socio-politice în Europa postbelică [107; 130; 120]. În 1974 René Lenoir a publicat cartea *Les Exclus*. Termenul “excluși” era utilizat pentru toate categoriile sociale care nu erau incluse în sistemele de asigurări sociale specifice statului social (engl. *welfare state*) [239].

Excluziunea socială diferă de sărăcie și dezavantaj prin natura sa multidimensională, referindu-se la lipsa resurselor, participarea socială inadecvată, insuficiența capitalului cultural și educațional, accesul limitat la servicii și putere [270]. Atkinson (1998) a remarcat trei aspecte esențiale ale excluziunii: relativitatea, actul și dinamica [117, p.48]. Diversitatea definițiilor științifice indică ambiguitatea conceptului, iar diferențele constau în elementele implicate și ponderea acordată [120].

Încă din 1975 au fost inițiate și derulate un șir de programe privind sărăcia, programul Sărăcie III (*Poverty III*), derulat între anii 1989–1994, a finanțat constituirea Observatorului asupra politicilor naționale de combatere a excluziunii sociale. Astfel, la începutul anilor '90, excluziunea și incluziunea socială au fost integrate (*mainstreaming*) în toate politicile Uniunii Europene [183; 21].

Ce este excluziunea socială și cum diferă de conceptele „sărăcie” și „dezavantaj” pe care le-a înlocuit? În primul rând, teoreticienii excluziunii sociale subliniază natura sa multidimensională, aceasta referindu-se nu doar la lipsa resurselor, ci și la chestiuni precum participarea socială inadecvată, insuficiența capitalului cultural și educațional, accesul limitat la servicii și putere. Cu alte cuvinte, ideea de excluziune socială încearcă să surprindă complexitatea neputinței în societatea modernă, mai degrabă decât să se concentreze pur și simplu pe unul dintre rezultatele acesteia [270].

Excluziunea socială este un termen care a intrat în limbajul curent al politicilor sociale, atât în plan guvernamental, cât și la nivel academic. Cu toate acestea, nu se poate vorbi despre un consens asupra înțelesului exact sau despre o definiție precisă. Atkinson (1998) a remarcat trei

aspecte esențiale ale excluziunii: relativitatea, actul și dinamica [117, p.48]. Diversitatea definițiilor științifice indică ambiguitatea conceptului, iar diferențele constau în elementele implicate și ponderea acordată [120].

Caracterul dinamic și multidimensional al fenomenului „excluziunii sociale” condiționează și procesul de defnire în continuă transformare. Pentru urmărirea periplului istoric al evoluției defnirii conceptulu „excluziune socială”, vom prezenta un șir de definiții ale conceptului reflectate în literatura de specialitate în diferite perioade istorice și studii empirice (vezi Tabelul 1.1):

Tabelul 1.1. Definiții ale conceptului „excluziune socială”

Nr. ord	Definiție	Autor/i (anul)
1.	Excluziunea socială: un proces prin care anumiți indivizi sunt împinși la marginea societății și împiedicați să participe pe deplin din cauza sărăciei lor, a lipsei competențelor de bază și a oportunităților de învățare pe tot parcursul vieții sau ca urmare a discriminării. Acest lucru îi îndepărtează de locuri de muncă, venituri și oportunități de educație, precum și de rețelele și activitățile sociale și comunitare. Ei au acces redus la putere și la organele de luare a deciziilor și, prin urmare, se simt adesea neputincioși și incapabili să preia controlul asupra deciziilor care le afectează viața de zi cu zi [208, p.9].	Hammersley H. (2020)
2.	Excluziunea socială este un fenomen multidimensional, caracterizat prin deprivarea multiplă a indivizilor/grupurilor de accesul deplin și participarea la viața economică, socială, politică și culturală. Excluziunea socială înseamnă distanțarea socială a indivizilor de societate, inclusiv distanțarea lor de locurile de muncă, educație, oportunități de venit, precum și de rețelele sociale și comunitare. Excluziunea socială este relativă și legată de o anumită societate, loc și timp [52, p.13].	Malcoci L. et al. (2019)
2.	Excluziunea socială este „procedura prin intermediul căreia, anumite grupuri sunt dezavantajate în mod sistematic, deoarece se confruntă cu discriminări legate de etnie, rasă, religie, sex, orientare sexuală, origine, vârstă, dizabilitate, migrație, locul în care trăiesc, etc. Discriminările se creează fie din partea instituționalizării publice, precum sistemul juridic, educativ, servicii de sănătate și bunăstare, fie din partea instituționalizărilor sociale, societății și a persoanelor” [99, p.4].	Vougiouka A. (2013)
3.	Excluziunea socială poate fi conceptualizată drept o insuficiență a următoarelor patru sisteme: sistemul democratic și legal care promovează integrarea civică; piața muncii, care promovează integrarea economică; sistemul bunăstării, care promovează integrarea socială; sistemul familiei și comunității, care promovează integrarea interpersonală. Înțelegă ca un atribut individual, excluziunea socială este definită ca un nivel scăzut al bunăstării (dezavantaj economic) și ca inabilitatea de participare la viața socială (dezavantaj sociopolitic). Înțelegă drept caracteristică societală, excluziunea socială se referă la o deteriorare la nivelul coeziunii sociale cauzată de modul în care instituțiile reglementează distribuția bunurilor într-o societate [54, p.114].	Manole A. M. (2012)
4.	Excluziunea socială este un proces complex și multidimensional. Ea implică lipsa sau refuzul resurselor, drepturilor, bunurilor și serviciilor, precum și incapacitatea de a participa la relațiile și activitățile normale, disponibile pentru majoritatea oamenilor dintr-o societate, fie în arenele economice, sociale, culturale sau politice. Ea afectează atât calitatea vieții indivizilor, cât și echitatea și coeziunea societății în ansamblu [245, p.9.]	Levitas, R. et al. (2007)
5.	Excluziunea socială este definită ca un proces social care implică refuzarea unor șanse echitabile și egale anumitor grupuri sociale în multiple sfere ale societății, având ca rezultat incapacitatea indivizilor din grupurile excluse de a participa la funcționarea de bază politică, economică și socială a societății [332, p.3].	Thorat S., Sabharwal N.S. (2010)

Nr. ord	Definiție	Autor/i (anul)
6.	Excluziunea trebuie definită ca incapacitate sau eșec de integrare a unei persoane sau grup în unul sau mai multe sisteme: sistemul democratic și legal care presupune integrare civică, piața muncii care promovează integrare economică, sistemul statului bunăstării care promovează ceea ce poate fi numit integrare socială și sistemul familiei și comunității care promovează integrarea interpersonală [132].	Bergman Max (2009)
7.	Un rezumat pentru ceea ce se poate întâmpla atunci când oamenii sau zonele suferă de o combinație de probleme interconectate, cum ar fi șomajul, competențe slabe, venituri mici, locuințe precare, rate ridicate ale criminalității, sănătate proastă și defecțiuni familiale [142, p.5].	Bradshaw et al. (2004)
8.	Excluziunea socială poate fi descrisă ca un concept cuprinzător, multidimensional și dinamic, care se referă în general la oportunitățile limitate ale indivizilor de a participa financiar, social, cultural și politic [140, p.2].	Böhnke P. (2004)
9.	Un individ este exclus din punct de vedere social dacă (a) este rezident geografic într-o societate, dar (b) din motive independente de voința sa, nu poate participa la activitățile normale ale cetățenilor din societatea respectivă și (c) sau ea ar dori să participe la fel [153, p.33].	Buchardt et al., (2002)
10.	Cei care sunt excluși, fie din cauza sărăciei, a stării de sănătate, a sexului, a rasei sau a lipsei de educație, nu au oportunitatea de a participa deplin la beneficiile economice și sociale ale societății [206, p.24].	Guildford, J. (2000)
11.	Excluziunea socială este un fenomen multidimensional, care este legat nu numai de venituri și cheltuieli, ci și de statutul de activitate, nivelul de studii, locuința, sănătatea, evaluarea subiectivă pentru a ajunge la capăt și satisfacția cetățenilor cu serviciile de sănătate și asistență socială” [173, p.7].	DSE (2000)
12.	Fenomenul de excluziune socială este complimentat de conexiunea directă dintre cei excluși și grupurile sociale care promovează excluderea. Situația de <i>excluziune socială</i> este cauzată de impactul/influența negativă a unor oameni asupra altor oameni, exclușii sociali nu pot fi neapărat <i>underclass</i> , adică în situația de autoexcludere [152].	Bryne D. (1999)
13.	Cei excluși suferă de un grad de privilegiere multidimensională de o asemenea durată și amploare a degradării materiale și culturale în zona locală în care trăiesc, încât legătura lor relațională cu comunitatea înconjurătoare este perturbată într-o asemenea măsură încât este practic ireversibilă [299, p. 171].	Room G. (1999)
14.	Excluziunea socială se referă și la cazurile în care izolarea socială apare din motive nedependente de controlul celor care sunt izolați/excluși social. Prin urmare, de la un anumit moment, lipsa resurselor materiale și emoționale, face imposibilă ca cineva să se implice undeva în condiții de egalitate [126, p.4].	Barry B. (1998)
15.	Mijloace materiale scăzute și incapacitatea de a participa eficient la viața economică, socială și culturală și, în unele caracteristici, înstrăinarea și distanța față de societatea principală [174, p.22].	Duffy K. (1995)
16.	Procesul de marginalizare/ excluziune reprezintă procesul de situare a indivizilor sau grupurilor pe o poziție socială periferică, sau de izolare și implică limitarea „drastică,, a accesului la „resursele economice, politice, educationale si comunicationale ale colectivitatii” [101, p.338].	Zamfir C., Vlasceanu L. (1993)
17.	Excluziunea este explicată prin intermediul conceptului de închidere socială (<i>social closure</i>) al lui Max Weber, descriind un proces de subordonare prin care un grup își monopolizează avantajele prin închiderea oportunităților altora, pe care îi definesc inferiori sau ineligibili [apud 3, p.345].	Max Weber (1968)
18.	A nu putea apărea în public fără rușine, este un bun exemplu de privare de capacitate care ia forma excluziunii sociale [apud 170, 311].	Adam Smiths (1776)

Evoluția istorică a fenomenului a asigurat diversitatea definirii conceptului prin cercetări multidimensionale, dar nu a cristalizat o formă precisă și unică a acestuia, care să încorporeze toate

cauzele excluziunii sociale și impactul său asupra individului și grupurilor sociale. Definițiile științifice relevă ambiguitatea și conținuturi care indică o gamă largă de factori și variabile de analizat, descris și măsurat.

Pentru a argumenta diversitatea definițiilor din Tabelul 1.1, analizăm diferite studii empirice care reflectă ambiguitatea și încercările de operaționalizare a conceptului. Conform Bak Kronborg C. (2018) [120], excluziunea socială implică: 1) neparticiparea la societate, 2) multidimensionalitatea (includerea sărăciei și altor vulnerabilități), 3) dinamica socială, și 4) multinivelarea (macro, mezo și micro). David Miliband [264] definește excluziunea socială în trei moduri: amplă, profundă și concentrată [245, p.14]. Hilary Silver [316] clarifică valorile și sensurile asociate excluziunii prin trei paradigme: lipsă de solidaritate, specializare și monopol [apud 35]. Matricea Bristol (B-SEM) identifică 10 dimensiuni de importanță, luând în considerare patru etape ale vieții [245, p.10] (vezi Anexa 1 A1.1).

Conceptul de „excluziune socială” devine clar doar în contextul modelelor teoretice și empirice și al indicatorilor asociați [235; 125; 243; 195; 132]. De exemplu, Bruto da Costa face distincție între excludere ca proces și deprivare ca rezultat static al procesului de excluziune, recurge la analogia cu conceptul de „sărăcie” - rezultatul dinamic al fenomenului de excluziune socială [151]. Arjan de Haan [171] analizează conceptul din perspectiva deprivării, identificând caracteristici ca multidimensionalitatea, relațiile personale și legăturile de cauzalitate. Putem spune că excluziunea socială prezintă imposibilitatea și lipsa de oportunitate a unor indivizi sau grupuri de a participa la viața economică, socială, politică și culturală, precum și distanța socială a individului de societate [51].

Excluziunea socială poate apărea într-o varietate de moduri și este important să recunoaștem versatilitatea ideii și acoperirea acesteia. Limbajul excluderii este atât de versatil și de adaptabil încât poate exista tentația de a îmbrăca fiecare privare ca un caz de excluziune socială [311]. O altă modalitate de a surprinde definiția excluziunii sociale ține de efectul multiplicativ al variabilelor care reprezintă participarea. Adică excluziunea socială, chiar dacă este voluntară, ar trebui redusă în sensul oferirii oportunităților de incluziune, chiar și atunci când acestea pot fi respinse [329]. Trei caracteristici definitorii ale excluziunii sociale sunt deosebit de relevante. *În primul rând*, excluziunea socială implică negarea șanselor egale în mai multe sfere. *În al doilea rând*, este încorporată în inter-relațiile sociale – canalul și procesele prin care indivizii sau grupurile sunt excluse total sau parțial de la participarea deplină la societatea în care trăiesc. *În al treilea rând*, refuzul egalității de șanse sau de acces are ca rezultat lipsa libertății și sărăcia umană, privarea generală a grupurilor sociale excluse. Consecințele excluziunii sociale depind astfel în mod esențial de funcționarea instituțiilor sociale și de gradul de care sunt excluse și discriminate în ceea ce privește rezultatele lor. Excluziunea socială implică negarea șanselor egale în mai multe

sfere, inter-relații sociale care exclud indivizii de la participarea deplină și rezultă în lipsa libertății și sărăcia umană [311; 171; 332]. Manifestările excluziunii sociale sunt legate de ideea de proces, indicând etape și puncte de cotitură în istoriile personale [183, p.38].

Excluziunea socială este atât obiectivă, cât și subiectivă, reflectând deprivare materială și sociale și sentimente de inferioritate [91]. Ca proces, se referă la structurile și procesele sociale care împiedică accesul la resurse și beneficii [98, p.12]. În mod crucial, excluziunea socială facilitează o schimbare între diferitele discursuri în care este încorporată, astfel încât sensul contestat al acesteia s-a pomenit la etapa contemporană în centrul dezbaterilor politice și al unui limbaj care reflectă și reproduce ideile despre ce este și cum funcționează societatea [193]. Conceptul este flexibil, mobilizând temerile personale și având răsunet politic larg [193]. Este complex și multifacetat, referindu-se la dezavantaj, înstrăinare și lipsă de libertate [201; 137].

În concluzie, excluziunea socială este un concept larg, fără definiție exactă sau larg acceptată. Metodologiile de măsurare se bazează pe deprivare materială și socială, interpretând ulterior nivelul de excludere [340].

Una dintre provocările cu care ne-am confruntat a fost lipsa unei definiții general acceptate a ceea ce constituie excluziunea socială, fiind identificate numeroase abordări și interpretări. Pentru această cercetare, a fost esențial să selectăm câteva definiții relevante care să ne ofere o conceptualizare clară a termenului, în conformitate cu dimensiunile și caracteristicile obiectului investigației: familia copilului cu dizabilități, considerată un grup dezavantajat [90].

Astfel, definim *excluziunea socială ca un fenomen complex, multidimensional, dinamic, interactiv și multinivellar, care reprezintă non-participarea sau participarea inadecvată, ce generează distanțare socială a indivizilor și grupurilor dezavantajate prin dizabilitate, funcționarea socială fiind periclitată și menținută de natura bilaterală a fenomenului – heteroexcluziune și autoexcluziune.*

Spre deosebire de definițiile oferite de Levitas R. et al. (2007) și Room G. (1999) care descriu excluziunea socială ca un proces complex și multidimensional [245; 299], definiția propusă de noi subliniază și componenta dinamică și interactivă a acestui fenomen, evidențiind interacțiunea dintre heteroexcluziune și autoexcluziune, ceea ce adaugă o dimensiune suplimentară de analiză. În timp ce definițiile lui Malcoci L. et al. (2019) și Bradshaw J. (2004) [52; 142] menționează non-participarea și participarea limitată, definiția propusă accentuează participarea inadecvată producătoare de distanțare socială, reflectând mai bine realitățile părinților cu copii cu dizabilități care pot fi implicați, dar nu în mod eficient sau satisfăcător. Aceasta adaugă profunzime analizei, oferind o înțelegere mai nuanțată a modului în care excluziunea se manifestă și perpetuează, în special în cazul părinților care îngrijesc copii cu dizabilități. Prin includerea

conceptului de participare inadecvată, definiția elaborată subliniază importanța calității implicării sociale, evidențiind nu doar prezența fizică în societate, ci și eficacitatea acestei participări.

Definiția propusă introduce noțiunea de heteroexcluziune și autoexcluziune, o perspectivă ce lipsește din definițiile lui Burchardt T. (2002) și Room G. (1999) [153; 299], dar care este esențială pentru a înțelege cum excluderea socială poate fi atât impusă din exterior, cât și autoimpusă de indivizii dezavantajați. Totodată, se pune accent pe caracterul interactiv și dinamic al excluziunii sociale, similar cu abordările lui Bradshaw J. (2004) și Böhnke P. (2004) [142; 140] dar specifică faptul că acest dinamism este crucial pentru a înțelege evoluția și perpetuarea excluziunii în cazul părinților cu copii cu dizabilități. Prin urmare, definiția noastră nu doar că reflectă complexitatea și multidimensionalitatea fenomenului excluziunii sociale, ci adaugă o valoare nouă prin integrarea dimensiunii bilaterale și a specificității legate de părinții care îngrijesc copii cu dizabilități. Această perspectivă avansată face ca definiția propusă să fie o contribuție importantă la literatura de specialitate, oferind un cadru mai larg pentru înțelegerea și abordarea excluziunii sociale.

1.2. Teorii explicative cu privire la excluziunea socială

În acest subcapitol vom analiza teoriile relevante pentru argumentarea fenomenului excluziunii sociale în contextul interacțiunii dintre sistemele sociale. Cadrul teoriilor selectate ne ajută să înțelegem și să explicăm o situație specifică într-o realitate concretă, explorată prin căutarea răspunsurilor la întrebările: Care sunt premisele excluziunii sociale? Care sunt factorii care mențin familia, părinții sau copiii cu dizabilități în situația riscului de excluziune? Sunt acești factori determinați de valori, experiențe, stări, abilități, atitudini și comportamente ale individului și grupului social?

Primele teorii ale familiei au fost dezvoltate în secolul al XIX-lea. Din perspectiva darwinismului social, structura și funcția familiei au fost tratate ca un organism social adaptat mediului. Teoria marxistă, folosind conceptul de determinism economic, a explicat modul în care resursele economice determină puterea socială, extinzându-se la explicarea autorității și structurilor de putere ale tatălui, determinate de rolul său de asigurare materială a familiei [121]. Acest rol instrumental servește dublu: leagă familia de lumea exterioară și o menține ca entitate viabilă (funcția de adaptare). Mama, în calitate de soție, îndeplinește rolul de a asigura întreținerea internă a unității familiale [apud 269]. Teoria lui Durkheim [177] explică existența și schimbările în structura și funcția familiei, menționând rolul acesteia în conservarea societății. Funcționalismul a analizat rolul familiei ca parte a unei formațiuni mai mari, în care se stabilește un echilibru cu alte instituții sociale [192]. Înțelegerea funcționalității sistemului familial ca subsistem al

sistemului general – societatea – reprezintă temeiul științific pentru elucidarea impactului interacțiunii subsistemelor sociale la nivel macro, mezo și micro.

Prin analiza teoriilor selectate ca aplicabile în investigarea fenomenului excluziunii sociale, tindem să contribuim la procesul continuu de elaborare a cadrului teoretic explicativ al fenomenului studiat.

Teoria generală a sistemelor (TGS). În accepțiunea lui Ludwig von Bertalanffy [135], sistemul reprezintă „un complex de elemente aflate în interacțiune”, iar trecerea de la analiza teoretică a sistemelor închise, izolate, la sisteme deschise reprezintă de fapt marea schimbare promulgată de autor. Modelul TGS poate fi aplicat în știința socială, deoarece rolul său central este de a „explica fenomenele sau ordinea în termeni de interacțiuni ale proceselor” [134; 167].

În lucrarea „Principiile sistemelor” Foerster [186] clasifică sistemele în deschise (conform descrierii Bertalanffy) și cu conexiune inversă (cu feed-back). După acest model (vezi Anexa 1 A1.2 – elaborată de autor), familiile pot avea grade diferite de deschidere către mediul înconjurător, alcătuit din prieteni, rude, vecini, școală, alte instituții, etc. Familia folosește mecanisme de feedback prin care își menține stabilitatea și echilibrul dinamic. *Feedback*-ul poate fi de două feluri: *pozitiv* – este mecanismul prin care informația semnalează nevoia de a modifica sistemul, pentru a-l face să evolueze; *negativ* – informația semnalează nevoia de a reechilibra sistemul, datorită unei perturbări [22].

Teoria sistemelor are un grad înalt de generalitate, reflectând o atitudine holistică ce ne ajută să înțelegem relațiile reciproce între indivizi și mediul în care trăiesc. Prin sistem se înțelege „un întreg organizat, format din componente care interacționează în mod diferit, față de interacțiunea lor cu alte entități și care rezistă o perioadă de timp”. Starea unui sistem este definită de următoarele caracteristici: *stabilitate* – se referă la modalitatea prin care un sistem se menține, primind energia din afară și utilizând-o; *echilibru* (homeostazie) – capacitatea sistemului de a-și menține natura/esența fundamentală în pofida modificărilor suportate; *diferențiere* – de-a lungul timpului sistemul evoluează în ceva complex, cu mai multe componente; *nonsumativitate* – întregul constituie ceva mai mult decât suma părților sale componente; *reciprocitate* – dacă una dintre părțile sistemului se schimbă, schimbarea influențează toate celelalte părți care, la rândul lor, se vor schimba [110; 91, p.112].

Conform unei perspective a sistemelor familiale, funcționarea unui individ este determinată nu atât de factori intrapsihici, cât de locul lui în sistemul (sistemele) în care se găsește, supus împingerilor și tracțiunilor sistemului, inclusiv în formă de solicitări emoționale concurente, definiții și așteptări ale rolurilor, probleme legate de granițe și ierarhie, coaliții și colizii, conflicte de loialitate, cultură și sisteme de credințe familiale și instituționale, legături duble, identificări proiective și anxietate sistemică [349].

Fenomenul excluziunii sociale a părinților care au în grijă copil/copii cu dizabilități poate fi prevenit prin înțelegerea impactului modificărilor la nivel de subsistem (copilul cu dizabilitate) asupra întregului sistem (familia) condiționată de caracteristicile interdependente a unui sistem social.

Teoria sistemelor sociale. Teoria sistemelor sociale dezvoltată de Niklas Luhmann [250], susține că excluziunea și incluziunea sunt perechi ale unei distincții binare și că ele joacă un rol crucial în înțelegerea relației dintre societate și individ: incluziunea fiind esențială pentru viața socială, iar excluziunea este gestionată prin acțiuni ca prevenirea excluziunii, medierea incluziunii și managementul excluziunii, acțiuni realizate în mare parte de sistemul de protecție socială [305]. Înțelegerea teoriei poate fi realizată prin conceptul de bază al acesteia: comunicarea ca element cheie al proceselor sociale, societatea contemporană fiind o lume a comunicării, iar sistemele psihice (conștiința) sunt identificate ca sisteme bazate și pe procesarea semnificației, dar sensul generat în sistemele psihice nu este niciodată direct accesibil pentru sistemele sociale [106]. Respectiv, societatea se constituie din sisteme de comunicare (nu ansambluri de oameni sau modele de acțiuni sociale) cum ar fi economia, politica, dreptul, știința, religia, medicina, educația, ajutorul social etc, care îndeplinesc o funcție specifică pentru societate [305]. Gradul ridicat de generalizare a acestei teorii permite aplicarea ei asupra unei game largi de fenomene sociale cu caracteristici sistemice, dar și facilitează analizarea unor sisteme sociale aflate în perpetua transformare și evoluție, în funcție de nevoile reale de adaptare la ambient (social și ne-social) ale acestora [86, p. 128].

Analiza acestei teorii ne oferă înțelegerea că sistemele sociale acționează prin comunicare, iar diferențierea funcțională dintre acestea este explicată prin semnificațiile interpretabile ale comunicării, respectiv ale funcționării sociale.

Teoria sistemelor ecologice a lui Bronfenbrenner. Modelul teoretic elaborat de către *Urie Bronfenbrenner* este construit în jurul ideii conform căreia comportamentul unui individ trebuie studiat, luând în considerare influențele reciproce ale sistemelor care alcătuiesc mediul său ecologic și caracteristicile individuale. În evoluția sa, aspectul central al teoriei au constituit procesele proximale și modul în care caracteristicile persoanei, contextul și timpul istoric le influențează reciproc, iar familia joacă un rol-cheie de microsistem în care are loc dezvoltarea individului; de manifestare a caracteristicilor personale ale tuturor membrilor; de interacțiuni dintre membrii familiei ca parte a proceselor proximale [337; 300].

Diferitele niveluri din cadrul teoriei sistemelor ecologice sunt adesea prezentate grafic ca o serie de patru sisteme imbricate în jurul unui individ focal, cum ar fi un set de cercuri concentrice: (1) macro- (2) mezo-, (3) exo- și (4) microsisteme (vezi Anexa 1 A1.3). Nicholls și Murdock (2012) [275] sugerează că inovațiile sociale sunt analizate luând în considerare actorii implicați în

proces, respectiv cadrul de analiză a nivelurilor sociale care includ macro-, mezo- și microsisteme poate fi extins cu un nivel nano, iar Anne Parpan-Blaser și Matthias Hüttemann [284, p.273] susțin că toate ofertele ce țin de dezvoltarea personală, de crearea interactivă a serviciilor sociale sunt subiecte ale nivelului nano (vezi Anexa 1 A1.3a.).

Conceptul de interacțiune a unui sistem cu alte sisteme reprezintă fundamentul teoriei în care Bronfenbrenner [149] a postulat că sistemele prosperă și cresc din interacțiunea lor între ele, respectiv interconectarea semnifică baza teoriei sistemelor ecologice [167].

Pe baza lucrării lui Bronfenbrenner [150], Grossman B. R., Magaña S. [205] propun un model ecologic care include: persoană cu dizabilități, familie, comunitate și politici de stat și naționale. Deși toate nivelurile influențează experiențele persoanelor cu dizabilități și ale familiilor acestora, acest model permite conceptualizarea oricărui nivel ca ținte ale schimbării (Anexa 1 A1.4).

Teoria stigmatului. Erving Goffman a definit în mod clasic stigmatizarea ca un „atribut care este profund discreditant” [196, p.3], un aspect general al vieții sociale care complică interacțiunile de zi cu zi la nivel microsocietății, concentrându-se pe modul în care indivizii stigmatizați se confruntă adesea cu constrângeri similare în gestionarea interacțiunilor sociale, indiferent de tipul particular al acesteia [apud 258].

Literatura privind stigmatizarea nu este ghidată doar de un singur cadru teoretic. Link și Phelan [248] oferă poate cel mai clar articulată tratare a proceselor care produc stigmatizarea specificând pașii care conduc de la caracteristicile care diferențiază indivizii la rezultate inegale [apud 226]: 1) oamenii disting și etichetează diferențele umane; 2) credințele culturale dominante leagă persoanele etichetate de caracteristici nedorite; 3) persoanele etichetate sunt clasificate în categorii pentru a realiza separarea „noi” de „ei”, 4) ele se confruntă cu pierderea statutului, discriminare, respingere și excludere, ceea ce duce la rezultate negative, cum ar fi demoralizarea, rețelele sociale restricționate și câștigurile reduse [247].

Cercetările care compară experiențele, cauzele și consecințele stigmatizării între diferitele tipuri (vezi Tabelul 1.2.) oferă o înțelegere mai profundă asupra modului în care stigmatizarea influențează și perpetuează inegalitățile sociale. Aceste investigații permit o analiză detaliată a diverselor fațete ale stigmatizării – de la formele de excludere și discriminare instituționalizate la nivel macro, până la impactul psihologic individual, observabil la nivel micro. Astfel, prin analizarea componentelor și mecanismelor asociate fiecărui tip de stigmatizare, se evidențiază rolul causal al stigmatizării în menținerea și agravarea disparităților economice, sociale și de sănătate în rândul grupurilor marginalizate.

Tabelul 1.2. Abordări psihologice și sociologice ale stigmatizării pe patru categorii

(adaptat după Matthew C.) [258, p.20].

	Nivel macro (Sociologie)	Nivel mezo (Psihologie socială și sociologie culturală)	Nivel micro (Psihologie)
Cauze	Închidere socială, putere, practici instituționale, vecinătate și segregare socială, legi discriminatorii	Motivații intersubiective și simbolice, motivații culturale, stereotipuri	Tulburări fizice și mentale, motivații sociobiologice și instrumentale
Contexte	Politici/legi, cartiere, locuri de muncă, state naționale, medii naturale și construite (<i>artificiale</i>)	Percepții și atitudini individuale, relații interpersonale	Corp, minte, schemă cognitivă
Consecințe	Diferențele de grup în ceea ce privește sănătatea mentală și fizică, apartenența la grup/în afara grupului, inegalitatea economică și socială	Stima de sine, identitate, valoare simbolică, recunoaștere interpersonală/lipsa recunoașterii	Boli mentale, stres, boli fizice

Teoreticienii clasici ai stigmei și prejudecăților susțin că, în anumite condiții, persoanele stigmatizate social ar putea ajunge să simtă un sentiment de rușine pentru anumite aspecte ale identității lor [306], iar rușinea este o emoție autoreferențială caracterizată de prezența conștiinței de sine și a auto-reprezentărilor [335], individul trăind un sentiment de inferioritate, inutilitate și lipsă de putere, exprimat la nivel comportamental prin utilizarea unor strategii pentru ascunderea defectelor și neajunsurilor sau de evadare din situație [325; 323]. Goffman [195] definește rușinea ca o emoție care rezultă dintr-o ruptură în întâlnirile sociale de zi cu zi, iar Edelman ca o „stare psihologică incomodă care are un efect devastator asupra interacțiunii sociale” [180, p.869; 361]. David Lester [240] exprimă părerea că rușinea implică imposibilitatea de a-i privi în față pe alții din cauza acțiunilor proprii. Cu privire la sentimentul de vinovăție Chelcea S. [18] susține că vinovăția implică internalizarea regulilor morale ale societății.

Pentru studiul fenomenului „excluziunea socială”, stigmatizarea este atributul indispensabil în analiza emoțiilor autoreferențiale ale părinților care îngrijesc copil/copii cu dizabilități, inclusiv a demersului de a înțelege tendința de autoexcluziune.

Teoria atribuirii. Teoria atribuirii a fost pentru prima dată avansată de Fritz Heider [218] care a enunțat două idei principale devenite influente: privind atribuirea dispozițională (de cauze interne) vs. situațională (cauze externe) [260]. Atribuirea dispozițională leagă cauzalitatea de un factor, agent sau forță din interior, prin urmare implicând responsabilitatea individuală. Atribuirea situațională explică cauzalitatea printr-un factor, agent sau forță din exterior, slab controlați și, respectiv, fără de asumare a responsabilității [200].

În definiția formală oferită de Fiske și Taylor (1991) [185, p. 23], atribuirea prezintă modul în care receptorul social folosește informația pentru a ajunge la explicații și judecăți cauzale ale evenimentului. Atribuirea se referă la elaborarea prin inferență a unor cogniții, pornind de la

observarea de către actorul social a evenimentelor și conduitelor, adică încercarea de a înțelege, de a furniza explicații ale cauzelor care stau la baza celor observate [100]. Teoria atribuirii încearcă să explice modul în care oamenii atribuie cauzele evenimentelor sau comportamentului și să analizeze impactul unei astfel de atribuirii asupra conduitelor lor viitoare [307].

Atkinson și colaboratorii [118] au sugerat că atribuirile sunt supuse mai multor distorsiuni, erori de atribuire, cu caracter informațional, perceptual, influențând cunoașterea și conștientizarea socială [apud 44]. Eroarea de bază a atribuirii apare atunci când cineva își atribuie succesul propriilor caracter și inteligență, în timp pentru alți oameni, îl atribuie factorilor de mediu, circumstanțelor [271]. Oamenii tind să interpreteze evenimentele în mod favorabil pentru ei înșiși și mai puțin favorabil pentru alții [218, p. 172; 215, p. 73; 144].

Autoatribuirea, cercetată în numeroase rânduri [24; 159; 178; 228; 257], se referă la procesul prin care oamenii își explică cauzele și consecințele comportamentelor lor. Deoarece ei nu au acces la stările lor interne, deducând cu dificultate atitudinile, credințele, emoțiile, motivele, trăsăturile personale, le identifică din observațiile propriilor comportamente și ale contextelor situaționale în care acestea au apărut. Menționăm în acest context și rolul metapercepției, sau a convingerilor despre modul în care persoana este percepută de alți oameni. Metapercepțiile modelează puternic modul în care oamenii se cunosc pe sine și iau decizii informate despre comportamentele, alegerile, relațiile, aptitudinile personale [181]. Astfel, metapercepțiile oferă o hartă implicită pe care oamenii o folosesc pentru a naviga în lumea socială, dar sunt și o condiție a autoatribuirii. Metapercepția nu întotdeauna oferă cele mai relevante cunoștințe și impresii de sine, fiind tributară heteroatribuirii, deci și influențată de capacitatea persoanei de a evita erorile în explicația cauzalității comportamentelor altor persoane [80, p.121].

Diferențele dintre heteroatribuire și autoatribuire se datorează următoarelor fapte: actorii și observatorii nu au aceleași cunoștințe (actorul cunoaște mai multe detalii decât observatorul despre geneza comportamentului său, despre circumstanțe, istorie, experiențe anterioare); actorul acordă comportamentului său o importanță diferită decât o acordă observatorul (actorul și observatorul analizează comportamentul din puncte de vedere diferite) [231]. Abordările moderne ale teoriei (atribuțiile și rolul acestora în comunicarea interpersonală) oferă oportunități pentru noi aplicații relevante ale teoriei pentru interacțiunea interpersonală [319].

Astfel, teoria atribuirii ne facilitează înțelegerea raportului dintre hetero- și autoatribuire încercetarea tendințelor de excluziune și auto-excluziunea socială.

Teoria judecății sociale. Teoria judecății sociale, dezvoltată de Muzafer Sherif, cu contribuții semnificative din partea lui Carl I. Hovland și Carolyn W. Sherif [312; 313], se preocupă de discriminarea și clasificarea stimulilor, explică maniera în care atitudinile sunt

exprimate, judecate și modificate, detaliază modul în care atitudinile sunt reprezentate cognitiv, acceptate sau respinse [222].

Teoria se bazează pe ideea că efectul unui mesaj persuasiv asupra unei anumite probleme depinde de modul în care receptorul evaluează poziția emițătorului, încadrând-o în latitudinile generale de acceptare, neangajament sau respingere, prezintă delimitarea tiparelor de grup care apar din percepțiile indivizilor și care le influențează atitudinile [318, p.144]. *Latitudinea de acceptare* prezintă zonele dintr-o problemă pe care un individ le acceptă, le oferă mai multă credibilitate și tinde să fie de acord și să se adapteze la aceasta. În această latitudine există o poziție specială numită „ancoră”, pe care persoana o consideră cea mai acceptabilă dintre toate. *Latitudinea de neangajament* - domeniul dintr-o problemă pe care individul nici nu-l acceptă, nici nu-l respinge, deci nu îi acordă nici credit sau discreditare. *Latitudinea de respingere* - zone dintr-o problemă pe care individul le respinge. Este o teorie care sugerează că poziția unui individ asupra unei probleme depinde de trei factori: ancoră, alternative și implicarea ego-ului, prin care diferiți oameni vor obține semnificații diferite și vor reacționa diferit [207; 241] (vezi Anexa 1 A.1.5).

Există *cinci principii* de bază în teoria judecății sociale. *Primul* afirmă că oamenii au categorii de judecată cu care evaluează informațiile primite, pot lua o serie de poziții posibile ca răspuns. *Al doilea* principiu menționează că pe măsură ce oamenii evaluează informațiile primite, ei determină categoria de judecată sau latitudinea căreia îi aparține [308]. *Al treilea* principiu afirmă că mărimea latitudinilor este determinată de nivelul de implicare personală, sau de implicare a ego-ului, pe care îl avem în problema în cauză. Cu cât este mai mare nivelul de implicare a ego-ului, cu atât mai mare devine latitudinea respingerii [314]. *Principiul patru* prevede că oamenii distorsionează informațiile primite pentru a se potrivi categoriilor lor de judecată. Atunci când li se prezintă un mesaj persuasiv care se încadrează în latitudinea de acceptare și este aproape de ancora individului, oamenii vor asimila noua poziție. Când mesajul persuasiv este departe de ancoră, oamenii tind să contrasteze noua poziție cu a lor, făcând-o să pară și mai diferită decât este în realitate. În ambele cazuri, teoria judecății sociale ar prezice că schimbarea de atitudine este puțin probabil să aibă loc *Al cincilea* principiu afirmă că persuasiunea optimă apare atunci când discrepanțele între ancoră și poziția susținută sunt mici până la moderate, respectiv, schimbarea de atitudine este posibilă [331].

O implicație majoră a teoriei judecății sociale este că persuasiunea este dificil de realizat. Mesajele persuasive reușite sunt cele care sunt direcționate către latitudinea de acceptare a receptorului și discrepante față de poziția de ancorare, astfel încât informațiile primite să nu poată fi asimilate sau contrastate [222].

Mulți cercetători au concluzionat că tot ceea ce evaluăm în măsurarea *atitudinii* sunt *judecăți evaluative* pe care indivizii le construiesc la fața locului, pe baza oricărei informații

disponibile la acel moment [160], pe de altă parte, măsuri implicite dezvoltate ale atitudinilor vor oferi o fereastră imparțială asupra sentimentelor „adevărate” ale oamenilor [308]. Teoria judecății este crucială în înțelegerea naturii heteroexcluziunii și atitudinii populației față de părinții copiilor cu dizabilități.

Teoria identității sociale. Teoria a fost concepută inițial de Tajfel și dezvoltată în perioada 1970-1984 cu ajutorul colaboratorilor săi de la Universitatea din Bristol, liderul grupului John Turner, a propus teoria auto-categorizării și o concepție extrem de valoroasă asupra constituirii psihologice a grupului [322]. Comportamentul social și relațiile dintre indivizi variază pe un continuum ale cărui extreme sunt, de o parte, relațiile strict personale, iar de cealaltă parte comportamentul de grup stereotipic și etnocentric. Comportamentul de grup include: etnocentrismul, bias-ul de favorizare a ingroup-ului, competiția intergrupuri, discriminarea, stereotipizarea, prejudecata, uniformitatea comportamentală, coeziunea ingroup-ului, conformismul, etc. [9].

Conform teoriei identității sociale [322; 221], oamenii obțin o parte importantă a conceptului de sine din apartenența la diferite categorii sau grupuri sociale. Atunci când un grup oferă o bază semnificativă din punct de vedere psihologic pentru autodefinire, membrii sunt motivați să stabilească și să mențină o distincție pozitivă între acel grup și alte grupuri relevante, trăsăturile evaluative ale grupului sunt asimilate și contribuie la valența stimei de sine colective [103; 68; 221; 255]. Pentru a menține identitatea socială pozitivă, oamenii se angajează în comparații între grupuri care demonstrează o părținare favorabilă față de grupul lor, manifestă comportamente discriminatorii față de grupurile externe și folosesc mecanisme de coping, cum ar fi atribuțiile cauzale interne/externe pentru eșecurile grupului [294].

Excluziunea socială are la baza sa neacceptarea indivizilor care nu întrunesc caracteristicile grupului social majoritar, iar părinții copiilor cu dizabilități constituie un grup social diferit prin funcționalitatea sa și identitatea socială în percepția grupului social majoritar.

Teoria învățării sociale. Învățarea socială este legată în special de psihologul american Albert Bandura. Potrivit acestuia, numai o parte dintre comportamentele umane pot fi explicate prin condiționarea clasică și condiționarea instrumentală, deoarece teoriile condiționării nu surprind fenomenele de învățare socială ce apar în contexte reale [122]. Prin observarea altora, individul preia și codează informația despre comportamentul lor, iar în situații de viață ulterioare, similare sau nu, folosește această informație codată ca factor de susținere sau validare a acțiunilor proprii [25; 122]. Teoria învățării sociale explică procesele prin care se învață un comportament, se menține modelul, se alege calea către acesta [67] și prezintă procesul de învățare a comportamentului social, afirmă că un nou comportament poate fi dobândit prin observarea și

imitarea celorlalți, că învățarea într-un context social poate avea loc prin observație sau instruire directă, chiar și în absența reproducerii motorii sau a întăririi directe [163].

Părinții care au în grija lor copil/copii cu dizabilități reprezintă un grup social dezavantajat prin definiție, iar nevoia de a se adapta dizabilității poate fi realizată prin învățarea socială care va facilita depășirea rezistenței la schimbare.

Teoria câmpului social. Kurt Lewin explorează realitatea socială a grupului restrâns din perspectiva unui câmp dinamic, în care relațiile dintre membrii grupului nu se bazează nici pe asemănările și nici pe deosebirile dintre aceștia, ci pe interdependența dintre ele. În concepția lui Lewin „grupul constituie un tot unitar, în interiorul căruia o schimbare a stării unuia din elementele sale constitutive, fie că este vorba de membrii grupului, de statutul lor, de rolul social sau de normele stabilite poate influența starea tuturor celorlalte elemente care constituie grupul” [apud 5, p.19]. Teoria câmpului social este despre „cum să depășim rezistența la schimbare” [96, p.98].

Kurt Lewin a formalizat influența comună a variabilelor personale și a celor situațional-sociale, cunoscută ca interacțiunea persoană-situație, a lansat o paradigmă centrală a cercetării dinamicii relațiilor dintre oameni. Interdependența dintre comportamentul persoanei și situația socială (inclusiv generată de comportamentul altor persoane) este o problemă, care se menține în topul cercetărilor contemporane [81]. Teoria câmpului oferă un mijloc de construire a spațiului de viață care determină comportamentul unei persoane sau al unui grup, adică echilibrul lor cvasi-staționar actual [155]. Câmpul există în stare de echilibru cvasi-staționar, este neutru atunci când nu acționează anumite forțe asupra lui sau când acestea se anihilează [119; 301]. În esență, aceasta înseamnă că există un echilibru curent deoarece forțele care acționează pentru schimbare sunt echilibrate de forțele care acționează împotriva schimbării. Forțele motrice sunt (de obicei) pozitive, rezonabile, logice, conștiente și economice. Forțele de reținere sunt (de obicei) negative, emoționale, ilogice, inconștiente și sociale/psihologice. Ambele seturi de forțe sunt foarte reale și trebuie luate în considerare atunci când se confruntă cu schimbarea sau când se gestionează schimbarea sau când reacționează la schimbare [187].

Consecința logică a acestui model este că, dacă vrem să introducem o schimbare, trebuie să destabilizăm balanța acestor forțe, să întărim, să sporim forțele “pro-schimbare”, pentru a copleși „forțele de rezistență” [96, p.98]. Pentru ca individul să accepte schimbarea, trebuie îndeplinite trei condiții: insatisfacția privind statu-quo-ul curent; senzația că problemele și neplăcerile provocate de schimbare vor fi contrabalansate de necesitatea schimbării și că schimbările propuse sunt viabile.

Într-o conexiune cu celelalte teorii prezentate, această teorie argumentează ipoteza cercetării cu privire la natura bilaterală a excluziunii sociale, iar acțiunea socială este într-o interdependență directă cu schimbarea socială.

Teoria Responsivă a Excluziunii Sociale. Excluziunea socială este un proces interactiv între mai multe persoane, dar cercetările anterioare s-au concentrat aproape exclusiv asupra impactului negativ asupra țintelor. Freedman Gili, Williams Kipling D. și Beer Jennifer S (2016) [114] insistă că, dacă un obiectiv potențial al cercetării privind excluderea este de a minimiza efectele negative ale excluderii, atunci psihologii trebuie să investigheze excluderea atât din punctul de vedere al țintei, cât și al sursei. Teoria diferă de teoriile existente deoarece ia în considerare atât sursele, cât și țintele excluziunii sociale postulând că țintele și nevoile surselor sunt mai bine menținute dacă sursele folosesc o comunicare verbală clară și explicită, alegând trei opțiuni: respingere explicită (afirmând clar nu), ostracism (ignorând) și respingere ambiguă (a fi neclar). Pentru a facilita relația dintre constatările existente asupra țintei și ipotezele propuse cu privire la sursă, autorii teoriei au construit-o pe un model utilizat pe scară largă axat pe excluziunea socială – Modelul Need Threat al lui Williams (2009) [356] care prezintă impactul excluziunii sociale asupra a patru nevoi fundamentale ale țintei: stima de sine [193; 133]; existență semnificativă [197; 362; 191]; apartenența [298; 216]; controlul [353]. În urma episodului de excludere, țintele sunt motivate pentru a restabili acele nevoi [356; 225]. Atunci când țintele restaurează una sau mai multe dintre aceste nevoi, ele experimentează sentimente de rănire reduse și se angajează într-o agresiune mai puțin răzbunătoare [346; 326]. O înțelegere fundamentală a excluziunii sociale necesită o taxonomie a formelor excluziunii sociale, modelul oferit de teorie prezentând rolul comunicării active în adoptarea modelelor de excluziune socială: de respingere explicită sau ambiguă în cazul recunoașterii fenomenului, sau de ostracizare – în lipsa acesteia [238; 268] (vezi Anexa 1 A1.6). Taxonomia acestei teorii se bazează pe cercetările anterioare privind formele de excluziune socială prin conceptualizarea excluziunii sociale în măsura în care aceasta include o comunicare verbală clară, explicită (respingere explicită) sau nu (respingere ambiguă și ostracism) [189].

Teoria Responsivă a Excluziunii se prezintă ca argument al naturii bilaterale a fenomenului excluziunii sociale (heteroexcluziune și autoexcluziune) a părinților care au în grija lor copil/copii cu dizabilități.

În *concluzie*, teoriile analizate oferă o înțelegere profundă a interacțiunii și funcționării sociale, evidențiind acțiunea socială a individului într-un cadru de relații sociale, abordate din perspectiva excluziunii și a condițiilor care favorizează incluziunea. Sinteza acestor teorii aplicabile cercetării noastre contribuie la conceptualizarea și fundamentarea problematicii excluziunii sociale a părinților copiilor cu dizabilități, evidențiind natura bilaterală a fenomenului și particularitățile acestei situații specifice.

1.3. Congruențe psiho-sociale între excluziunea socială și dizabilitate

Acest subcapitol explorează legătura strânsă dintre excluziunea socială, dizabilitate și mediul social al copilului sau persoanei cu dizabilități. Dizabilitatea și excluziunea sunt interconectate în contextul familiei care are în grijă copii cu dizabilități, datorită multiplelor și complexelor interacțiuni sociale, dar și a conotațiilor sociale care le însoțesc.

Dizabilitatea este un concept multidimensional și complex, aflat într-o continuă evoluție. Potrivit Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, „dizabilitatea rezultă din interacțiunea dintre persoanele cu dizabilități și barierele de atitudine și de mediu care împiedică participarea totală și efectivă în societate, în condiții egale cu ceilalți” [apud 60]. Asigurarea șanselor egale de afirmare și valorizare a potențialului intrinsec este esențială într-o societate democratică și incluzivă, bazată pe complementarism și colaborare reciprocă [73]. Uniunea Deficienților Fizici împotriva Segregării (UPIAS), o organizație pentru drepturile persoanelor cu dizabilități din Regatul Unit, a făcut distincția între deficiență și dizabilitate: deficiența înseamnă „lipsa unei părți sau a întregului membru, organ sau mecanism defect al corpului”, în timp ce dizabilitatea este un „dezavantaj” cauzat de societatea contemporană, care „exclue” persoanele cu dizabilități [330, p.14].

Conform opiniei expuse de Barnes C. (2003) [124], dizabilitatea este unul dintre mijloacele semnificative de diferențiere socială în societatea modernă, marcat substanțial de influența unor ideologii. Modul în care o societate exclude anumite grupuri sau indivizi implică procese de încadrare în categorii, punându-se accentul pe apariția și identificarea unor incapacități, pe aspectele inferioare și inacceptabile ale unei persoane [93; 53]. Oricare ar fi soarta persoanelor cu dizabilități înainte de apariția societății capitaliste și oricare va fi soarta lor în secolul XXI, aceștia au suferit continuu excluziune economică și socială [278, p.127]. Dizabilitatea evocă un loc marginalizat în societate, paradoxal, se găsește din ce în ce mai mult peste tot, datorită creșterii exponențiale a numărului de etichete psihiatrice, administrative și educaționale din ultimele decenii [198]. O persoană care se naște sau dobândește dizabilitatea, se confruntă adesea cu marginalizarea socială și are șanse semnificativ mai puține de a avea acces la beneficiile societății, fapt ce duce la sărăcie [203; 295]. Persoanele cu dizabilități au nevoie de sprijin din partea familiei și a comunității, în special atunci când există bariere structurale și socio-economice în calea incluziunii, iar acest mecanism de sprijin poate fi împiedicat de lipsa resurselor, precum și de preocupările familiilor cu privire la discriminare și stigmatizare [109; 234; 266]. La nivel individual, factorii excluziunii sociale sunt sănătatea individului, încrederea în sine, bunăstarea, educația, abilitățile, accesul la rețele și servicii de sprijin, eficacitatea și oportunitățile materiale. Acești factori întăresc reciproc mecanismul de excludere socială și au un impact negativ asupra vieții sociale a persoanelor cu dizabilități [64; 295].

Excluziunea socială este un proces. Poate implica refuzarea sistematică a drepturilor la resurse și servicii și inclusiv de a participa în condiții egale la relațiile sociale din sferile economică, socială, culturală sau politică. În context global, există o serie de studii, care au menționat dizabilitatea ca un produs al excluziunii sociale. O'grady și colab. [277] susțin că dintre toate grupurile dezavantajate din societate, persoanele cu dizabilități sunt cele mai excluse social.

Excluderea implică uneori și privarea de relații și rețele sociale, care prezintă componente semnificative ale participării [264; 120], și acest lucru poate avea o importanță intrinsecă. De exemplu, imposibilitatea de a relaționa cu ceilalți și de a lua parte la viața comunității poate sărăci direct viața unei persoane. Acesta este un caz de relevanță constitutivă a excluziunii sociale. În mod clar, anumite privațiuni relaționale pot, destul de ușor, să aibă atât o importanță constitutivă, cât și instrumentală, iar cel mai grav aspect al excluziunii sociale „excluderea din întreaga societate”, ceea ce indică non-participarea într-o perioadă lungă sau în mai multe domenii ale societății (sisteme de funcționare) [311, p.9]. Dizabilitatea în cadrul relațional nu prezintă un atribut al persoanei, dar un complex de condiții create de interacțiunea omului cu mediul social care determină nivelul de incluziune sau excluziune [60]. Privarea unei persoane de la drepturile fundamentale pentru un trai decent duce la izolare și sărăcie. Rezultatele studiului lui Gannon și Nolan (2005) [190] sugerează că dizabilitatea copleșește mai grav atunci când este asociată cu un nivel semnificativ mai scăzut de participare socială. Această situație este un factor important al auto-excluziunii sociale a persoanei cu dizabilități. Excluziunea socială și dezvoltarea inegală presupun o relație indirectă cu forma socială a relațiilor și caracterul corespunzător al dezvoltării economice [295].

Pentru analiza cauzală este important să se facă distincție între promovarea activă a excluziunii, fie la nivel de guvern sau de orice alt agent intenționat, și dezvoltarea pasivă a acesteia, care rezultă din anumite circumstanțe fără intenție sau acțiune volitivă. Uneori excluziunea activă poate duce la alte consecințe care nu au făcut parte din planul excluderii, dar sunt, totuși, rezultate direct vizate ale acestuia, chiar dacă nu au fost anticipate în mod clar (sau deloc prevăzute) [310], cum ar fi în cazul părinților ori familiilor copiilor cu dizabilități. Islam M. Rezaul (2014) [224] a dezvoltat o dimensiune, care arată atât sursele, cât și factorii cauzali influenți ai excluziunii sociale prin care persoanele cu dizabilități sunt excluse social la trei niveluri: de stat (macro nivel), comunitare/sociale (mezo nivel) și familial (micro nivel). Factorii cauzali sunt interrelaționați între ei și funcționează la nivel diferit, cu semnificații diferite și impact diferit pentru diferite sisteme sociale (vezi Anexa 1 A1.7).

Atunci când dizabilitatea este înțeleasă ca tip de excluziune socială, severitatea acesteia poate fi măsurată din punct de vedere social. Această măsurare este necesară pentru a explora structura intersubiectivă a excluderii sociale, manifestată la nivel de percepții și atitudini

individuale și sociale, asociată cu structura și funcționalitatea corporală. Severitatea dizabilității, în asemenea condiții, corelează cu gravitatea excluderii sociale. Când dizabilitatea este însoțită de excludere extremă, aceasta poate fi considerată gravă, și mai puțin gravă când este asociată cu excludere ușoară. Evaluând severitatea dizabilității conform modelelor tradiționale, dezvoltăm doar o parte a structurii excluziunii sociale, aceasta putând fi sau nu în concordanță cu circumstanțele „obiective” [303]. Aceasta, deoarece realitatea socială este cea care dezavantajează oamenii indiferent de tipul sau gradul lor de dizabilitate [330].

Instalarea dizabilității poate duce la o înrăutățire a bunăstării sociale și economice și la sărăcie printr-o mulțime de canale, inclusiv prin impactul negativ asupra educației, angajării, veniturilor și creșterii cheltuielilor legate de dizabilitate [227; 64]. Natura specifică a dezavantajului socio-economic experimentat de familiile care cresc copii cu dizabilități a fost puțin studiată, fiind acordată o atenție sporită indicatorilor de dificultate [252; 199]. O mai bună înțelegere a naturii specifice a dezavantajului socio-economic cu care se confruntă familiile care sprijină un copil cu dizabilități, poate oferi informații valoroase asupra posibilelor strategii pentru ameliorarea impactului acestuia asupra sănătății și dezvoltării copilului [182]. Deși sărăcia în familie este o componentă comună a riscurilor de excluziune socială, autori precum Sen (1992) [310], Room (1998) [299] și Atkinson (1998) [117] subliniază că acest concept cuprinde mai mult decât insuficiențele material-financiare. Ca și în cazul dizabilității, excluziunea socială poate să nu implice deloc sărăcia, incluzând alte dezavantaje subiectiv percepute și stataturi marginalizate, prin care individul este împiedicat să participe pe deplin la viața comunitară [158]. Familiile cu un membru cu dizabilități au mai multe șanse să se confrunte cu greutate materiale, inclusiv nesiguranța alimentării, locuințele sărăcăcioase, accesul dificil la sistemul de îngrijire medicală și sistemul educațional, participare socială lacunară inclusiv din cauza nivelului jos de educație [341; 267; 131; 249; 64].

Atkinson (1998) [117] identifică trei caracteristici definitorii ale rezultatelor excluziunii sociale: *relativitatea* constă în faptul că excluderea este definită de standardele și normele actuale, în special în ceea ce privește consumul; *agenția* subliniază acțiunea indivizilor de a se exclude din viața socială sau pentru a fi excluși de alții; *dinamica* apare în sensul că excluziunea socială constituie un proces care implică interacțiunea circumstanțelor și experiențelor în toate sferele vieții într-o perioadă de timp [158]. Dizabilitatea însumează toate aceste caracteristici ale excluziunii sociale.

Problematika dizabilității a fost și este abordată, în principal, din perspectiva a 3 modele: *medical*, care consideră că dificultățile persoanelor cu dizabilități sunt datorate inferiorității biologice și psihologice a acestora; *social*, care pune accentul pe mediul social neadaptat, considerat generator al dificultăților persoanelor cu deficiențe; *bazat pe drepturi*, instituționalizat

prin norma de drept [90]. Aceste modele continuă să fie o sursă de dezbatere teoretică în studiile privind dizabilitățile și exercită în mod clar o influență semnificativă asupra cercetărilor academice și politicilor sociale. Dowling și Dolan (2001) furnizează o aplicație a modelului social al dizabilității la nivel de familie, demonstrându-i relevanța pentru înțelegerea experienței acesteia, marcate de bariere invalidante prin care oportunitățile și eforturile persoanei cu dizabilități sunt strâns legate de realitatea intrafamilială. Experiența dizabilității poate fi explorată atât dintr-o perspectivă de „funcționare” individuală (inclusiv participare socială), cât și analizând întreaga funcționare a familiei. O preocupare esențială este sprijinul de care familiile au nevoie pentru a se asigura că copiii cu dizabilități, frații lor și părinții pot avea și menține o calitate a vieții fără expunere la excluziunea socială [apud 164, p.6].

Dizabilitatea actualizează solicitări sau provocări suplimentare în cadrul sistemului familial care se referă la tipul de dizabilitate, vârsta persoanei cu dizabilități și tipul de familie în care aceasta locuiește. Se atestă povara financiară asociată cu obținerea de servicii de sănătate, educație și sociale, cumpărarea sau închirierea de echipamente și dispozitive asistive, realizarea de acomodări la domiciliu, transport, medicamente și alimente speciale [272]. Un studiu efectuat pe un eșantion din 11 țări din Europa a constatat că părinții copiilor cu dizabilități adesea manifestă instabilitate emoțională, prezintă un statut economic jos, împărtășesc mai frecvent o divizare tradițională a rolurilor de gen, au o stare de sănătate mai afectată, bunăstarea lor este mai scăzută, mamele mențin mai puține contacte sociale, iar tații sunt mai puțin implicați emoțional în comunicare. În general, acești părinți se confruntă mai des cu singurătatea, izolarea, marginalizarea socială [172] și stigmatizarea. Conform afirmării, credința că individul stigmatizat nu merită titlul de ființă umană [242] determină variate discriminări ale persoanei respective, unele chiar neintenționate, dar care, în mod sistematic, îi reduc șansele în viață. În acest scop sunt construite ideologii prin care se caută explicația inferiorității individului stigmatizat și convingerea despre pericolul pe care îl reprezintă [95]. Caracteristicile generale ale stigmatizării conduc la excluziune socială, oportunități blocate și perturbare a interacțiunii sociale care au efecte sociale și psihologice majore asupra persoanelor [226].

În plus, starea socială și psihică a acestor părinți este modelată de sistemul de sănătate deficitar, instabilitatea politică și carențele legislative, crizele locale, regionale sau europene, modul de prevenire și îngrijire a copiilor cu nevoi speciale [209]. În Raportul cu privire la Monitorizarea implementării angajamentelor în domeniul dizabilității în contextul Acordului de Asociere Republica Moldova – Uniunea Europeană regăsim recomandarea: Perfecționarea metodologiei de acordare a ajutorului social, astfel ca să fie luate în calcul „cheltuielile legate de dizabilitate”, conform recomandărilor Comitetului ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități (Centrul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități) [apud 20]. În contextul social și

economic al Republicii Moldova, pentru familiile care au în grijă copii cu dizabilități oricare problemă de ordin socio-economic, și nu doar, este mai dificilă și mai complexă. În unele situații problemele sunt mai complicate și din perspectiva unei socializări deficitare, a izolării socio-educative a copilului [29]. Este important să se înțeleagă că incluziunea socială a copilului/tânărului este asigurată de incluziunea educațională, iar instituțiilor de învățământ le revine rolul primordial de accelerare a procesului dezvoltării mediului incluziv [69]. Promovarea educației incluzive, iar în consecință a unei atitudini și culturi incluzive, va determina instituirea unei formule de solidaritate umană [28]. Circumstanțele financiare ale familiilor copiilor cu dizabilități au fost, fără îndoială, relativ marginale în dezbaterile politice cu privire la excluderea și incluziunea lor socială, cu răspunsurile financiare la excludere subsumate în răspunsurile privind sărăcia copiilor, care tind să sublinieze munca parentală ca o cale spre incluziune. Studiile și cercetările realizate vin cu dovezi convingătoare că familiile care includ un copil cu dizabilități trăiesc riscuri iminente de a fi marginalizate din punct de vedere economic din mai multe motive, inclusiv: capacitatea părinților de a avea acces la locul de muncă (de exemplu, disponibilitatea unei îngrijiri adecvate pentru copil și la prețuri accesibile); dificultăți atunci când angajatorii eșuează în recunoașterea responsabilităților părintești; costuri asociate cu problemele de sănătate și dizabilitate; informații despre beneficii, acces, stabilitate și suficiență a prestațiilor [164]. Un concept central în teoria sistemelor familiale este că familia este mai mare decât suma părților sale. Un sistem familial face parte dintr-un suprasistem mai larg și este el însuși compus din mai multe subsisteme. Familia nu poate fi pe deplin înțeleasă prin examinarea membrilor sau subsistemelor individuale izolate unul de celălalt și de suprasistemele din care familia face parte. Este important să înțelegem cum se leagă aceste părți pentru a înțelege familia și nevoile ei în ansamblu [359; 263] și rolul crucial în procesul de socializare a individului, care în ultimă instanță, devine un produs al societății (sistemului social) care îl modelează și formează după structurile și criteriile adeseori independente de voința celui socializat [38]. Una dintre tezele fundamentale ale teoriei lui Kurt Lewin scoate în evidență faptul că orice comportament uman sau o altă mutație dintr-un câmp psihologic depinde de configurația particulară a acestuia din acel moment. Prin definiție, câmpul psihologic conține totalitatea faptelor coexistente în interdependența lor [246; 15, p.122].

Figura 1.1, intitulată „Modelul congruenței excluderii sociale și dizabilității,” oferă o sinteză a mecanismelor complexe care leagă excluderea socială de condiția de dizabilitate. Modelul evidențiază interdependența dintre patru dimensiuni cheie: sărăcia, funcționarea periclitată, non-participarea și distanțarea socială. În centrul acestui sistem se află factorul comun – dizabilitatea – influențată și, în același timp, influențând structuri sociale, cum ar fi familia și mediul social.

În mod specific, diagrama sugerează că dizabilitatea, prin impactul său asupra funcționării individuale, poate amplifica riscul de excluziune socială, cu manifestări precum sărăcia și distanțarea socială. De exemplu, non-participarea persoanelor cu dizabilități în activitățile sociale, educaționale sau de muncă poate întări mecanismele de excluziune socială, ducând la distanțare față de rețelele de suport și resursele comunitare. La rândul său, sărăcia și funcționarea periclitată, adesea rezultate ale dizabilității, creează o buclă de retroacțiune în care excluziunea socială devine atât o cauză, cât și un efect al dizabilității.

Conform acestui model, fiecare modificare într-unul dintre aceste domenii poate avea efecte în lanț asupra celorlalte, subliniind importanța abordării integrative în cercetarea și intervenția privind excluziunea socială asociată dizabilității. Această interdependență evidențiază complexitatea problemelor de incluziune socială și necesitatea unor politici publice adaptate, care să sprijine participarea activă și integrarea socială a persoanelor cu dizabilități în mod holistic.

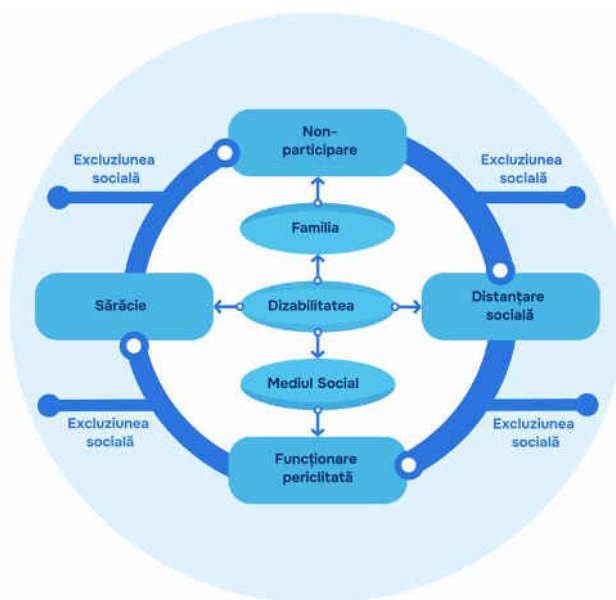


Fig. 1.1. Modelul congruenței excluziunii sociale și dizabilității

În examinarea autorității și structurii familiei, statutul socioeconomic a fost din nou inclus ca o variabilă contributivă [146]. Un studiu timpuriu a examinat nu doar statutul socioeconomic al familiei, ci și locul în care acesta a plasat familia în structura socială a acelei comunități [148], iar diferențe bazate pe statutul social perceput al familiilor, chiar dacă acestea au avut modele de socializare similare întotdeauna există [146].

Părinții care au un copil cu dizabilități trăiesc cu siguranță o provocare multidimensională pe care viața le-a rezervat-o fără drept de replică. Mai mult, indiferent de circumstanțele în care apare suferința emoțională, părinții trebuie să facă față celor mai dificile situații imaginate. Excluziunea socială nu este doar un rezultat al circumstanțelor momentului, ci și un impact asupra perspectivelor persoanei afectate și privarea de alte scenarii de evoluție pentru sistemul familial

[209]. Securitatea socială, accesul la educație și locuri de muncă, sistemele de sprijin financiar pentru copii și familiile acestora prezintă imperative pentru schimbările la nivel sistemic întru prevenirea excluziunii educaționale, sociale și economice [295]. Pentru familia care îngrijește un copil cu dizabilitate, efortul de a face față provocărilor cotidiene este dublu sau chiar triplu în asigurarea îngrijirii și educației acestuia [29]. Prevenirea excluziunii sociale a părinților care au copii cu dizabilități în grijă trebuie să fie în centrul tuturor politicilor de incluziune și sprijin al familiilor în dificultate [209]. Multe familii nu pot avea grijă de acești copii, deoarece nu au suficiente cunoștințe și abilități [211], acces limitat la servicii de sprijin pentru familii sau lipsa acestora la nivel local. Promovarea schimbării sociale, rezolvarea sau diminuarea problemelor sociale și contribuția la dezvoltarea autonomiei sociale a individului în scopul creșterii bunăstării acestuia sunt deziderate interconectate cu interacțiunea continuă între sistemul social al individului și sistemele sociale generale pentru a facilita schimbările sociale planificate [212, p.236].

Dizabilitatea copilului afectează puternic funcționalitatea familiei ca sistem și o plasează în riscul de excluziune socială. Variabilele vieții cotidiene a familiei sunt supuse unor modificări esențiale: oricare dintre acestea este condiționată de nevoile copilului cu dizabilitate. Asistența psihologică, socială, medicală sau de altă natură este orientată cu preponderență asupra copilului și mai puțin este raportată la nevoile membrilor familiei acestuia [89]. În *concluzie*: familia copilului cu dizabilități este un grup în dificultate care necesită asistență pluridimensională și multiaspectuală întru prevenirea excluziunii sociale.

1.4. Reziliența familiei copilului cu dizabilități ca strategie de prevenire a excluziunii sociale

Fenomenul „excluziunii sociale”, riscurile excluziunii asociate dizabilității analizate în subcapitolele anterioare impun reacții prompte. Abordând dizabilitatea ca un factor care determină excluziunea socială, managementul acestei probleme necesită acțiuni și intervenții care depind de responsabilitatea comună a întregii societăți, în sensul contribuției fiecăruia la schimbări de mediu și de atitudine necesare pentru ca persoanele cu dizabilități să poată participa la toate aspectele vieții sociale pentru a fi incluse în viața comunitară [60].

Familia reprezintă sistemul care trebuie să asigure protecție și siguranță, acces la educație și oportunități de valorificare a potențialului membrilor săi (subsisteme) [56]. Familia este un loc afectiv privilegiat, în care există relații intime, emoții și sentimente. Potrivit lui Andrew Solomon [92], esența condiției noastre rezidă în caracterul de *excepție* al ființei umane, în ceea ce ne diferențiază pe unii de ceilalți, unindu-ne în același timp. Familiile despre care scrie psihiatrul american se confruntă cu probleme precum surditatea, nanismul, sindromul Down, autismul, schizofrenia, cu situația copiilor afectați de dizabilități de tot soiul, a celor supradotați, născuți în

urma unui viol sau delincvenți, a celor care aleg să-și schimbe genul. Toate acestea pot duce la izolarea oamenilor sau de-a dreptul la excluderea lor din societate. În cazul dizabilității copilului, funcționalitatea familiei este condiționată de gradul în care sănătatea fizică a acestuia a provocat îngrijorare, gradul în care starea emoțională sau comportamentul a cauzat îngrijorare, gradul în care sănătatea sau conduitele au limitat tipurile sau chiar au întrerupt activitățile familiale [179; 33].

Anunțul unei deficiențe a nou-născutului, prima etapă a unui lung și dificil proces evolutiv atât pentru copil, cât și pentru familie, are un ecou și o rezonanță puternică. În astfel de situații, fiecare familie are propriul parcurs, propriul mod de a reacționa, în funcție de structura sa, de personalitatea membrilor ei, de situația profesională și economică, de zona geografică în care trăiesc, de susținerea din partea anturajului sau a familiei lărgite, de posibilitățile de acces la viața comunității etc. Cu toate acestea, dificultățile cărora familia trebuie să le facă față sunt asemănătoare [88, p.179]. Când dizabilitatea este dezvăluită, întreaga familie începe o luptă de adaptare pentru a-și recupera echilibrul. Deși un singur membru al familiei este cu dizabilitate, toți sunt afectați și, într-o anumită măsură, dezactivați de acesta [123]. Criza generată de diagnosticul care arată că ceva nu este în regulă cu copilul lor, este probabil experiența cea mai dificilă și paralizantă pentru părinți. În cele mai multe cazuri, reacțiile părinților sunt negative, similare celor în urma unei pierderi ireparabile. Cei mai mulți dintre cercetătorii care au fost preocupați de această problematică au surprins faptul că, atunci când vorbim despre copiii cu dizabilități nu putem să nu raportăm problemele cu care se confruntă la membrii familiilor acestora. Suferința cronică generată de dizabilitatea copilului are implicații asupra funcționării familiei în general. Ca și sistem, familia poate experimenta perioade intense de stres, poate învăța din aceste experiențe și poate deveni mai puternică [91].

Reacțiile părinților la aflarea diagnosticului sunt variate. O reacție des întâlnită este *negarea*, urmată de furie, adesea îndreptată împotriva personalului medical implicat în stabilirea diagnosticului. *Furia* e accentuată de sentimentul de durere și pierdere căruia părinții nu știu cum să-i facă față. *Teama* este o altă reacție obișnuită. În mintea părinților se naște întrebarea: „Ce se va întâmpla cu copilul meu?”. Intervine apoi sentimentul de *vină* și preocuparea față de posibilele greșeli pe care părinții cred că le-ar fi făcut. Această perioadă poate fi marcată și de confuzie, insomnii, dificultatea de a lua decizii, senzația de suprasolicitare. Neputința de a schimba situația poate fi foarte greu de acceptat. *Dezamăgirea* față de imperfecțiunea copilului sau sentimentul de *respingere* a acestuia pot fi de asemenea, trăiri ale părinților copiilor cu dizabilități [4, p.6]. Alte stări și emoții trăite de părinții copiilor cu dizabilități pot lua forma *depresiei*: există dovezi care sugerează că mamele copiilor cu dizabilități prezintă un risc crescut de simptome depresive din cauza stresului parental, comparativ cu părinții copiilor fără dizabilități [363]. În contextul

dizabilității, survin schimbări esențiale în viața familiei, iar situația părinților devine destul de stresantă [70]. Deși, în general, există mai puține cercetări asupra taților, unele dovezi sugerează că cei cu copii cu dizabilități se confruntă și cu un risc crescut de depresie. *Anxietatea*: odată ce familiile încep să învețe mai multe despre dizabilitățile copilului lor, pot apărea îngrijorări. *Anxietatea* poate face dificil pentru oameni să evolueze sau să facă schimbări. *Negocierea*: etapa gândirii magice și a așteptărilor nerealiste. *Îngrijitorii primari (părinții)* pot crede că dacă lucrează suficient de mult pentru a-și ajuta copilul vor fi răsplătiți prin „vindecarea” acestuia sau că simptomele dizabilității vor dispărea. Nu există o ordine specifică pentru aceste etape și nici toate familiile nu experimentează fiecare dintre aceste emoții [328]. Datorită diferitelor opinii culturale despre dizabilități, unele familii aleg să nu împărtășească familiei extinse și prietenilor dizabilitatea copilului lor. S-ar putea să *simtă rușine* sau să nu fie siguri de modul în care vor reacționa alții, să resimtă frica că apropiații nu vor accepta copilul lor cu dizabilității [327]. Părinții copiilor cu dizabilități se simt, de asemenea, foarte singuri în călătoriile lor unice care sunt în afara „normei” experiențelor tipice parentale [333]. Apariția bolii (dizabilității) perturbă funcționarea familiei și afectează calitatea vieții [162; 276; 169], deoarece familia devine parte integrantă și activă a întregului proces de tratament, reabilitare și grijă a copilului.

Orice parenting are o întrebare decisivă: în ce măsură părinții ar trebui să-și accepte copiii așa cum sunt și în ce măsură ar trebui să-i ajute să devină mai buni. Bazându-se pe patruzeci de mii de pagini de transcriere a interviurilor cu mai mult de trei sute de familii, Solomon exploatează elocvența oamenilor obișnuiți care se confruntă cu provocări extreme. Multe familii se apropie între ele prin îngrijirea unui copil (*cu comportament*) provocator; majoritatea descoperă comunități (*ale părinților*) de sprijin reciproc afectați în mod asemănător (*cu experiențe similare*); unii sunt inspirați să devină avocați și activiști, celebrând chiar condițiile de care se temeau cândva [92]. Competențele parentale bune oferă șansa unui parenting pozitiv, bazat pe înțelegere și sprijin, pe dragoste și răbdare în comunicarea cu copilul [36], părinții fiind factorii decisivi în crearea confortului psihic și fizic a copilului, iar în contextul dizabilității este de neconceput lipsa unei asistări pertinente acestor familii [94].

Cercetările anterioare au arătat că familiile copiilor cu dizabilități sau cu nevoi complexe de sănătate pot experimenta stres fizic, social și emoțional în a face față vieții de zi cu zi. Necesitatea de a oferi îngrijire suplimentară pentru copilul lor are un impact semnificativ asupra calității vieții membrilor familiei copilului și are potențialul de a afecta angajamentul social, angajarea, veniturile și finanțele familiei, utilizarea serviciilor de sănătate și de asistență socială și psihică, sănătatea fizică a membrilor familiei [354; 309; 219; 32]. Părinții copiilor cu dizabilități în mod direct resimt barierele în participarea copiilor ca membri egali ai societății [27, p.47]. Există dovezi suficiente care sugerează că îngrijirea unui copil cu o boală cronică sau orice tip de

dizabilitate sau tulburare este foarte stresantă. Deși poate părea că familiile care au știut de dizabilitatea copilului lor de ceva timp s-au adaptat și acceptă situația, este important să ne amintim că experiența emoțională a fiecărui individ este diferită și este profund influențată de cultura, relațiile și mediul lor [327]. Știm că nivelurile ridicate de suferință sunt legate de bunăstarea psihologică mai scăzută a părinților și a copilului și pot afecta indirect comportamentul parental și rezultatele copilului [214; 233; 334; 352].

Pentru multe familii, acumularea de factori de stres poate duce la criză ca o perturbare acută a homeostaziei psihologice în care mecanismele obișnuite de coping eșuează, manifestându-se stări de suferință și deficiență funcțională. Reacția subiectivă la experiența de viață stresantă compromite stabilitatea și capacitatea individului de a face față sau de a funcționa [297]. Cei trei precursori ai crizei, cel mai frecvent acceptați, au fost severitatea problemei, nevoia de servicii și comunicarea insuficientă cu furnizorii de servicii. În timpul crizei sau după aceasta familiile au nevoie de sprijin social și strategii care să le ajute să facă față, apelând la serviciile de urgență pentru a se convinge că sunt preocupate de viitorul copilului lor [352]. O criză poate apărea atunci când există un dezechilibru mare „care apare în sistemul familial atunci când natura și/sau numărul cererilor depășesc capacitățile existente ale familiei” [286, p.209]. În studiul „*Defining crisis in families of individuals with autism spectrum disorders*”, realizat de Weiss, J. A., Wingsiong, A., & Lunsky, Y. (2014) [352] se analizează importanța înțelegerii crizei pentru familie în contextul dizabilității. Cadrele multiple ale proceselor familiale subliniază că mamele într-adevăr pot face față factorilor de stres și se pot adapta cu succes, doar că atunci când eșuează, familiile pot experimenta perioade de criză. Atât modelul ABCX dublu [259], cât și modelul de adaptare a familiei (FAAR) [286] sugerează că acumularea de factori de stres în viața unui părinte poate fi atenuată de resursele lor interne și externe și de sensul aplicat situației lor, adaptarea cu succes și bunăstarea fiind un rezultat posibil. Spre deosebire de stresul cronic, criza subliniază o experiență negativă subiectivă acută care amenință funcționarea, valorile și scopurile unui individ [127]. Putem vorbi despre o criză în familie la nivel profesional, financiar și axiologic, care apare atunci când, în ciuda strategiei aplicate, nu este posibilă restabilirea echilibrului actual, când echilibrul realizat se dovedește a fi instabil în fața unor provocări noi, dificile [175; 169]. Poate cel mai insidios element de stres (pentru familia în care există un copil cu dizabilități), este izolarea socială rezultată în urma retragerii prietenilor sau, dimpotrivă, a izolării părinților confrunțați cu milă sau lipsă de înțelegere a prietenilor [87].

Cercetările și practicile din ultimii ani demonstrează că o *familie rezilientă* și puternică poate asigura îngrijirea necesară copiilor săi, indiferent de dificultatea cu care se confruntă sau în pofida mediului nefavorabil în care trăiește. Reziliența familiei este capacitatea de a menține sau relua funcționarea eficientă – inclusiv îngrijirea membrilor săi – în urma unor evenimente potențial

traumatice. Reziliența familiei implică adaptare în timp. Într-adevăr, unii factori de stres traumatici declanșează o cascadă de dificultăți, uneori familiile pot „reveni” la felul în care erau înainte de evenimentele traumatice; alții, reziliența implică efectuarea de modificări pentru a permite funcționarea cu succes în circumstanțe schimbate. Oamenii mereu interacționează și acumulează experiență. Capacitatea de a face față unor evenimente nefaste (pierderi, traume, crize, dizabilitate, stres continuu etc.) constituie acea reziliență pe care o posedăm fiecare într-un mod natural; acea stare de a ne recupera, a merge mai departe, de a înfrunta provocări și a depăși dificultăți într-un mod pozitiv și rezilient. Modalitatea prin care ne dezvoltăm reziliența psihologică individuală, este determinată de o multitudine de factori: capacitatea de a ne adapta la schimbare, de a accepta schimbarea și a continua să interacționăm pozitiv social, de instrumentele individuale pe care le folosim în situații nefavorabile, de rețeaua de suport social, de factorii sociali contextuali etc. [37]. Dezvoltarea rezilienței la familiile care îngrijesc copii cu dizabilități este un subiect care a fost tratat preponderent din perspectiva abordării medicale, a stresului pe care îl trăiește familia, a factorilor care generează stresul, și mai puțin din perspectiva necesității creșterii capacității familiei de a face față, de a se adapta la dizabilitatea copilului. Prezența unui copil cu dizabilități în familie este un stresor continuu, un factor care impune familia să găsească strategii de adaptare, să instituie echilibru între schimbare și stabilitate prin adaptabilitate. Este necesară înțelegerea rezilienței și dezvoltarea acesteia la familiile copiilor cu dizabilități și în nevoia stringentă de a elabora și implementa programe de dezvoltare a rezilienței părinților din momentul aflării diagnozei copilului și pe parcursul vieții [32]. Dintr-o perspectivă a rezilienței, ceea ce contează mai mult sunt relațiile dintre factorii de rezistență intrapersonală, cum ar fi locul de control, autoreglarea emoțională, spiritualitatea, angajamentul și factorii de rezistență interpersonală, cum ar fi sprijinul social și familial [138]. Toți acești factori lucrează împreună cu un efect cumulativ (adică, cu cât mai mult se depășesc cu succes provocările, cu atât sporește capacitatea de reziliență). Este logic că sprijinirea practicilor de reziliență ar putea aduce beneficii persoanelor care insistă să se adapteze la experiența dizabilității [321; 33].

Multă vreme, cercetările psihologice s-au concentrat pe identificarea cauzelor deficitelor și problemelor adaptive. În ultimele două decenii, totuși, am fost martorii unei schimbări de accent. Cercetătorii au devenit interesați să identifice de ce unii indivizi fac față sau chiar prosperă în fața adversității, în timp ce alții se prăbușesc [202]. Conceptul de reziliență a ajuns în prim-plan în psihologia dezvoltării și în teoria, cercetarea și practica din domeniul asistenței sociale, a sănătății mintale, contracarând accentul predominant pe disfuncții și tulburări [141]. Reziliența este un construct supraordonat care însumează două dimensiuni distincte - adversitate semnificativă și adaptare pozitivă - și, prin urmare, nu este niciodată măsurată direct, fiind dedusă indirect pe baza dovezilor celor două constructe subsumate [251]. Pentru a înțelege și promova

reziliența, este important să o distingem de așteptările comune de a „reveni doar” și de miturile „invulnerabilității” și „autosuficienței”. Ca documente de cercetare, reziliența se formează prin suferință și luptă și se bazează relațional prin interdependența noastră cu ceilalți [343]. În contextul familiei, reziliența se referă la capacitatea întregii unități familiale de a fi rezistentă. Potrivit lui Walsh [342], adversitatea perseverentă sau crizele grave împiedică funcționarea unității familiale și afectează toți membrii familiei și relația dintre ei. Procesele cheie ale familiei legate de mecanismele de reziliență au potențialul de a media recuperarea de la factorii de stres semnificativi prin atenuarea stresului și disfuncției, și facilitarea adaptării optime [105]. Conceptualizarea rezilienței familiei de către Walsh [344; 342] se concentrează pe unitatea familială funcțională, luând în considerare riscul și reziliența printr-un proces dinamic, mai degrabă decât să privească membrii familiei ca resurse pentru reziliența individuală [257]. Dezvoltarea modelelor de reziliență provine din necesitatea de a explica, descrie și înțelege modelele, comportamentul și interacțiunile diferite și unice utilizate de familii în interior și în exterior în încercarea de a face față dificultăților. Această dezvoltare a fost activată în continuare de dificultățile legate de operaționalizarea rezilienței familiei în scopuri de cercetare, întrucât este un construct social, care nu este static, ci orientat spre proces [136; 217; 344]. Sinteza cercetărilor anterioare și relevare a rezilienței se bazează pe cadrele teoretice ale rezilienței familiale și modelele rezilienței familiale elaborate și propuse de cercetători pe parcursul a ultimilor două decenii: 1) Modelul biopsihosocial de reziliență/ The biopsychosocial model of resilience; 2) Modelul stresului în familiile copiilor cu dizabilități de dezvoltare: Aplicații clinice și de cercetare /A Model of Stress in Families of Children with Developmental Disabilities: Clinical and Research Applications; 3) Modelul rezilienței prin adaptare și ajustare familială /Family Resiliency Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation (The Family Adjustment and Adaptation Response Model (FAAR)); 4) Modelul Cadrului de reziliență a familiei/ Family Resilience Framework; 5) Modelul socio-ecologic /Bronfenbrenner's ecological model [32] (vezi Anexa 1 A1.8).

Studiile privind reziliența individuală au avansat considerabil, însă acum devine tot mai necesară o atenție sporită asupra rezilienței familiale, având în vedere rolul crucial al relațiilor pozitive în consolidarea acesteia. Într-un context social în care accesul la resurse externe este limitat, devine esențial să sprijinim familiile în construirea unor strategii de adaptare bazate pe propriile resurse. În acest scop, familiile ar trebui să fie susținute nu doar în valorificarea resurselor interne, dar și în identificarea unor resurse externe adiționale.

Mai mult, schimbările sociale și măsurile care vizează reducerea problemelor sociale, precum și promovarea autonomiei sociale a individului și a grupurilor vulnerabile, sunt esențiale pentru creșterea bunăstării prin asigurarea accesului la serviciile de sprijin psihosocial în condiții de egalitate și nediscriminare [33; 32]. Aceste măsuri trebuie să asigure accesul echitabil la servicii

de suport psihosocial pentru toți cei în nevoie, menționând în acest context sprijinul grupurilor dezavantajate prin dizabilitate¹, fără discriminare sau bariere de acces.

Cadrul de reziliență a familiei a fost dezvoltat ca o hartă conceptuală pentru a ghida practicienii să identifice și să vizeze procesele cheie familiale care pot reduce stresul și vulnerabilitatea în situații cu risc ridicat; încurajează vindecarea și creșterea din criză; și să împuternicească familiile să depășească adversitatea prelungită. Walsh F. [345] a identificat nouă procese cheie în reziliența familiei organizate conceptual în trei domenii ale funcționării familiei: sistemele de credințe ale familiei, procesele organizaționale și procesele de rezolvare a problemelor de comunicare. Cele nouă procese cheie sunt reciproc interactive și sinergice, în cadrul și între domenii (Anexa 1 A1.9.).

Reziliența familiei care îngrijește un copil cu dizabilități este desigur un construct complex care este condiționat de o multitudine de aspect psihosociale la nivel individual și de grup: gradul și complexitatea dizabilității copilului, nivelul economic al familiei (veniturile stabile), gradul de profesionalizare și angajare în câmpul muncii a părinților, atitudinea societății față de dizabilitate, capacitatea statului și a societății civile de a oferi sprijinul necesar acestor familii etc. În aceste circumstanțe, reziliența familiei copilului cu dizabilități este mai degrabă un construct social cumulat din mai multe trăsături și abilități individuale și de grup care să permită înfruntarea adversităților și menținerea funcționării familiale [33].

În rezultatul analizei surselor bibliografice cu referință la subiectul investigației a fost formulată **problema cercetării**, constă în necesitatea definirii factorilor determinanți și elucidării naturii bilaterale a excluziunii sociale (heteroexcluziune și autoexcluziune) a părinților care au în grija lor copii cu dizabilități, precum și în identificarea soluțiilor de prevenire a excluziunii prin dezvoltarea abilităților de participare socială.

În conformitate cu această problemă a fost formulată **ipoteza de fond a cercetării**: Excluziunea socială a familiilor care au în grija lor copil/copii cu dizabilități se manifestă în confluența dintre heteroexcluziunea manifestată de populație în distanțe sociale și atitudini față de abilitățile care asigură participarea socială a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate, și autoexcluziunea părinților din lotul-țintă exprimată în autodistanțare și tonalitatea afectivă a emoțiilor autoreferențiale.

Problema și ipoteza cercetării au condus la formularea scopului și obiectivelor investigației de constatare, care sunt expuse în capitolul 2 al lucrării.

¹ Încadrăm familia care are în grija sa copil/copii cu dizabilitate în categoria „grup dezavantajat prin dizabilitate”, aceasta prezentând un grup social care, conform modelului propus al congruenței dizabilității și excluziunii sociale, întrunește caracteristicile de risc iminent – sărăcie, distanțare socială, non-participare și funcționare periclitată.

1.5. Concluzii la Capitolul 1

Studiul manifestării psihosociale a fenomenului excluziunii sociale a părinților care au în grijă copii cu dizabilități a permis sintetizarea următoarelor concluzii relevante pentru organizarea cercetării experimentale.

1. Definirea fenomenului „*excluziunii sociale*” este într-o continuă transformare fiind un construct, care se modelează în conformitate cu procesele sociale care au loc la toate nivelurile societale într-un context socio-cultural și istoric concret. Definiția propusă de noi în urma studiului teoretic, tinde să reflecte situația grupurilor sociale în situații de risc, inclusiv părinții/famiiliile copiilor cu dizabilități și natura bilaterală a fenomenului: *excluziunea socială ca un fenomen complex, multidimensional, dinamic, interactiv și multinivellar, care reprezintă non-participarea sau participarea inadecvată, ce generează distanțare socială a indivizilor și grupurilor dezavantajate prin dizabilitate, funcționarea socială fiind periclitată și menținută de natura bilaterală a fenomenului – heteroexcluziune și autoexcluziune.*

2. Analiza teoriilor explicative ne-a permis să conturăm cadrul teoretic al cercetării experimentale prin înțelegerea premiselor și condițiilor excluziunii sociale: familia este un sistem elemente componente aflate într-o interacțiune continuă în interiorul sistemului și intersistemică (*Teoria generale a sistemelor*), influențându-se reciproc la nivelurile macro-, exo-, mezo-, micro-și nano (*Teoria sistemelor ecologice*) inclusiv ca sisteme sociale care acționează prin comunicare (*Teoria sistemelor sociale*). Stigmatizarea are un rol cauzal în reproducerea inegalității sociale, o cauză a sentimentului de rușine pentru anumite aspecte ale identității stigmatizate (*Teoria stigmatului*). Atribuirea dispozițională (cauza internă) vs. cea situațională (cauza externă) (*Teoria atriburii*) corelează direct cu natura excluziunii sociale a părinților copiilor cu dizabilități (hetero- și auto- atribuire). Atitudinile față de o situație sau problemă se manifestă prin acceptare, respingere sau neangajare a individului (*Teoria judecății sociale*) în contextul judecăților despre sine, considerate a fi asociate cu rezultatul comparațiilor sociale intra- și intergrup (*Teoria identității sociale*). Comportamentul social se învață prin observare, asimilare, imitare și modelarea noilor comportamente (*Teoria învățării sociale*) asigurând o schimbare prin înfruntarea forțelor de rezistență (*Teoria câmpului social*) care, pot parveni atât de la sursele, cât și țintele excluziunii sociale (*Teoria Responsivă a Excluziunii Sociale*). Aceste elemente sunt esențiale în planificarea schimbării sociale.

3. Înțelegerea familiei ca subsistem al sistemului general – societatea – ne-a elucidat rolurile părinților în îngrijirea copilului cu dizabilități: tatăl are asumat rolul de asigurare materială a familiei, rol instrumental care servește dubla funcție de a lega familia de lumea exterioară și de a o menține ca entitate viabilă (funcția de adaptare), iar mama îndeplinește rolul de a asigura întreținerea internă a unității familiale. Natura consensuală a acestei abordări a fost supusă

criticilor dure, fiind menționate schimbările în funcționalitatea familiei moderne. Dar, vom susține că aceste postulate se „pliază” exact pe înțelegerea „prezenței omise” sau ocazionale a tatălui în îngrijirea copilului cu dizabilități, în spațiul socio-cultural și istoric al Republicii Moldova (menționând că excluziunea socială are loc *într-un spațiu concret și etapă concretă*).

4. Realitatea socială este cea care dezavantajează oamenii indiferent de tipul sau gradul lor de dizabilitate. Evaluând severitatea dizabilității conform modelelor tradiționale, dezvoltăm doar o parte a structurii excluziunii sociale, aceasta putând fi sau nu în concordanță cu circumstanțele „obiective”: severitatea dizabilității măsurată din punct de vedere social prezintă structura intersubiectivă a excluderii sociale, manifestată la nivel de percepții, atitudini individuale, sociale, asociată cu structura și funcționalitatea corporală.

5. Dizabilitatea copilului se manifestă ca un „dezavantaj social” care afectează puternic funcționalitatea familiei ca sistem și o plasează în riscul de excluziune socială. Din aceste considerente am înaintat noțiunea de „grup dezavantajat prin dizabilitate”. Modelul propus al congruenței dizabilității și excluziunii sociale, generalizează analizele expuse în cercetarea teoretică și argumentează noțiunea de „grup dezavantajat prin dizabilitate”.

6. Prezența unui copil cu dizabilități în familie este un stresor continuu, un factor care impune familia să găsească strategii de adaptare, să găsească echilibrul între schimbare și stabilitate prin adaptabilitate. Dezvoltarea rezilienței oferă familiei copilului cu dizabilități mai multe șanse de adaptare la dizabilitate și o participare socială activă în pofida mediului nefavorabil în care trăiește.

2. INTERDEPENDENȚA HETEROEXLUZIUNII ȘI AUTOEXCUZIUNII SOCIALE PRIN DIZABILITATE (CERCETARE EXPERIMENTALĂ DE CONSTATARE)

2.1. Designul experimental și descrierea metodelor cercetării

Fundamentare metodologică a cercetării experimentale de constatare. Această etapă a cercetării a fost precedată de o etapă de documentare și identificare a cadrului conceptual și metodologic, de analiză a complexității structurii fenomenului excluziunii sociale a părinților care au în grija lor copii cu dizabilități, analizată și confirmată de rezultatele cercetărilor științifice cu privire la fenomenul excluziunii și a dizabilității ca o condiție a excluziunii sociale.

Investigația se prezintă ca cercetare de tip exploratoriu, argumentată de căutarea răspunsurilor la întrebările generate de studiul teoretic:

- *Putem considera excluziunea socială un fenomen bilateral, incluzând hetero- și autoexcluziunea?*
- *Care este ponderea hetero- și autoexcluziunii în excluziunea socială?*
- *Cum atitudinile față de abilitățile de comunicare socială ale persoanelor din grupul dezavantajat prin dizabilitate reflectă condițiile sociale și disponibilitatea individuală pentru participare la viața comunitară?*
- *Care este rolul emoțiilor autoreferențiale în autoexcluziunea socială a părinților copiilor cu dizabilități?*
- *Influențează locul controlului, în calitatea sa de caracteristică globală de personalitate, caracterul emoțiilor autorerferențiale și, implicit, tendința de autoexcluziune a părinților copiilor cu dizabilități?*

Scopul cercetării de constatare: identificarea conținutului excluziunii sociale a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate, manifestat la nivel de hetero- și autodistanțare socială, determinând caracterul atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială, raportat la tonalitatea afectivă a emoțiilor referențiale și influențat de locul controlului părinților care au în grija lor copii cu dizabilități.

Obiectivele cercetării de constatare:

1. Elaborarea modelului integrativ al variabilelor cercetării experimentale de constatare care va include condițiile și manifestarea excuziunii sociale la nivelurile macro-, mezo-, microsocioal și nano.

2. Identificarea eșantionului investigației prin selectarea a două loturi: Lotul 1 – populația generală, Lotul 2 - părinții care au în grijă copii cu dizabilități, cu evidența caracteristicilor demografice de sex, vârstă, mediu de reședință, studii, statut marital, angajare/neangajare, statut

economic, și suplimentare pentru Lotul 2 – vârsta, sexul, numărul copiilor cu dizabilități, din localități care reprezintă Centrul Republicii Moldova – mun. Chișinău, localități urbane și rurale din raioanele Orhei, Călărași, Hîncești, Ialoveni; Nordul – mun. Bălți și raionul Florești; Sudul – raionul Cimișlia și Cantemir.

3. Analiza manifestării la niveluri macro- și mezo a excluziunii sociale prin măsurarea distanțelor sociale și a atitudinilor față de abilitățile social-comunicative și social-afective, activismul și implicarea socială, autoprezentarea persoanelor din grupurile dezavantajate prin dizabilitate în Loturile 1 și 2.

4. Identificarea particularităților de nivel nano- ale excluziunii sociale prin cercetarea emoțiilor referențiale și locul controlului părinților care au în grijă copii cu dizabilități.

5. Autoevaluarea de către părinții copiilor cu dizabilități și evaluarea de către populația generală a capacității de participare socială prin raportul dintre atitudinile asupra abilităților social-comunicative și social-afective, activismului și implicării sociale, autoprezentării și distanțele de grupurile de persoane cu situații similare.

6. Definiția excluziunii sociale prin luarea în cont a manifestării acesteia la nivel de hetero- și autoexcluziune – abordare psihosocială.

Pentru a realiza scopul și obiectivele cercetării de constatare am formulat următoarele ipoteze operaționale.

Ipoteza operațională 1: indicele distanței sociale, deci și tendința de manifestare a excluziunii sociale a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate, se atestă la nivel de hetero- și autoexcluziune, fiind mai înalt în raport cu persoanele adulte cu dizabilități.

Ipoteza operațională 2: indicele distanței sociale, și implicit tendința de manifestare a excluziunii sociale, este influențat de caracteristicile socio-demografice ale respondenților

Ipoteza operațională 3: atitudinile față de abilitățile social-comunicative, activismul și implicarea socială, abilitățile social-afective și autoprezentarea persoanelor din grupurile dezavantajate prin dizabilitate, precum și evaluările acordate acestora, reflectă o tendință de a le atribui incapacitatea de participare socială, tendință mai pronunțată în rândul respondenților din Lotul 1 și este corelată cu fenomenul de excluziune socială.

Ipoteza operațională 4: emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități prezintă tendințe spre culpabilitate, rușine, izolare și detașare, care reduc capacitatea de participare socială și condiționează autoexcluziunea.

Ipoteza operațională 5: locul controlului influențează emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități.

Modelul de operaționalizare a variabilelor verificate în cadrul cercetării de constatare. Modelul variabilelor propus în cadrul cercetării de constatare prezintă conținutul

excluziunii sociale a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate, analizat la nivelurile macro-, mezo-, micro- și nanosocial.

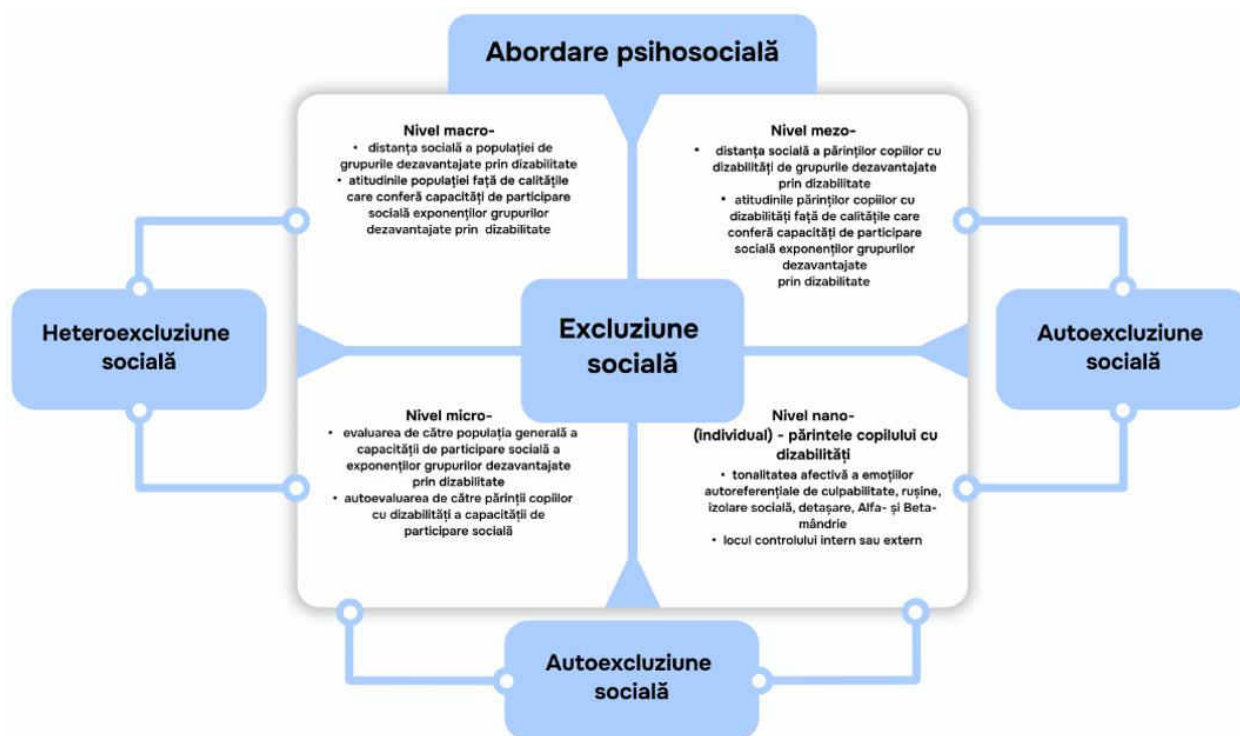


Fig. 2.1. Modelul variabilelor cercetării experimentale de constatare

Din acest model, în calitate de variabile definitorii se remarcă: 1) distanța socială a populației și părinților copiilor cu dizabilitate de grupurile dezavantajate prin dizabilitate; 2) atitudinile populației și părinților copiilor cu dizabilitate față de abilitățile care conferă capacități de participare socială exponenților grupurilor dezavantajate prin dizabilitate; 3) emoțiile autoreferențiale de culpabilitate, rușine, izolare socială, detașare, Alfa- și Beta-mândrie; 4) locul controlului. Cercetarea intensității manifestării fiecărei și aceste variabile, dar și a relațiilor corelaționale dintre acestea ne-a ajutat să testăm ipotezele operaționale pentru a defini fenomenul excluziunii sociale.

Instrumentele cercetării de constatare. *Instrumentele utilizate* prezintă chestionare de tip creion-hârtie, cu administrare individuală, fără limită de timp. *Modul de aplicare* – directă. Au fost întocmite 2 tipuri de chestionare: 1) pentru respondenți care nu au în grija lor copii cu dizabilități (numiți în textul lucrării populație generală) (vezi Anexa 2 A2.1); 2) pentru părinții care au în grija lor copii cu dizabilități (vezi Anexa 2 A2.2).

Ancheta demografică. S. Chelcea [19] definește ancheta ca „o metodă de cercetare ce vizează colectarea de informații cuantificabile în legătură cu problema de studiat de la un număr mare de subiecți, selectați în general prin tehnici specifice de eșantionare. S-a aplicat prin chestionar, instrumentul de investigare constând dintr-un ansamblu de întrebări scrise, ordonate logic [83], care solicită informații cu privire la vârstă, sex, mediul de proveniență, nivelul de studii,

angajare în câmpul muncii, starea civilă, nivelul socio-economic. Pentru părinții copiilor cu dizabilități chestionarul conține subiecte suplimentare cu referință la copilul cu dizabilitate: vârsta, sexul, numărul de copii cu dizabilități în familie).

Scala distanței sociale (E. S. Bogardus). Emory S. Bogardus elaborează prima formă a Scalei distanței sociale (SDS), definitivată în 1933 (*A Social Distance Scale*, in „*Sociology and Social Research*“, 1925, nr. 17) [139]. Scala măsoară „gradul de înțelegere și de afecțiune pe care persoanele îl simt unele față de celelalte“. SDS evidențiază atitudinea de acceptare a altor grupuri etnice sau de izolare, nu de suprimare a lor [139, p.302]. În spațiul românesc Scala distanței sociale a fost adaptată și aplicată pe un eșantion reprezentativ de către Septimiu Chelcea, în 1993 [17]. În Dicționarul de Sociologie (1993) Distanța socială se definește ca „diferență percepută și evaluată între persoane sau grupuri, prin raportare la un criteriu (o caracteristică a personalității sau a grupului, poziția în ierarhie, un mod de comportare etc.)” [101]. Dificultatea în evaluarea distanței sociale provine, în principal, din faptul că prezintă o problemă legată de atitudine, care uneori se bazează pe stereotipuri [74, p.66]. În Republica Moldova instrumentul a fost utilizat în cercetarea „Minoritățile sexuale: atitudini sociale și informarea populației” (2008) [77]. Metoda a fost folosită în cercetarea de față pentru măsurarea indicelui distanței sociale față de grupurile cercetate: familiile care au în grijă copii cu dizabilități, persoanele adulte cu dizabilități, copiii cu dizabilități, pe care în cercetare le-am întrunit sub denumirea de grupuri dezavantajate prin dizabilitate. Analiza de consistență internă a itemilor utilizați în cercetare a relevat coeficientul Cronbach Alpha de 0,789 la nivel acceptabili, fapt ce conferă credibilitate datelor colectate cu acesta. Metoda a fost aplicată ambelor loturi de respondenți.

Diferențialul semantic (C. E. Osgood). Bazele teoretice și instrumentale ale Diferențialului Semantic (OSD) al lui Osgood, au fost construite din 1957 de Osgood, Suci și Tannenbaum și prezentate în cartea lor fundamentală „Măsurarea sensului” [280]. Este un tip de scară de evaluare semantică care măsoară semnificația conotativă a unor concepte precum termeni, obiecte, evenimente, activități, idei etc. Ea surprinde componentele afective și cognitive ale atribuțiilor respondenților la concepte selectate la un nivel multidimensional. Spre deosebire de alte scale de evaluare, SD este aplicabil universal – măsoară asocierile, motivațiile, emoțiile, atitudinile etc., pentru aproape fiecare concept [289]. În literatura română de științe sociale informațiile detaliate despre OSD au apărut după 1989, mai întâi în dicționarele de sociologie în studiul atitudinilor sociale și al măsurării sentimentelor sociale. Paul Popescu-Neveanu, în ediția din 1978 a cunoscutului „Dicționar de psihologie” [66] a scris un articol despre diferențialul semantic, definit ca „fenomenul meditației (comparației) în relațiile lingvistice”, prin care considera că noi poate investiga nu numai conținutul semantic ci și „sensul afectiv-paradigmatic” [apud 320]. Metodologia românească oferă un algoritm dezvoltat încă din anii '80 al etapelor de

aplicare a diferențialului semantic adaptată după profesorul Mărginean [55]. Respondentul chestionarului alege o valoare pe o scală între două alternative opuse. Rezultatele ne permit să identificăm diferențele subtile în atitudinile respondenților cu ajutorul valorii medii.

În cercetarea de față am stabilit patru categorii de cuvinte cu sens antonimic, care urmau să identifice atitudinile față de abilitățile social-comunicative și social-afective, activismul și implicarea socială, autoprezentarea ale persoanelor din cadrul grupurilor dezavantajate prin dizabilitate: persoana adultă cu dizabilități, tata și mama copilului cu dizabilitate, și copilul cu dizabilitate. Analiza de consistența internă a itemilor a relevat coeficienți Cronbach Alpha foarte înalți (de la 0,951 la 0,972), fapt ce conferă credibilitate datelor colectate. Metoda a fost aplicată ambelor loturi de respondenți.

Scala atitudinilor față de familiile care îngrijesc copil/copii cu dizabilități. A fost întocmită exclusiv pentru cercetarea de față. Propune respondenților alegerea unei afirmații din 10, prin care poate fi calculată atitudinea generală – de la condamnare până la respect și susținere a familiilor care au în grijă copil/copii cu dizabilități. Rezultatele au fost utilizate pentru verificarea nivelului de hetero- /autoexcluziune. Corelația rezultatelor căpătate prin scala atitudinilor față de familiile care îngrijesc copii cu dizabilități și cele care prezintă distanța socială față de aceste familii a indicat la un raport de dependență directă ($r=0,413$ la $p<0,01$). Analiza de consistența internă a relevat un coeficient Cronbach Alpha acceptabil (0,799), fapt ce conferă credibilitate datelor colectate. Metoda a fost aplicată ambelor loturi de respondenți.

Test al afectelor care implică sinele (TOSCA). Testul afectelor care implică sinele (TOSCA) [325] este o măsură bazată pe scenarii a predispoziției caracteristice la vinovăție și rușine. Toate versiunile TOSCA constau din scenarii scurte pe care respondenții le-ar putea întâlni în viața de zi cu zi [324]. Fiecare scenariu este urmat de o serie de afirmații asociate care includ aspecte fenomenologice de rușine și vinovăție [348]. Scala originală constă din 15 scenarii, generate din descrierile participanților adulți ale experiențelor personale de vinovăție, rușine și mândrie, urmate de răspunsuri potențiale care reflectă diferite tendințe afective. Respondenții evaluează fiecare răspuns pe o scară de 5 puncte, indicând cât de probabil ar fi să reacționeze în modul descris (1 = puțin probabil, 5 = foarte probabil). Evaluările sunt însumate în diferite scenarii pentru a obține indici de predispoziție la vinovăție, predispoziție la rușine, exteriorizarea vinovăției, detașarea/neîngrijorarea, mândria alfa (adică mândria de sine) și mândria beta (adică mândria de comportament) [145]. Invarianța de măsurare se referă la grupurile care raportează aceleași scoruri observate atunci când au același nivel al trăsăturii de bază. Invarianța înseamnă că pentru grupurile care sunt comparate, măsura în cauză are aceleași proprietăți de măsurare și scalare și, astfel, scorurile observate pentru grupuri pot fi comparate direct [296; 348].

Testul a fost utilizat pentru a investiga relația dintre emoțiile autoreferențiale, în special rușine, vină, detașare, externalizare, Alfa-mândrie și Beta-mândrie, explorând capacitatea de gestiune a emoțiilor ca un potențial factor relevant în înțelegerea fenomenului excluziunii și autoexcluziunii sociale a părinților care au în grija sa copii cu dizabilități. Metoda a fost aplicată doar Lotului 2. Analiza de consistență internă a itemilor instrumentului utilizat în cercetare a relevat coeficientul Cronbach Alpha foarte înalți (0,930), fapt ce conferă credibilitate datelor colectate prin consistență internă. Metoda a fost aplicată doar Lotului 2 – părinților copiilor cu dizabilități.

Locus of control (locul controlului). Conceptul locus of control (locul controlului) își are originea în lucrările psihologului Julien Rotter (1966) [302] și reflectă credința pe care indivizii o au cu privire la ce sau cine controlează evenimentele importante din viața lor - ei înșiși sau alți factori externi cum ar fi alți indivizi, șansa, norocul, Guvernul, Divinitatea, ș.a.m.d. Conceptul de control intern sau extern derivă din teoria învățării sociale a lui Albert Bandura [122]. Ideea de bază a lui Rotter fiind următoarea: comportamentul unui individ este influențat de mediu și caracteristicile individului, mai exact, comportamentul individului, mediul și atributele personale se influențează reciproc. Cunoașterea Locus Control ca trăsătură de personalitate este utilă în organizarea workshop-urilor de management al stresului, pentru a-i ajuta pe cei cu Locus Control extern să adopte strategii de coping eficiente. La aplicarea probei subiecții sunt rugați să indice prin „Adevărat,, sau „Fals,, dacă afirmațiile prezentate corespund sau nu credințelor proprii. Pentru fiecare răspuns care corespunde cheii se alocă 1 punct și se calculează scorul total. Proba delimitează nivelele locului controlului subiectiv după cum urmează: 0 – 14 – loc al controlului intern; 15 - 29 – loc al controlului extern.

Analiza de consistență internă a itemilor instrumentului utilizat în cercetare a relevat coeficientul Cronbach Alpha foarte înalți (0,995), fapt ce conferă credibilitate datelor colectate prin consistență internă. Metoda a fost aplicată doar Lotului 2 – părinților copiilor cu dizabilități.

Metode statistice. Pentru analiza statistică au fost utilizate metode de calcul statistic diferențial și inferențial, atât parametrice, cât și neparametrice. Metodele diferențiale – calcularea frecvențelor, mediilor, cotelor procentuale, identificarea pragurilor valorice, varianței datelor, deviației și erorii standard – au fost folosite pentru analiza primară, generalizată, de tip cantitativ-calitativ, permițând o înțelegere amplă a distribuției datelor. Cele mai semnificative rezultate au fost prezentate sub formă de diagrame și tabele, facilitând vizualizarea tendințelor și a variațiilor identificate.

Pentru compararea diferențelor între grupuri, au fost aplicate metode de calcul statistic, cum ar fi t-Student, care a permis stabilirea diferenței dintre mediile pentru eșantioane independente. În cazul analizei variabilității între grupuri multiple, s-a utilizat testul ANOVA cu

ajustarea Bonferroni pentru compararea multiplă a mediilor, oferind un control mai riguros al erorii de tip I. În studiul corelațional, au fost aplicate corelația parametrică Pearson pentru analiza liniară a relațiilor dintre variabile și testul neparametric Kendall pentru investigarea asocierii ordinale între două caracteristici măsurate.

În cadrul experimentului de control, au fost utilizate teste statistice neparametrice precum testul Mann-Whitney U pentru eșantioane independente și testul Wilcoxon W pentru eșantioane pereche, acestea fiind adecvate pentru distribuții care nu îndeplinesc cerințele normalității. Aceste metode au contribuit la validarea ipotezelor și la interpretarea statistică a rezultatelor experimentale.

Descrierea eșantionului

Cercetarea s-a desfășurat în perioada 2017-2020 pe un eșantion constituit din 799 de persoane, conform numărului de chestionare luate în considerație din totalul de 1018 aplicate, completate în întregime (219 chestionare au fost completate parțial sau necompletate).

Aria geografică de realizare a experimentului de constatare: Centrul Republicii Moldova – mun. Chișinău, localități urbane și rurale din raioanele Orhei, Călărași, Hîncești, Ialoveni; Nordul – mun. Bălți și raionul Florești; Sudul – raionul Cimișlia și Cantemir.

Eșantionul cercetării și tipul de eșantionare: am creat eșantionul cercetării fără a urmări o reprezentativitate statistică raportată la populația generală studiată, dar am elaborat criterii de reprezentativitate în funcție de câteva categorii: regiunea geografică (sud, centru, nord și mun. Chișinău); sex, vârstă, studii, ocupare socio-profesională (angajat/neangajat), stare economică și stare civilă. Pentru părinții care au copii cu dizabilități am aplicat în plus un criteriu ce ține de datele copilului cu dizabilități (vârstă, sex, numărul de copii cu dizabilități în familie). Din motivul că nu există pentru populația generală studiată date privind structura socio-demografică, nu am putut elabora un eșantion reprezentativ și probabilistic. Cu toate acestea, am tins spre respectarea unui echilibru al structurii socio-demografice conform categoriilor menționate. Din motivul dimensiunii relativ reduse a populației-țintă, cercetarea noastră a depins în mare măsură de disponibilitatea potențialilor participanți în teren. Prin urmare, tipul de eșantionare îmbrățișat în cercetarea noastră este unul de tip non-probabilistic, stratificat, de conveniență.

Au fost utilizate două loturi de cercetare pentru a urmări natura bilaterală a excluziunii sociale: heteroexcluziunea – identificată prin măsurarea distanțelor sociale și atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor din grupurile dezavantajate prin dizabilitate în cadrul Lotului 1 (respondenți care nu au în grija lor copii cu dizabilități); autoexcluziunea – stabilită prin utilizarea acelorași metode, dar și prin raportarea rezultatelor privind distanțele și atitudinile sociale la manifestările psihoindividuale în Lotul 2 (respondenți care au în grija lor copii cu dizabilități). Numărul diferit de respondenți în Loturile 1 și 2 se explică

atât prin reprezentativitatea diferită a acestora în cadrul populației cât și prin intenția de a asigura o stratificare a eșantionului după anumite criterii socio-demografice, care în cazul Lotului 2 sunt mai puțin diversificate: sexul (în cadrul Lotului 2 domină femeile), vârsta (respectiv, unele categorii de vârstă nu sunt prezente), starea civilă (număr mare de persoane divorțate), starea economică (nu se înregistrează un nivel mediu).

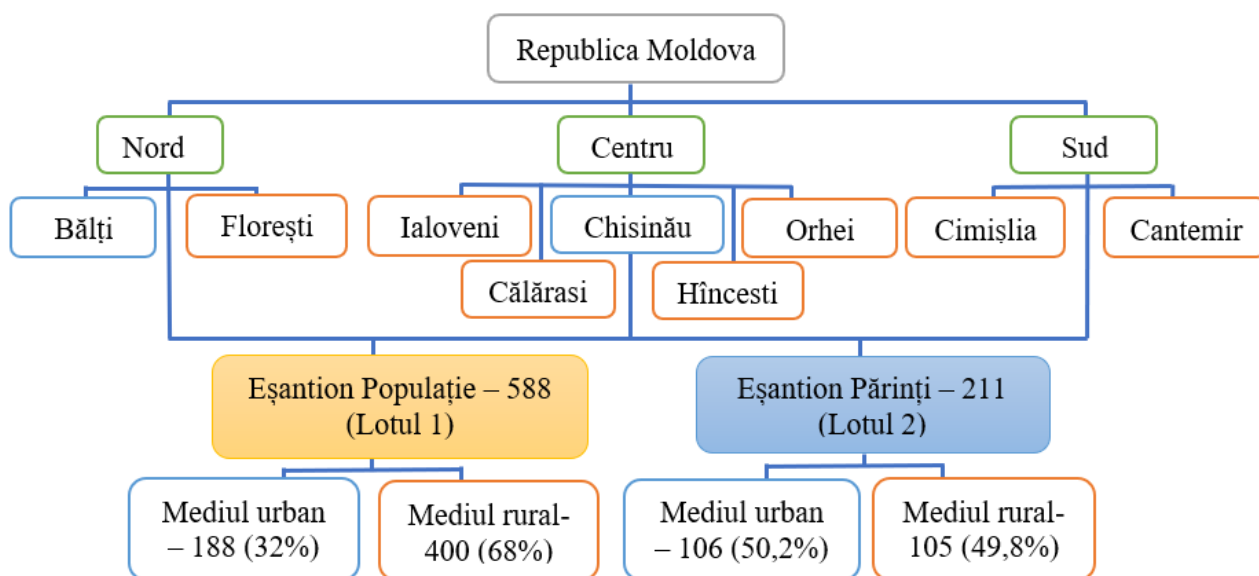


Fig. 2.2. Structura eșantionului cercetării conform criteriilor regiunea geografică și mediul de reședință

Caracterul stratificat și volumul relativ extins al eșantionului asigură cercetării noastre certe capacități de generalizare logică. Figura 2.2. și Tabelul 2.1. ilustrează structura eșantionului cercetării noastre.

Tabelul 2.1. Distribuirea eșantionului total al cercetării conform criteriilor socio-demografice

Structura Lotul 1	Sex		Vârsta					Studiile			
	Fem.	Masc.	16-18	19-25	26-35	36-55	56-75	Medii generale	Medii de specialit.	Superioare	
100% 588	67%	33%	36%	23%	17%	17%	7%	59%	18%	23%	
	395	193	211	136	98	102	41	345	105	138	
	Statut socio-profesional		Stare civilă				Stare economică				
	angajat		neangajat		Celibatară	Căsătorit	Divorțat	Concubinaj	insuficient	scăzut	mediu
	43%		75%		55%	39%	4%	2%	61%	29%	10%
	250		338		324	228	24	12	359	169	60
	Regiune geografică și mediu de locuire										
	mun. Chișinău		Nord			Centru			Sud		
	Urban	Rural	Urban	Rural	Urban	Rural	Urban	Rural	Urban	Rural	
	7,3%	15,5%	8,8%	16,0%	7,8%	22,6%	8,0%	13,9%			
43	91	52	94	46	133	47	82				

Structura Lotul 2	Sex		Vârsta					Studiile			
	Fem.	Masc.	16-18	19-25	26-35	36-55	56-75	Medii generale	Medii de specialit.	Superioare	
100% 211	76%	24%	0%	6,6%	31,7%	54,5%	7,2%	56%	38%	6%	
	160	51	0	14	67	115	15	118	81	12	
	Statut socio-profesional			Stare civilă				Stare economică			
	angajat		neangajat		Celibatar/ă	Căsătorit/ă	Divorțat/ă	Concubinaj	insuficient	scăzut	mediu
	62,5%		37,5%		2%	67%	30%	1%	48%	52%	0%
	131		80		4	142	62	3	102	109	0
	Regiune geografică și mediu de locuire										
	mun. Chișinău		Nord			Centru			Sud		
	Urban	Rural	Urban	Rural	Urban	Rural	Urban	Rural	Urban	Rural	
	11,4%	9,0%	12,8%	12,3%	16,1%	17,5%	10,0%	10,9%			
	24	19	27	26	34	37	21	23			
	Număr de copii cu dizabilități în familie										
	1 copil					2 și mai mulți copii					
	84%					16%					
	177					34					

Din Tabelul 2.1. putem observa o pondere mai mare de participare a femeilor în comparație cu bărbații pentru ambele Loturi: femeile din Lotul 1 constituie 67%, bărbați Lotul 1 33%, femei Lotul 2-76%, bărbați Lotul 2 -24%. Această discrepanță se datorează faptului că femeile sunt mai deschise pentru participare și au dat dovadă de un grad mai înalt de implicare în completarea chestionarului. Cei mai activi în participare Lotul 1 au fost respondenții din segmentul de vârstă „16-18 de ani” cu 36% urmași de grupul de vârstă (19-25 de ani) cu 23 %. Curiozitatea tinerilor și dorința de implicare în activități de cercetare, exprimarea opiniei vis-a-vis de unele subiecte, dar și efectul migrației în masă a categoriei de vârstă aptă de muncă (30-55 de ani), cei care sunt lipsă în mediul rural al Republicii Moldova, explică cota înaltă de participare a tinerilor. Pentru Lotul 2 majoritatea părinților care au participat la cercetare sunt din grupul de vârstă 36-55 de ani (54,5%). Din numărul total de respondenți în funcție de statutul „angajat în câmpul muncii”/ „neangajat” distribuția este în felul următor: Lotul 1 43% respondenți sunt angajați, iar 75% nu sunt angajați în câmpul muncii. Cota înaltă de persoane neangajate se explică prin participarea activă a grupelor de vârstă „16-18 de ani” și „19-25 de ani”, fiind grupul de populație care urmează un nivel de educație. Lotul 2 prezintă următoarele date cu privire la statutul socio-profesional: 62,5% angajați și 37,5% neangajați în câmpul muncii. Pentru Lotul 2 cota înaltă de angajare se argumentează de faptul că majoritatea părinților copiilor cu dizabilități sunt angajați în calitate de asistent personal al copilului cu dizabilități, serviciu instituit prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 314 din 23.05.2012 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Asistență personală” și a Standardelor minime de calitate [40]. Pentru a identifica nivelul de trai al respondenților prin prisma veniturilor, s-au oferit 3 variante de răspuns *insuficient, scăzut și mediu*, raportate la venitul mediu pe țară în sectorul real conform Hotărârea

Guvernului Republicii Moldova Nr. 165 din 09-03-2010 cu privire la cuantumul minim garantat al salariului în sectorul real [39]: un venit insuficient au 61% din populația Lotului 1 și 48% din populația Lotului 2, venit „scăzut” a fost apreciat de 29% din populația generală și 52% părinți, iar venitul mediu a fost atestat în cazul 10% Lotul 1 și 0% Lotul 2. Eșantionul general a fost chestionat și cu privire la nivelul de studii, astfel, Lotul 1 repartizându-se pe studii de liceu/student/ă 59%, studii medii de specialitate 18% și studii superioare 23%. Lotul 2 se prezintă după nivelul de studii în felul următor: 56% cu studii medii generale, 38% cu studii medii de specialitate și cu studii superioare 6%. După criteriul „starea civilă”, majoritatea respondenților din lotul 1 sunt cu statut de celibatar (ponderea grupului de vârstă 16 – 25 de ani), pentru Lotul 1 55%, respondenți căsătoriți 39%, divorțați 4% și concubinaj 2%, iar pentru Lotul 2 avem: celibatari 2%, căsătoriți 67%, în divorț 30% și în relații de concubinaj 1%.

2.2. Distanța socială ca indiciu al excluziunii sociale a părinților care au în grija lor copii cu dizabilități

Fenomenul neacceptării (intoleranței, marginalizării, excluziunii sociale) a persoanelor cu dizabilități a fost studiat în varii cercetări, studii ale percepțiilor și atitudinilor față de mai multe grupuri marginalizate. Mai puțin regăsim în aceste studii măsurarea distanței sociale față de grupurile cercetate: familia care îngrijește copilul cu dizabilități; persoana adultă cu dizabilități și copilul cu dizabilități.

În lucrarea sa „*The Rules of Sociological Method and Selected Texts on Sociology and its Method*”, Durkheim E. (1891) [177] vorbește despre faptul că este necesară studierea „substratului” vieții sociale, dar „morfologia socială” nu doar îl studiază așa cum a fost deja format, ci îl observă pe măsură ce evoluează, pentru a-l arăta în dinamică: „Dacă nu mă conformez convențiilor ordinare, dacă modul meu de îmbrăcăminte nu respectă obișnuințele țării mele, clasei mele sociale, râsul pe care-l provoc, *distanța socială* la care sunt ținut, produce, deși într-o formă mai puțin atenuată, aceleași rezultate ca orice pedeapsă reală”. Constatăm că încă Durkheim a introdus sensul termenului de „*distanță socială*”, ca fiind provocată de un comportament care nu corespunde regulilor, exigențelor sau obișnuințelor grupului majoritar de populație [apud 31].

Dicționarul de Sociologie, Zamfir și Vlăsceanu, (1998) ne oferă următoarea definiție a distanței sociale: „*Distanța socială* este o diferență percepută și evaluată între persoane sau grupuri prin raportare la un criteriu (o caracteristică a personalității sau a grupului, poziția în ierarhie, un mod de comportare etc)” [101, p.175]. Dificultatea în evaluarea distanței sociale provine, în principal, că este o problemă legată de atitudine. Când acționăm, gândim, simțim relativ stabil în raport cu o persoană, spunem că avem o atitudine față de aceasta. Așadar, atitudinea are trei

dimensiuni: comportamentală, cognitivă și evaluativă. Uneori, chiar dacă nu am fost în contact cu un grup, simțim nevoia de o distanță față de acel grup, doar în baza unor stereotipuri [74, p.67].

Scopul aplicării Scalei distanței sociale (E. S. Bogardus (1925), (adaptată) [139] a fost de a determina indicele acceptării grupurilor cercetate. Reieșind din posibilitatea scalei de a evalua distanțele de la foarte apropiată la excludere totală, am considerat că indicii căpătați pot reflecta excluziunea socială: de la lipsă totală la manifestare puternică în formă de respingere. Efectuând măsurarea în cadrul a două eșantioane (Lotul 1 și Lotul 2), acest indice măsoară hetero- (distanțele sociale acceptate de primul lot de cercetare) și autoexcluziunea socială (distanțele sociale acceptate de al doilea lot de cercetare). Totodată, utilizând instrumentul pentru măsurarea distanțelor cu trei grupuri dezavantajate prin dizabilitate (copii, adulți cu dizabilități și părinți ai copiilor cu dizabilități), am ținut să identificăm raportul excluziunii cu vârsta subiecților cercetării.

Ipoteza operațională 1: indicele distanței sociale, deci și tendința de manifestare a excluziunii sociale a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate, se atestă la nivel de hetero - și autoexcludere, dar este mai înalt în raport cu persoanele adulte cu dizabilități.

Măsurarea gradului de acceptare sau neacceptare (apropiere/distanță socială) este prezentată prin punctajul cumulat (un scor mediu calculat) pentru fiecare dintre cele 7 nivele propuse. Respectiv, 1 punct – lipsa distanței, 7 puncte - distanța cea mai mare). Indicele distanței sociale (IDS) egal cu 1 prezintă acceptare la toate nivelurile, incluziune socială, și IDS egal cu 7 reprezintă inacceptarea sau excluziune socială totală.

În cadrul cercetării noastre, respondenții au fost rugați să selecteze doar câte un item în raport cu fiecare grup de populație cercetat (părinții care are în grijă lor copii cu dizabilități; persoane adulte cu dizabilități și copii/ adolescenți cu dizabilități) întru măsurarea indicelui distanței sociale (IDS). Prezentăm rezultatele medii pentru IDS, pentru fiecare grup cercetat, care se încadrează în 0-4, ceea ce poate fi interpretat ca distanță socială minimă.

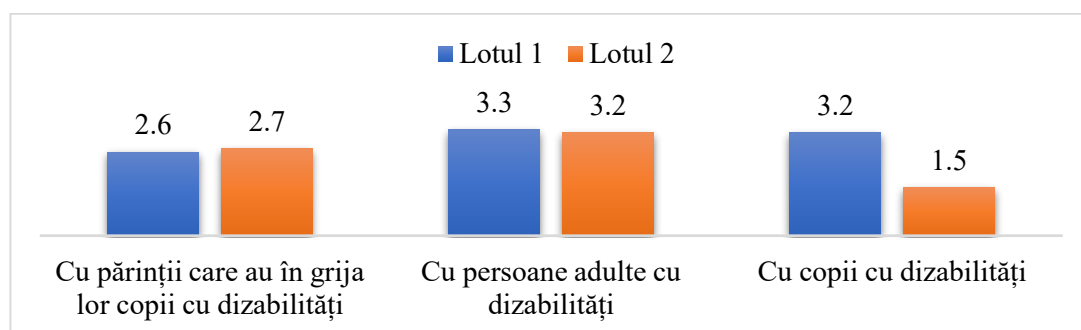


Fig. 2.3. Valoarea medie calculată a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate

Rezultatele obținute (Figura 2.3) ne permit să concluzionăm că populația (Lotul 1) acceptă cele trei grupuri cercetate la un nivel mediu, IDS obținut pentru fiecare grup fiind: IDS 2,6 pentru

grupul dezavantajat prin dizabilitate „*famiile care are în grija sa copil/copii cu dizabilități*”; IDS 3,3 pentru grupul dezavantajat prin dizabilitate „*persoane adulte cu dizabilități*”; IDS 3,2 pentru grupul dezavantajat prin dizabilitate „*copii cu dizabilități*”. Părinții (Lotul 2) care au în grijă copii cu dizabilități: IDS 2,7 pentru grupul dezavantajat prin dizabilitate „*famiile care are în grija sa copil/copii cu dizabilități*”; IDS 3,2 pentru grupul dezavantajat prin dizabilitate „*persoane adulte cu dizabilități*”; IDS 1,5 pentru grupul dezavantajat prin dizabilitate „*copii cu dizabilități*”. Observăm că părinții care au în grijă copii cu dizabilități (Lotul 2) au o distanță mică față de copilul cu dizabilități, fiind grupul familial care sunt în cea mai strânsă conexiune cu dizabilitatea, firesc să fie într- strânsă legătură emoțională cu copilul. Fie mai activ implicate mamele copiilor cu dizabilități în cercetare, prezumăm că și-au evaluat apropierea sa cu copilul și în contextul confluentei psiho-emoționale mamă-copil. Este prezent și elementul „sacrificării” în comportamentul și atitudinea mamei față de copilul care are mai multă nevoia de atenție și grijă specială.

Măsurarea distanței sociale sau nivelul heteroexcluziunii sociale a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate de către respondenții din Lotul 1 prezintă (Figura 2.4) că o bună parte a populației (circa 80%) nu exclude familiile care au în grija lor copil/copii cu dizabilități, fiind acceptați în relațiile de înrudire prin căsătorie (29,80%) și relațiile de prietenie (29,80%).

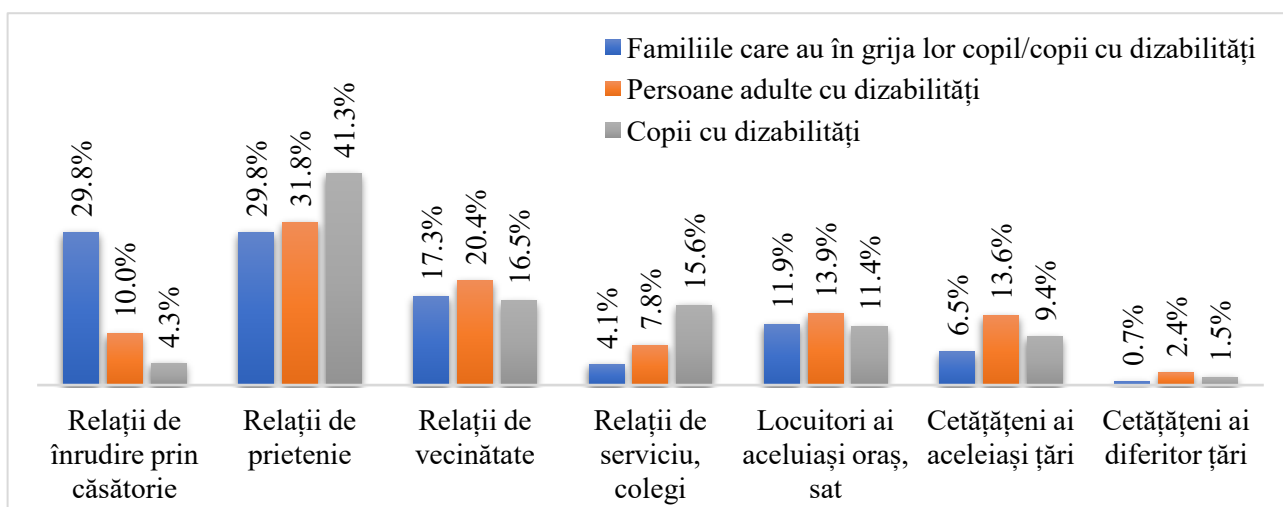


Fig. 2.4. Distanțe sociale sau nivel al heteroexcluziunii sociale a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate de către respondenții din Lotul 1

Acceptarea familiilor copiilor cu dizabilități în calitate de vecini se manifestă în valoare de 17.30% și locuitori ai aceluiași oraș, sat la 11.90%. Nivelul acceptării ca cetățeni ai diferitor țări (0,7%), ai aceleiași țări (6,5%) și acceptați în relațiile de serviciu, în calitate de colegi (4,1%). Adulții cu dizabilități sunt acceptați în calitate de relații de prietenie în proporție de 31,80%, dar mai puțin în calitate de rudă prin căsătorie (10%) sau colegi de serviciu (7,80%). În cazul copiilor cu dizabilități, acceptarea este de 41,30% în calitate de prieten, vecin (16,50), coleg (15,60%) și

mai puțin este acceptat în calitate de rudă prin căsătorie, statutul lor de copil mai puțin fiind asociată cu căsătoria, un aspect, iar alt aspect atitudinea istorico-tradițională față de dizabilitate: percepuți ca diferiți de majoritatea populației (prin abilitățile de participare, prin modul de exprimare și manifestare comportamentală, prin aspectul fizic etc), se impune un efort pentru ai înțelege, cunoaște, accepta, interacționa. Aceste atitudini exprimă un grad scăzut de toleranță și acceptare, necunoaștere a dizabilității și a nevoilor familiei copilului cu dizabilități, creează situații de autoexcludere și excludere socială a familiei cu copii cu dizabilități. Excluziunea socială este un fenomen în care sunt implicați subiecții și țintele excluziunii, părinții copiilor cu dizabilități, care au tendința de a evita relațiile și implicarea în viața socială, invocând diverse motive pentru a nu se expune.

Lotul 2 diferă de Lotul 1 în măsurarea nivelului de acceptare a grupurilor cercetate (grupuri din fac și ei parte) (Figura 2.5). Pentru familiile care au copii cu dizabilități avem rezultatele: ca prieteni sunt acceptați de 58,30%, cea mai înaltă cotă înregistrată.

Celelalte valori indică faptul că sunt acceptați Ca locuitori ai aceluiași oraș, sat (11,40%), vecini (12,30%) și relații de înrudire prin căsătorie la o cotă de 9,00%.

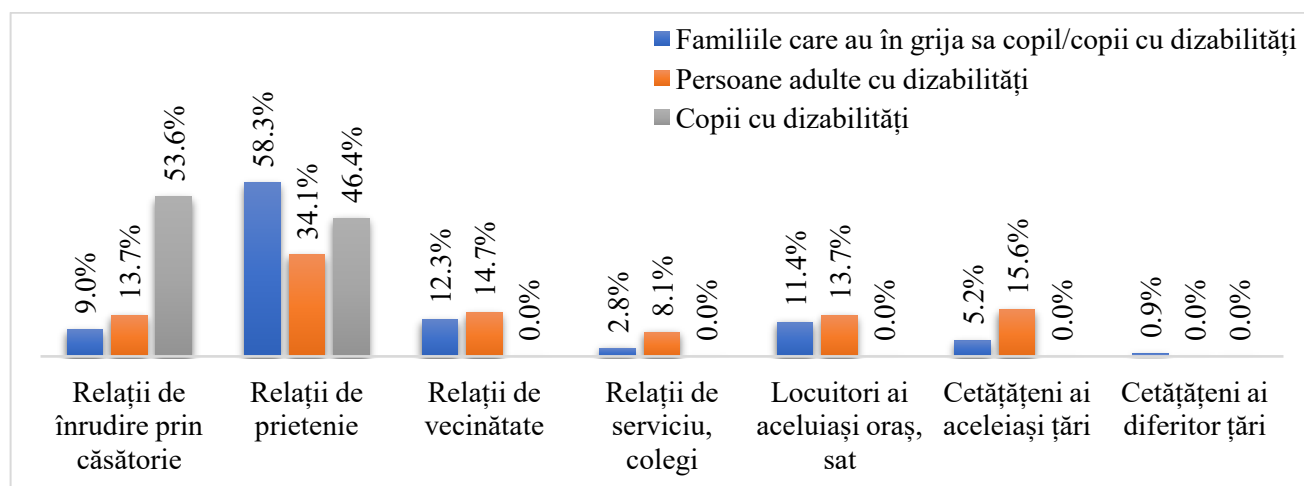


Fig. 2.5. Distanțe sociale sau nivel al autoexcluziunii sociale a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate de către respondenții din Lotul 2

Putem explica cota mică pentru relațiile de rudenie și prin saturația de suferință, durere asociată dizabilității. Cotele înalte pentru relațiile de prietenie sunt înregistrate și pentru persoanele adulte cu dizabilități (34,10%) și pentru copilul cu dizabilități (46,40%). Lotul 2 este mai tolerant cu copilul cu dizabilități văzându-l (sau dorința proiectată de a-l vedea) în calitate de prieten la cote înalte, dar și mai mult în relația de rudenie. Presupunem că părinții copilului cu dizabilități împărtășesc credințele precum că căsătoria între două persoane cu similitudini comportamentale, capacități și abilități sociale (adică doi tineri cu dizabilități) este una realistă și mai puțin stresantă (aici ne referim la judecățile sociale și norma socială). Măsurările distanței sociale din perspectiva

Lotului 2 indică o tendință de autoexcluziune a familiilor care au în grija lor copil/copii cu dizabilități, aceștia fiind acceptați mai mult în calitate de prieteni, cu care se pot întâlni sporadic, dar cu care nu mențin relații sociale stabile, strânse. Totodată, sunt acceptate la un procent considerabil distanțe destul de mari de cetățeni ai aceeași țări – 5,2%, sau locuitori ai aceleiași oraș, sat – 11,4%. Astfel, putem remarca o oarecare autodistanțare a acestor respondenți de familia-grupul dezavantajat prin dizabilitate.

Compararea statistică a mediilor (t-Student pentru eșantioane independente) (vezi Anexa 3 A3.1) a distanțelor sociale acceptate de lotul 1 și 2 în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate ne prezintă o singură diferență statistică semnificativă ($p=0,00$) a distanței sociale pe care le-a indicat Lotul 1 și Lotul 2 la copilul cu dizabilități, care este practic acceptat, dar circa 24% de populație are o atitudine de excluziune. Familiile tind să se izoleze în fața provocărilor asociate dizabilității, menținând sau acceptând relații sociale limitate la simple prietenii (care sunt, în mare parte, mai degrabă relații de amicitie).

În ceea ce privește aplicarea instrumentului, s-a observat că este dificil de evaluat ceea ce simte cu adevărat respondentul, ce gândește cu sinceritate și ce este dispus să facă pentru alt grup. De asemenea, există posibilitatea ca respondenții să fi oferit răspunsuri social dezirabile, în dorința de a fi percepuți ca „buni” și simțind, la rândul lor, nevoia de a fi toleranți.

Concluzie: După confirmarea *Ipotezei operaționale 1*: indicele distanței sociale, deci și tendința de manifestare a excluziunii sociale a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate, se atestă la nivel de hetero - și autoexcludere, dar este mai înalt în raport cu persoanele adulte cu dizabilități se confirmă. Indicele distanței sociale, și implicit tendința de manifestare a excluziunii sociale a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate, se manifestă atât prin heteroexcludere, cât și prin autoexcludere, dar este mai accentuat în raport cu persoanele adulte cu dizabilități, este important să analizăm și alți factori care ar putea influența tendința de excludere socială.

Un alt factor esențial care merită analizat este reprezentat de caracteristicile socio-demografice ale respondenților. Acestea pot influența semnificativ modul în care respondenții percep și interacționează cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate. În acest context, formulăm *Ipoteza operațională 2*: indicele distanței sociale, și implicit tendința de manifestare a excluziunii sociale, este influențat de caracteristicile socio-demografice ale respondenților.

Pentru început am calculat distanța socială cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru respondenții de sex masculin și feminin.

Din figura 2.6 observăm valorile medii calculate a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru respondenții de sex masculin și feminin: și pentru bărbați și pentru femei valorile distanței sociale față de persoanele adulte cu dizabilități sunt mai înalte (3,2 pentru bărbați și 3,4 pentru femei). Presupunem că persoana adultă reprezintă un risc, o percepție

stereotipică că persoanele cu dizabilități sunt periculoase sau că persoanele adulte ași atribuie incapacitatea funcțională. Pentru părinții care au în grija lor copii cu dizabilități și pentru copiii cu dizabilități, distanțele sunt mai mici, între mediile 2,6 și 2,8.

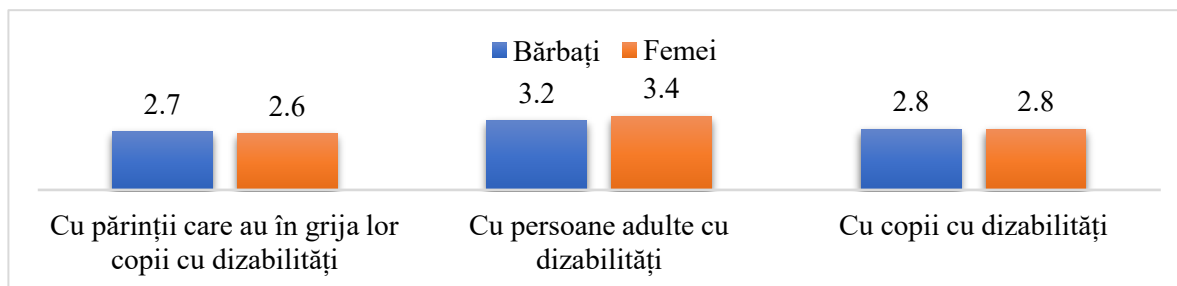


Fig. 2.6. Valoarea medie calculată a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru respondenții de sex masculin și feminin

Compararea statistică a mediilor (t-Student pentru eșantioane independente) (vezi Anexa 3 A3.2.) a distanțelor sociale acceptate de bărbați și femei în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate ne prezintă mici diferențe, dar fără diferențe semnificative.

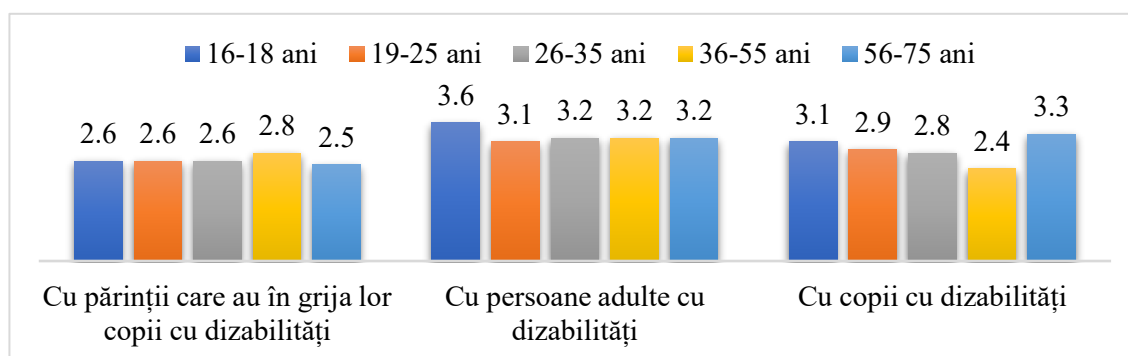


Fig. 2.7. Valoarea medie calculată a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru respondenții de diverse vârste

Au fost calculate și valorile medii a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate după variabila vârsta respondenților, care au fost divizați în mai multe grupuri de vârstă: 16-18 ani, 19-25 ani, 26-35 ani, 36-55 ani și 56-75 ani (Figura 2.7). Cea mai înaltă valoare a distanței sociale o înregistrăm la grupul de vârstă 16-18 de ani în raport cu persoanele adulte cu dizabilități – media de 3,6. În general pentru grupul persoane adulte cu dizabilități, toate mediile sunt mai înalte (între 3,1 și 3,6) în comparație cu părinții copiilor cu dizabilități (valorile medii până la 2,9) și copiii cu dizabilități (valorile medii între 2,4 și 3,3). Dacă în cazul persoanelor adulte cu dizabilități cei mai distanți sociali se prezintă tinerii de vârste 16 – 19 de ani, atunci pentru copii cu dizabilități grupul de vârstă 56-75 de ani sunt mai intoleranți (valoarea medie 3,3). Față de părinții copiilor cu dizabilități cei mai intoleranți se prezintă grupul de vârstă 36-55 de ani (valoarea medie 2,8). Compararea statistică multiplă (ANOVA-Bonferroni) (vezi Anexa 3 A3.3)

a distanțelor sociale acceptate de persoanele de diverse vârste în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate nu prezintă diferențe semnificative.

Figura 2.8. reprezintă valoarea medie calculată a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru respondenții din medii de reședință rural și urban. Persoanele din mediul rural prezintă o distanță mai mare față de copilul cu dizabilități (valoarea medie 2,8), iar populația din mediul urban prezintă intoleranță pentru persoanele adulte cu dizabilități (valoarea medie 3,4). Ambele medii de reședință (rural și urban) prezintă valori mai înalte a mediilor pentru persoanele adulte cu dizabilități, o tendință generală constantă până l această etapă a cercetării. Persoanele adulte cu dizabilități sensibilizează mai puțin populația, îi percep ca persoane care ar putea fi apte de a fi utile social, sau a fi apte pentru a avea grijă de sine. Totodată, există și suspiciunea că gradul de dizabilitate nu întotdeauna corespunde cu starea reală a adultului cu dizabilități.

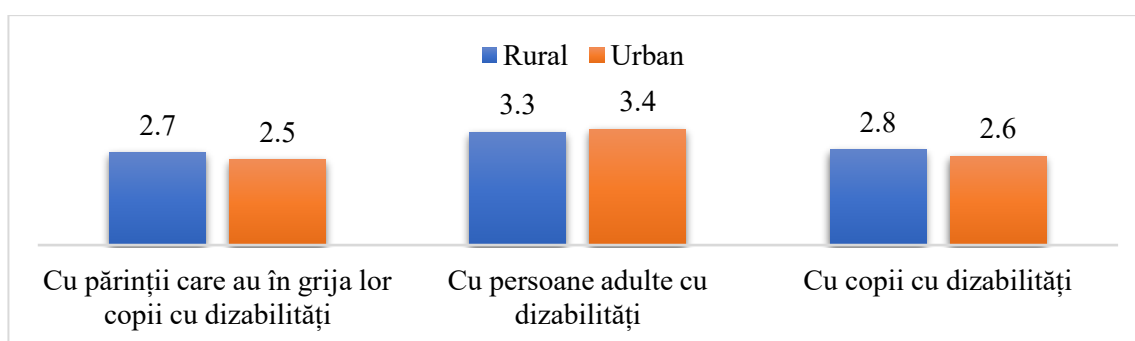


Fig. 2.8. Valoarea medie calculată a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru respondenții din medii de reședință rural și urban

Compararea statistică a mediilor (t-Student pentru eșantioane independente) (vezi Anexa 3 A3.4.) a distanțelor sociale acceptate de respondenții din medii de reședință rural și urban în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate prezintă diferențe doar pentru familiile copiilor cu dizabilități: mediul urban este mai tolerant față de familiile copiilor cu dizabilități și față de copii cu dizabilități. Diferențele nu sunt semnificative.

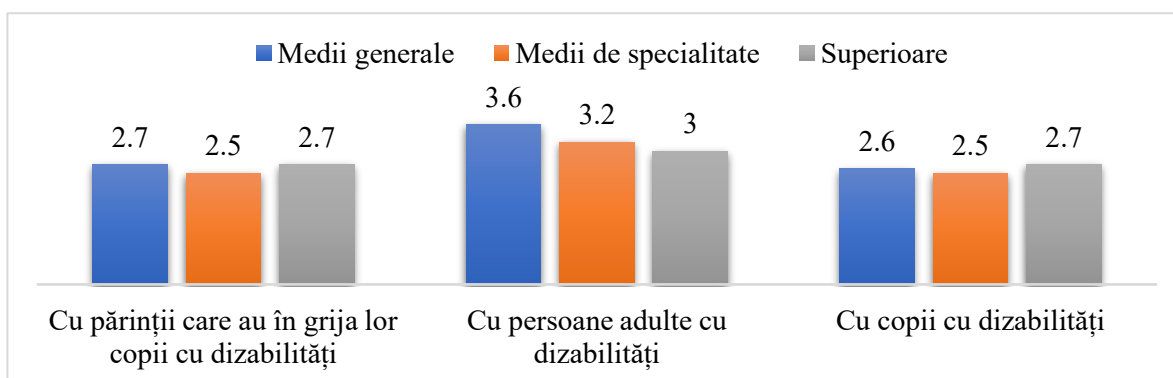


Fig. 2.9. Valoarea medie calculată a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru respondenții cu nivel diferit de studii

O altă variabilă calculată a fost nivelul de studii a respondenților și distanța socială cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate. Din figura 2.9. urmărim aceeași tendință generală față de persoanele adulte cu dizabilități: toate grupurile de populație cu diferite niveluri de studii manifestă mai puțină toleranță față de aceste persoane (valorile medii între 3,0 și 3,6). Pentru grupurile cercetate părinții copiilor cu dizabilități și copii cu dizabilități valorile sunt între 2,5 și 2,7 pentru ambele grupuri.

Compararea statistică a mediilor (t-Student pentru eșantioane independente) (vezi Anexa 3 A3.5) a distanțelor sociale acceptate de respondenții cu nivel diferit de studii în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate arată că distanța socială în raport cu dizabilitatea, deși se deosebesc numeric (grupurile de populație pe niveluri de studii) indică diferențe semnificative pentru familiile copiilor cu dizabilități în raport cu grupul de populație cu studii medii generale ($p=0,035$). Cele mai multe diferențe se atestă pentru adulții cu dizabilități în raport cu grupul de populație cu studii medii generale ($p=0,011$) și grupul de populație cu studii superioare. Între grupurile de populație cu studii medii generale și studii superioare compararea statistică la fel relevă diferențe ($p=0,00$). Cele mai tolerante persoane se dovedesc cele cu studii superioare. Nivelul mai înalt de studii presupune și un grad mai înalt de toleranță, de acceptare a diversității. Nu au fost identificate diferențe semnificative în raport cu copilul cu dizabilități.

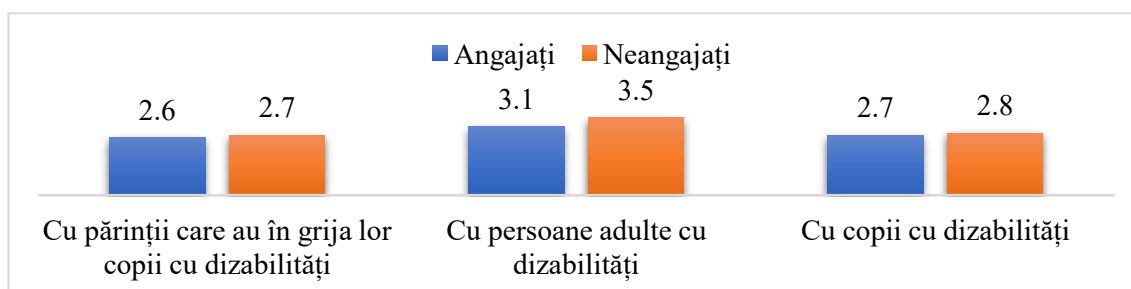


Fig. 2.10. Valoarea medie calculată a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru respondenții angajați sau neangajați în câmpul muncii

Distanța socială pentru respondenții angajați sau neangajați în câmpul muncii în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate prezintă valori medii calculate între 2,6 și 3,5 (Figura 2.10). Valoarea medie cea mai înaltă indică o distanță mai mare față de persoanele adulte cu dizabilități. Pentru toate grupurile cercetate, populația neangajată este mai puțin tolerantă în comparație cu cei angajați.

Compararea statistică a mediilor (t-Student pentru eșantioane independente) (vezi Anexa 3 A3.6) a distanțelor sociale acceptate de respondenții angajați sau neangajați în câmpul muncii în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate atestă o singură diferență față de persoanele adulte cu dizabilități ($p<0,001$) sau ($p=0,000$).

Statul civil diferit al populației a fost analizat ca variabilă a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate. Din figura 2.11 observăm că persoanele adulte cu dizabilități este grupul în raport cu care distanța socială este mai mare. Valorile medii pentru acest grup sunt între 3.1 și 3,4, cei mai intoleranți sunt persoanele divorțate (valoarea medie 3,5). Pentru părinții copiilor cu dizabilități și copii cu dizabilități sunt aceleași tendințe ca și în calculele altor variabile, valori medii între 2,4 și 2,9.

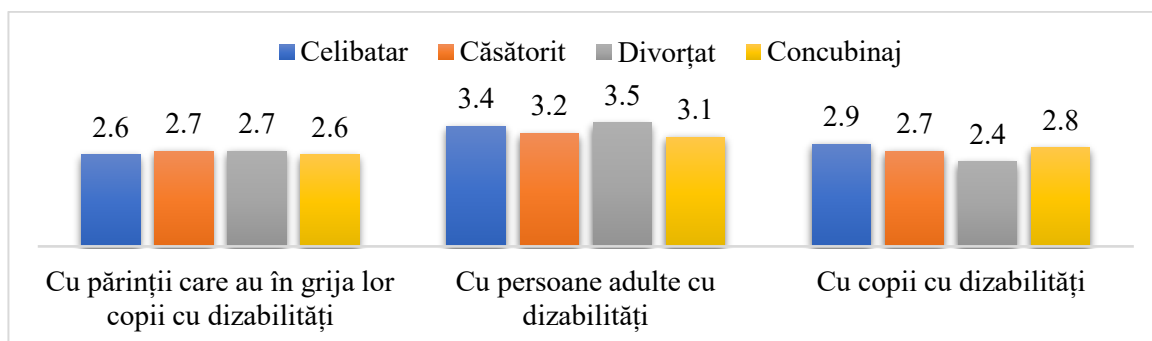


Fig. 2.11. Valoarea medie calculată a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru respondenții cu statut civil diferit

Compararea statistică multiplă (ANOVA-Bonferroni) (vezi Anexa 3 A3.7) a distanțelor sociale acceptate de persoanele cu statut marital (civil) diferit în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate nu prezintă diferențe semnificative. Se atestă unele tendințe, dar fără diferențe semnificative.

Analiza distanței sociale prin prisma venitului economic ne-a oferit valorile medii calculate a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate (Figura 2.12), care indică la faptul că se menține tendința de distanțare față de persoanele adulte cu dizabilități. Valorile medii pentru acest grup sunt de 3,4 (grupul de populație cu venit economic insuficient), de 3,2 pentru grupul de persoane cu venituri joase și 3,1 pentru grupul de populație cu venit mediu. O valoare mai înaltă se atestă la persoanele cu venit mediu în raport cu copiii cu dizabilități – 3,1, ce denotă faptul că acest grup este practic acceptat.

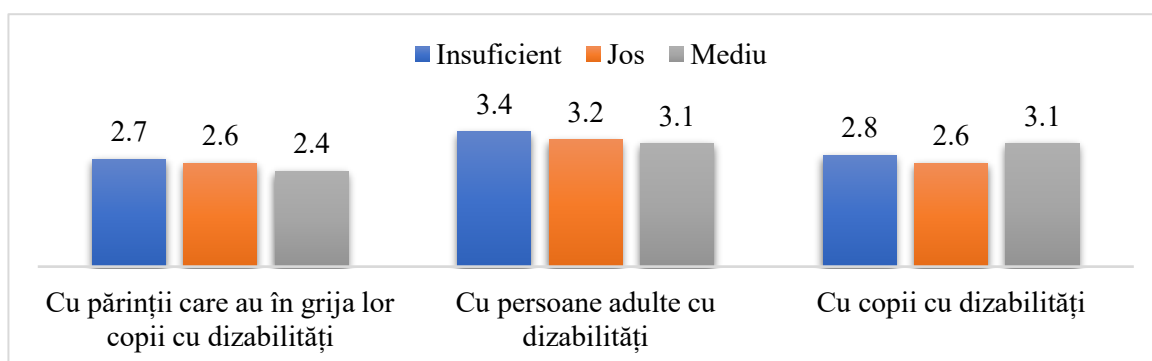


Fig. 2.12. Valoarea medie calculată a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru respondenții cu statut economic diferit

Compararea statistică multiplă (ANOVA-Bonferroni) (vezi Anexa 3 A3.8) a distanțelor sociale acceptate de persoanele cu statut economic diferit în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate nu ne-a oferit diferențe semnificative.

Concluzie: Analiza parametrilor demografici ca variabile în măsurarea valorilor medii ale distanței sociale nu a evidențiat diferențe semnificative care să indice o excluziune totală a grupurilor studiate. În general, populația tinde să accepte familiile copiilor cu dizabilități în relații de prietenie, vecinătate sau rudenie. Cu toate acestea, se observă tendințe de excluziune în ceea ce privește persoanele adulte cu dizabilități, acest fenomen fiind constant pe toate variabilele măsurate. În consecință, *Ipoteza operațională 2*, conform căreia indicele distanței sociale și tendința de manifestare a excluziunii sociale ar fi influențate de caracteristicile socio-demografice ale respondenților, nu se confirmă.

2.3. Atitudinile sociale în raport cu părinții care au în grija lor copii cu dizabilități

În literatura de specialitate, tratatele de psihologie socială, sunt oferite varii definiții a conceptului „atitudine”, fapt ce ne oferă analiza conceptului din mai multe perspective oferite la diferite etape a dezvoltării psihologiei sociale [211]. Gordon W. Allport (1935) [108] a încercat să definească atitudine ca o stare mentală și neuropsihică de pregătire, replică la un stimul, consecință a experienței subiectului care exercită o influență imediată sau dinamică a răspunsurilor individului față de tot la ce se raportează. Atitudinile sunt sociale pentru că individul se raportează la „obiectele” din mediul său, prin cunoașterea obiectivă a situațiilor, prin semnificația și valoarea ce o acordă diferitelor realități sociale [apud 129]. Atitudinea este o construcție psihică sintetică ce reunește elemente cognitive, afective și volitive. Atitudinea apare, astfel, ca o structură psihică multidimensională cu următoarele componente: 1) *componenta cognitivă (informațională)* include toată gama de reprezentări, cunoștințe, concepte, convingeri, stereotipuri pe care o persoană le are în raport cu obiectul atitudinii; 2) *componenta afectiv-motivațională* indică gradul de acceptare sau neacceptare al obiectului atitudinii; 3) *componenta volitivă (conativă)* se referă la tendințele de comportament ale persoanei față de obiectul dat, la orientarea atitudinilor individului, desemnând sensul spre care acesta întreprinde acțiunea [97, p.151-152]. Aiden H. și McCarthy A. (2014) susțin că, atitudinile reprezintă o colecție complexă de credințe, sentimente, valori și dispoziții care caracterizează modul în care gândim sau simțim despre anumite persoane ori situații. Atitudinile oamenilor sunt un produs al experiențelor de viață, inclusiv al relațiilor pe care le construim cu oamenii din jurul nostru. Atitudinile sunt tranzitorii și se schimbă de-a lungul timpului de la o persoană la alta, de la un grup la altul și chiar în cadrul unor grupuri. Cu toate acestea, tindem să vedem modele în atitudinile oamenilor. Persoanele cu caracteristici sau experiențe sociale comune pot dezvolta atitudini similare față de persoanele cu dizabilități [104, p.6].

Bazele teoretice și instrumentale ale Diferențialului Semantic (OSD) al lui Osgood, au fost construite din 1957 de Osgood, Suci și Tannenbaum [280] și îmbunătățita ulterior de alți cercetători. Analiza datelor și informațiilor obținute cu o astfel de scală este condiționată de acordarea unei valori (cifre) fiecărui nivel. De regulă, mărimile cifrice au numai proprietăți ordinale, deoarece nu măsoară o distanță între nivele. Pentru obiectul, fenomenul studiat am ales atribute bipolare, pe care le-am plasat pe o diferențială semantică de 5 niveluri, în care 1 semnifică polul absolut pozitiv, 5 – absolut negativ. Diferențialul semantic conține în sine identificarea opiniei după următoarele abilități: social-comunicative; activism și implicare socială; social afectiv; autoprezentare.

Ipoteza operațională 3. Atitudinile față de abilitățile social-comunicative, activismul și implicarea socială, abilitățile social-afective și autoprezentarea persoanelor din grupurile dezavantajate prin dizabilitate, precum și evaluările acordate acestora, reflectă o tendință de a le atribui incapacitatea de participare socială, tendință mai pronunțată în rândul respondenților din Lotul 1 și este corelată cu fenomenul de excluziune socială.

Oferim valorile medii calculate pentru atitudinile comparate ale respondenților din Lotul 1 și 2. Pentru început am comparat atitudinile față de persoanele adulte cu dizabilități.

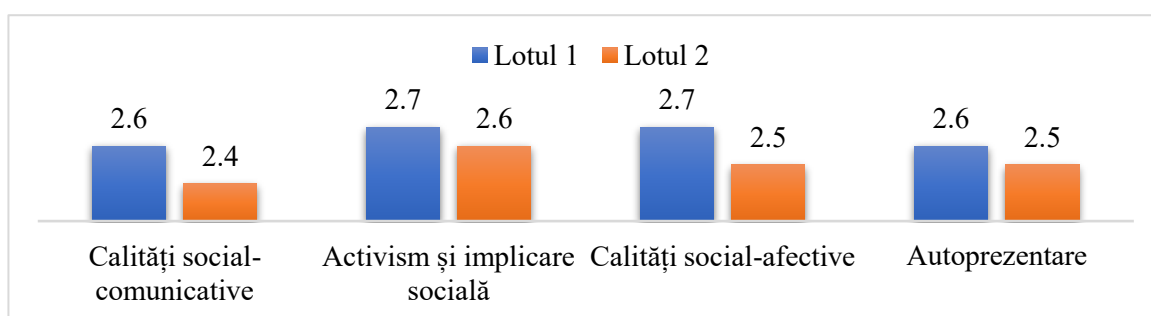


Fig. 2.13. Valoarea medie calculată a atitudinilor față de persoanele adulte cu dizabilități ale respondenților din Loturile 1 și 2

Valorile medii calculate a atitudinilor față de persoanele adulte cu dizabilități ale respondenților din Loturile 1 și 2 (vezi Figura 2.13) prezintă atitudini neutre manifestate de ambele Loturi – 2,5 cu tendința de negativă (2,7). Părinții care au în grija lor copii cu dizabilități sunt mai pozitivi decât populația, percepend adulții cu dizabilități copii lor în viitor, sau copilul lor cu dizabilități este adult ca vârstă cronologică cu care părinții mențin o interacțiune socială și comunicare intensă. Astfel, Lotul 2 apreciază abilitățile social-comunicative ale adulților cu dizabilități cu valoarea medie de 2,4, iar activismul și implicarea cu 2,6, cu o mică tendință spre apreciere mai negativă. Lotul 1 are o atitudine de apreciere spre negativ a abilităților social-afective

și activismului, implicării sociale a persoanelor cu dizabilități – valoarea medie pentru ambele abilități este de 2,7.

Compararea statistică a mediilor (t-Student pentru eșantioane independente) (vezi Anexa 3 A3.9) a atitudinilor față de persoanele adulte cu dizabilități ale respondenților din Loturile 1 și 2 a înregistrat diferențe statistic semnificative pentru abilități social-comunicative ($p=0,023$) și social- afective. Activismul, implicarea socială și autoprezentarea atestă aprecieri similare, respectiv, nu se relevă diferențe semnificative.

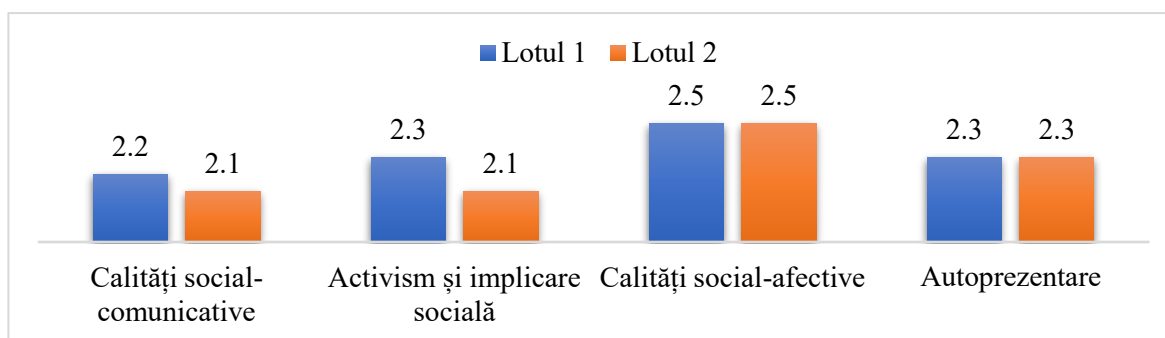


Fig. 2.14. Valoarea medie calculată a atitudinilor față de tații copiilor cu dizabilități ale respondenților din Loturile 1 și 2

Atitudinile față de tații copiilor cu dizabilități (vezi Figura 2.14) sunt destul de previzibile pentru societatea noastră patriarhală, în care rolurile sunt prestabilite pentru tați și mame: de asigurare economică a familiei- tata, de îngrijire a copiilor și casei – mama. Ambele Loturi sunt mai puțin determinați cu privire la abilitățile social- afective ale tatălui, valorile medii înregistrate pentru ambele loturi de 2.5 (valori atribuite și prin prisma rolurilor definite, tatăl nu se asociază cu emoții, afecțiuni, atașament). Pentru autoprezentare la fel au fost înregistrate valori egale pentru ambele loturi – 2,3. Puțin diferit se prezintă situația în raport cu aprecierea abilităților social-comunicative, Lotul 1- 2,2 și Lotul 2- 2,1, iar pentru activism și implicare socială 2,3 Lotul 1, respectiv 2,1 Lotul 2.

Există mai puține cercetări care relevă rolul taților în familiile copiilor cu dizabilități, dar care au constatat că în parenting există tați care își asumă un rol activ [220], pe de altă parte, există tați care spun că rolurile active sunt dificile, provocatoare și uneori stresante. Cu toate acestea, cercetările recente dezvăluie că tații știu să îngrijească copiii săi cu dizabilități, dar rolul lor de susținători ai familiei din punct de vedere economic, le conferă mai multă putere de a alege parametrii implicării lor în viața de familie, astfel tatăl este mai liber să aleagă dacă se implică activ sau nu în îngrijirea copilului cu dizabilități. Mamele, la rândul lor, fiind nevoite să renunțe la job și activitate profesională, îngrijesc copii cu „măiestrie” [265; 347; 292].

Diferențe semnificative în compararea statistică a mediilor (t-Student pentru eșantioane independente) (vezi Anexa 3 A3.10) a atitudinilor față de tații copiilor cu dizabilități ale respondenților din Loturile 1 și 2 nu au fost identificate.

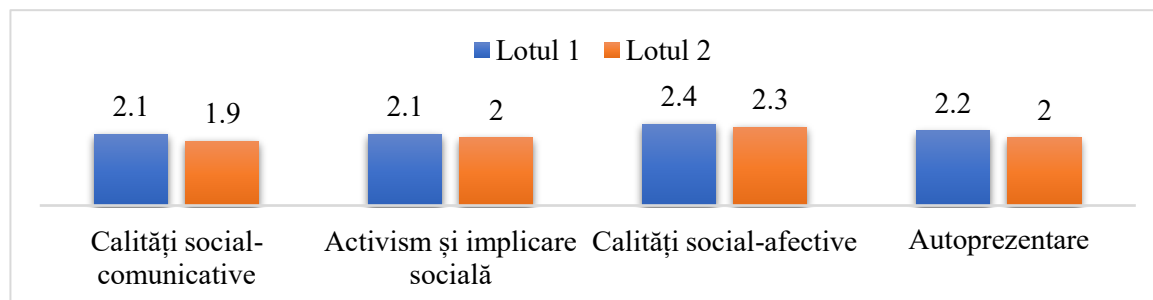


Fig. 2.15. Valoarea medie calculată a atitudinilor față de mamele copiilor cu dizabilități ale respondenților din Loturile 1 și 2

Atitudinile față de mamele copiilor cu dizabilități ale respondenților din Loturile 1 și 2 (Figura 2.15) relevă valori medii calculate între 1,9 și 2,4. Loturile cercetării se prezintă cu atitudini mai mult pozitive față de abilitățile apreciate ale mamei în comparație cu ale persoanei adulte cu dizabilități și ale tatălui: Lotul 1 oferă o apreciere în valoare medie de 2,1 pentru abilitățile social – comunicative și pentru activism, implicare socială a mamelor, urmează aprecierea autoprezentării – cu valoare medie calculată de 2,2 și abilitățile social-afective cu 2,4. În relația cu copilul, mama este percepută ca figură centrală, iar dizabilitatea doar definitivează acest rol într-un cadru special. Mama copilului cu dizabilități regăsește un nou sens al vieții prin copilul cu dizabilitate, trăind experiențe și emoții conflictuale, pe de o parte se simte anxioasă, neputincioasă, neîncrezătoare, vinovată, dezamăgită și singură, iar de cealaltă parte trăiește emoții de responsabilitate crescută, de unicitate și datorie („ca un soldat cu arma pregătită”), de consacrare a timpului, efortului și emoțiilor pentru îngrijirea copilului.

Rezultatele comparării statistice a mediilor (t-Student pentru eșantioane independente) (vezi Anexa 3 A3.11) a atitudinilor față de mamele copiilor cu dizabilități ale respondenților din Loturile 1 și 2 au relevat diferențe statistice semnificative la aprecierea abilităților social-afective ($p=0,014$) și la autoprezentare ($p=0,043$).

Atitudinile față de copiii cu dizabilități au fost exprimate de Loturile 1 și 2 prin aprecierile abilităților acestora. Din figura 2.16 observăm că activismul și implicarea socială are o valoare medie de 2,7 pentru Lotul 1 și de 2,6 pentru Lotul 2. O tendință spre o apreciere puțin negativă, explicată prin percepția respondenților a capacității de implicare a copiilor cu dizabilități: este un copil care este totalmente dependent de asistență/grija mamei, inapt de a fi activ social. Observăm aceste tendințe la ambele Loturi, la Lotul 1 fiind mai evidente, reflectând necunoașterea copilului și resurselor pe care le are. Putem concluziona că atitudinile /aprecierea mai pozitivă este a

abilităților mamei copilului cu dizabilități, percepută ca sursa de conexiune directă cu mediul social în determinarea ei de a îngriji copilul cu dizabilități și asigurarea siguranței acestuia.

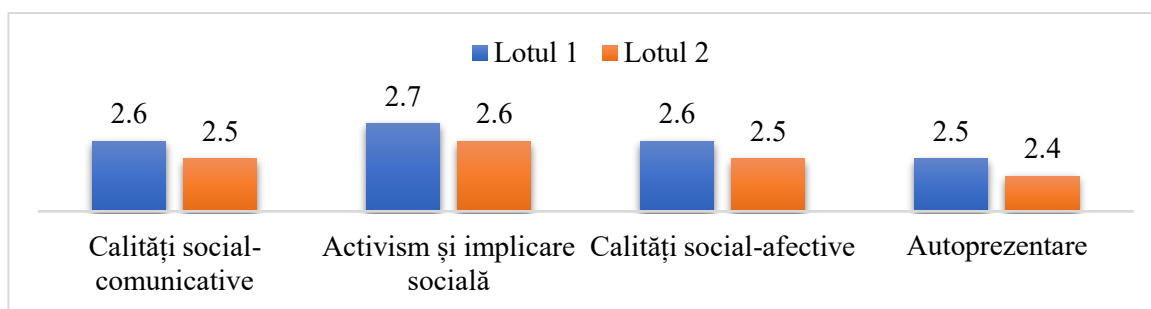


Fig. 2.16. Valoarea medie calculată a atitudinilor față de copiii cu dizabilități ale respondenților din Loturile 1 și 2

Compararea statistică a mediilor (t-Student pentru eșantioane independente) (vezi Anexa 3 A3.12) a atitudinilor față de copiii cu dizabilități ale respondenților din Loturile 1 și 2 nu relevă diferențe statistice semnificative. Cercetările efectuate în domeniu au relevat asocierea semnificativă dintre creșterea unui copil cu dizabilități și suferința psihologică maternă. Nevoia de a se conforma la norme și a funcționa social adecvat, impune mama să adopte aceleași atitudini și standarde impuse de normalitate, întărindu-și propriile sentimente de rușine față de diferențele copilului și, astfel, preferând să nu expună copilul public. Dar, ideea deja introiectată de mamă, că îngrijirea copilului este responsabilitatea ei, considerându-se principalul furnizor al nevoilor acestuia și se simte incapabilă să ducă o viață ca cea pe care o avea înainte de a avea un copil cu dizabilități [123; 360].

Rolul tatălui nu este foarte bine configurat în percepția respondenților: aprecierile sunt mai mult neutre condiționate de faptul că respondenții nu cunosc, nu identifică rolul activ al tatălui în îngrijirea copilului cu dizabilități.

În general, nu am identificat tendințe evidente negative în atitudinile față de toate grupurile cercetate: mamele și tații copilului cu dizabilități, persoanele adulte cu dizabilități și a copilului cu dizabilități.

De asemenea, am realizat și analiza de corelație statistică între excluziunea socială (prin distanțe sociale) și atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor din grupurile dezavantajate prin dizabilitate (vezi Anexa 3, A3.13). S-a atestat corelație pozitivă (coeficientul de corelație $r=0,76$ și pragul de semnificație statistică $p= 0,033$) sau direct proporțională între distanța socială față de copilul cu dizabilități și scala atitudinală abilități social comunicative ale mamei copilului cu dizabilități. Cu cât mai înalt sunt apreciate abilitățile social comunicative ale mamei (diferențialul semantic de 5 niveluri, în care 1 semnifică polul absolut pozitiv, iar 5 – absolut negativ) cu atât distanța socială (IDS egal cu 1 prezintă acceptare la toate

nivelurile, incluziune socială, iar IDS egal cu 7 reprezintă inacceptare sau excluziune socială totală) față de copilul cu dizabilități este mai mică. O altă corelație pozitivă se atestă (coeficientul de corelație $r=0,73$ și pragul de semnificație statistică $p=0,040$) între distanța socială față de copilul cu dizabilități și scala atitudinală activism și implicare socială ale mamei copilului cu dizabilități. Această corelație confirmă influența reciprocă dintre abilitățile mamei și distanța socială față de copilul cu dizabilitate, cu cât sunt mai puțin dezvoltate (apreciate) abilitățile social comunicative și activismul, implicarea socială a mamei cu atât mai mari sunt riscurile excluderii copilului, dar și prin abilitățile social-comunicative ale copilului cu dizabilități (coeficientul de corelație $r=0,078$ și pragul de semnificație statistică $p=0,028$).

Corelația statistică între heteroexcluziunea (prin distanțe sociale) și atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor din grupurile dezavantajate prin dizabilitate (vezi Anexa 3 A3.14) relevă și confirmă influența abilităților social comunicative ale mamei copilului cu dizabilități asupra incluziunii copilului cu dizabilități (coeficientul de corelație $r=0,120$ și pragul de semnificație statistică $p=0,004$), activismului, implicării sociale ale mamei (coeficientul de corelație $r=0,119$ și pragul de semnificație statistică $p=0,004$), dar și autoprozentarea mamei (coeficientul de corelație $r=0,091$ și pragul de semnificație statistică $p=0,028$). Și în această analiză de corelație statistică se atestă relație direct proporțională între distanța socială și abilitățile social-comunicative ale copilului cu dizabilități (coeficientul de corelație $r=0,091$ și pragul de semnificație statistică $p=0,027$). Distanța socială nu este determinată de abilitățile persoanei adulte cu dizabilități, considerându-se că este o „simulare socială” susținută de suspiciuni sociale precum că adulții cu dizabilități ar putea manifesta un grad mai înalt de activism social. Această percepție este generată de unele procese și politici sociale compromise (de exemplu: stabilirea gradului de dizabilitate a persoanei adulte). Pentru persoanele adulte dizabilitatea nu corelează cu excluziunea, ci cu unele stereotipuri. Pentru familia copilului cu dizabilități excluziunea (IDS mic) nu corelează cu atitudinile (circa 30% acceptă relațiile de rudenie) ci cu dizabilitatea copilului. Aprecierea joasă a abilităților social comunicative, activismul, implicarea socială, abilitățile social-afective, autoprozentarea mamei copilului cu dizabilități corelează cu hetero excluziunea copilului cu dizabilități. Familia copilului cu dizabilități este percepută ca „mama” copilului cu dizabilități, care nu trăiește o excludere socială. Dar din cauza acestei simbioze dintre mamă-copil și a rolului tatălui în îngrijirea copilului cu dizabilități mai puțin vizibil, abilitățile de participare socială a familiei nu contează pentru excluziune. Nici abilitățile persoanei adulte, nici abilitățile tatălui nu contează. Distanța socială față de copilul cu dizabilități corelează cu capacitatea copilului de a comunica social.

Analiza corelației statistice a auto-excluziunii (prin distanțe sociale) și atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor din grupurile dezavantajate prin

dizabilitate (vezi Anexa 3, A3.15) nu relevă corelații statistice. Tații sunt comunicativi și implicați social, dar cu cât tații sunt mai pozitiv apreciați pentru abilitățile sociale comunicative, activism și implicare sociale, cu atât mai mare este distanța față de copilul cu dizabilități. Sunt aprecierile Lotului 2 – însăși familiile care are au grija lor copil cu dizabilități (valoarea medie calculată pentru abilitățile social-comunicative și activism, implicare sociale ale taților – 2,1). Abilitățile mamei nu contează, respectiv, pentru incluziunea copilului este nevoie ca tatăl să fie mai puțin activ social. Un paradox social, în relații interdependente, explicabil prin atitudinea și poziția mamei (confirmată de cercetările în domeniu) care estompează sistemul familial prin prezența dizabilității copilului și „sacrificarea” sa cu scopul satisfacerii nevoilor copilului și îngrijirea acestuia (rol și sarcină pe care nu admite să fie delegată tatălui sau altui îngrijitor). Se atestă o confluență între mamă și copil (copilul e lumea mea, realitatea mea) prin distanța foarte mică dintre aceștia. În încercarea de acceptare a dizabilității (acceptarea copilului), mama se confruntă cu o multitudine de emoții paradoxale și trăirea acestora (cum ar fi rușinea, vina) o determină să mențină o distanță socială de mediul său. Activismul social al tatălui „compromite” nevoia de distanțare, sacrificare a mamei, el devine de prisos în confluența creată mamă-copil. Distanțarea mamei (autoexcluziunea) condiționează direct proporțional excluderea copilului. Din analizele realizate, Lotul 1 o văd pe mama copilului cu dizabilități ca resursă pentru incluziunea copilului prin abilitățile sociale comunicative, activism și implicare sociale care ar reduce distanța socială față de copilul cu dizabilitate. Cu cât participarea socială a mamelor (și a taților din perspectiva Lotului 1) va fi mai activă și asumată, cu atât și copilul va fi mai activ, acceptat, inclus. Participarea socială activă ca element esențial al incluziunii este identificat din perspectiva Lotului 1, pe când Lotul 2 nu apreciază, nu fac legătura directă dintre comportamentul lor (chiar dacă mamele își asumă abilitățile social comunicative) și incluziune. Faptul că nu au fost identificate corelații, prezintă o situație aparte a familiei copilului cu dizabilități: tendințe spre autoexcluziune.

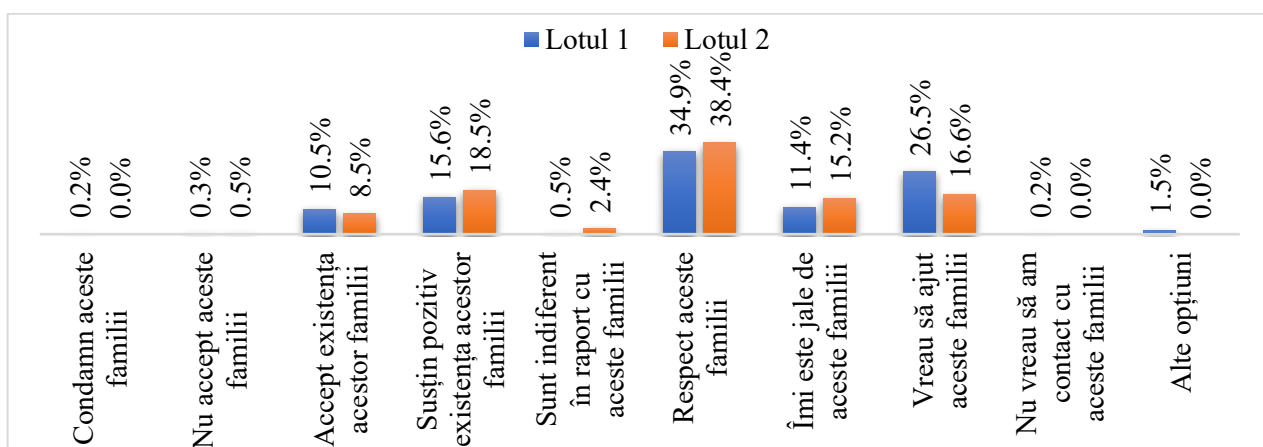


Fig. 2.17. Valoarea medie calculată a atitudinilor față de familia care are în grijă copii cu dizabilități ale respondenților din Loturile 1 și 2

Din figura 2.17. putem constata că foarte puțini respondenți condamnă (Lotul 1 – 0,20%, iar Lotul 2 – 0,00%) sau nu acceptă (Lotul 1-0,30%, Lotul 2- 0,50%) familiile care au în grijă copii cu dizabilități. Putem atesta tendința Lotului 1 (populația) de a fi mai pozitivi și deschiși în raport cu familia copiilor cu dizabilități. Iar Lotul 2 prezintă o tendință de auto-excluziune cu o cotă de 2,40% la opțiunile „sunt indiferent în raport cu aceste familii”, „îmi este jale de aceste familii” – 38,40%. Dorința de a ajuta aceste familii este mai înaltă la Lotul 1 - 26,50% (156 respondenți), iar Lotul 2 - 16,60% (35 respondenți). Cote înalte se înregistrează și la respectul pentru aceste familii: Lotul 1 - 34,9% (205 respondenți), iar Lotul 2 - 38,4% (81 respondenți).

Concluzie: Populația conferă mamei rolul esențial în incluziune prin abilitățile social comunicative și activismul, implicarea sociale. Mama nu identifică/recunoaște rolul său în incluziune prin abilitățile asumate, dar nevalorificate în contextul incluziunii. Poziția mamei este fundamentată de simbioza mamă – copil, care incapacitează copilul și reprezintă un mediu care menține gravitatea excluziunii. Paradoxal, că mama, în fond, își satisface nevoile sale de „validare externă”, corespundere cu așteptările societății, imagine tradițională a unei mame (o mamă adevărată nu ar merge la o nuntă dacă are un copil „bolnav”, o mamă adevărată ar îngriji zi și noapte copilul „bolnav” etc.). E mai puțin despre nevoile copilului de a fi acceptat necondiționat și a fi pregătit pentru o viață socială activă, autonomă în contextul resurselor pe care el are (condiționate de dizabilitate). *Ipoteza operațională 3.* atitudinile față de abilitățile social-comunicative, activismul și implicarea socială, abilitățile social-afective și autoprezentarea persoanelor din grupurile dezavantajate prin dizabilitate, precum și evaluările acordate acestora, reflectă o tendință de a le atribui incapacitatea de participare socială, tendință mai pronunțată în rândul respondenților din Lotul 1 și este corelată cu fenomenul de excluziune socială se confirmă parțial.

2.4. Condiții psihoindividuale ale autoexcluziunii familiei care are în grijă copil cu dizabilitate

Percepând lumea din jurul nostru, părinții care au în grija lor copii cu dizabilități își exprimă în mod particular atitudinea personală față de diverse obiecte și fenomene. Acestea nu sunt doar judecăți, ci experiențe complexe deosebite, disponibile tuturor datorită unui complex de emoții diferite. Emoțiile umane sunt una dintre cele mai importante componente ale personalității, îndeplinind criteriile biologice și umane *sociale* să facă o reflecție pro activă a realității, să joace un rol cheie în dezvoltarea relațiilor cu alte persoane [114; 157].

În cercetarea noastră stările emoționale de bază pe care le trăiesc părinții care au în grija lor copii cu dizabilități și care pot fi baza psihologică de personalitate sunt: *rușinea* - provoacă dorința de a se ascunde, de a dispărea, poate fi asociată cu un sentiment personal de inaptitudine;

culpabilitatea - asociată cu rușinea, dar rușinea poate apărea din unele greșeli, iar vinovăția se manifestă în cazul încălcării unei naturi morale, etice sau religioase în situațiile în care o persoană se simte personal responsabilă pentru evenimente; *frica* - apare sub influența informațiilor despre o amenințare reală sau fictivă, poate fi asociată cu incertitudini și prezențe rele; *suferința* - o emoție care provoacă o stare de „declin al forțelor interne”, un sentiment de singurătate și de auto-mila [194; 213]. Emoțiile și sentimentele persoanei creează o lume multidimensională a manifestărilor afective. Ele caracterizează personalitatea, reflectând complexitatea interacțiunii sale cu lumea exterioară [30].

Scopul aplicării „Testului afectelor care implică sinele” (Test of Self-Conscious Affect TOSCA) [102; 323] este de a investiga relația dintre emoțiile autoreferențiale, în special rușine și vină și sentimentele de detașare, externalizare, în corelație cu Alfa-mândrie și Beta-mândrie, explorând capacitatea de gestionare a emoțiilor ca un factor relevant în înțelegerea fenomenului excluziunii sociale a părinților care au în grija sa copii cu dizabilități.

Ipoteza operațională 4. Emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități prezintă tendințe spre culpabilitate, rușine, izolare și detașare, care reduc capacitatea de participare socială și sunt condiționate de autoexcluziune.

Eșantionul acestui studiu a inclus părinții (Lotul 2) care au în grija lor copii cu dizabilități. Respondenții au fost informați și pregătiți pentru respectarea exigențelor aplicării testului. Au fost rugați să indice corect în fișa de răspuns măsura în care sunt de acord cu reacțiile potențiale din chestionar.

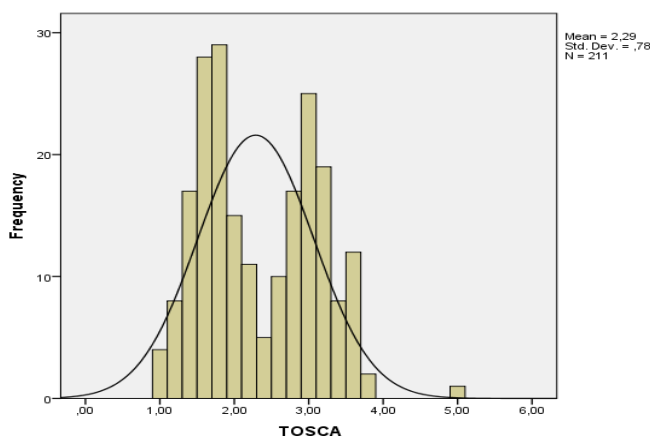


Fig. 2.18. Curba distribuției valorilor emoțiilor autoreferențiale ale părinților

În figura 2.18 se prezintă grafic curba distribuției normale în funcție de emoțiile autoreferențiale ale părinților, în special *rușine*, *culpabilitate*, *detașare* și sentimentul de externalizare, în corelație cu Alfa-mândrie și Beta-mândrie, explorând reglarea emoțională ca fiind un potențial factor relevant în înțelegerea fenomenului excluziunii sociale a părinților care au în

grija lor copii cu dizabilități. Media de 2,29 indică hotarul dintre tonalitatea afectivă pozitivă și negativă a emoțiilor.

Figura 2.19 redă mărimea efectului global pentru asocierea dintre rușine, culpabilitate, externalizare, raportate la Alfa-mândrie și Beta-mândrie. S-a constatat, că magnitudinea acestor relații prezintă valori *medii/înalte*, acest lucru a sugerat faptul că factorii se justifică și au fost explorați corect în cercetare (vezi Anexa 3 A3.16). În cazul în care magnitudinea acestor asocieri ar fi una mică, acest lucru ar putea indica faptul că aceștia nu au o valoare explicativă semnificativă asupra înțelegerii provenienței fenomenului excluziunii sociale a părinților care au în grija lor copii cu dizabilități.

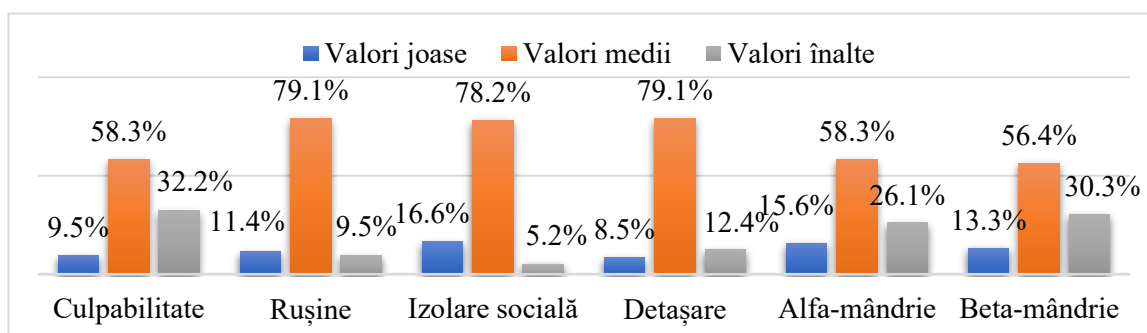


Fig. 2.19. Distribuția valorilor în funcție de emoțiile autoreferențiale

Părinții copiilor cu dizabilități își trăiesc experiențele negative în raport cu atitudinea societății față de dizabilitate, fiind conștienți de faptul că specificul culturii noastre (la etapa actuală) reprezintă o barieră și este un factor determinant în adoptarea strategiilor comportamentale ale familiei copilului cu dizabilități: evitante (reduc contactele sociale pentru a evita expunerea, frica de a fi judecat, trăind intense emoții negative) și lipsite de încredere în propriile resurse (inclusiv a copilului). Astfel de strategii reduc șansele integrării prin înțelegerea și acceptarea dizabilității de populația generală și din motivul interacțiunilor sporadice și superficiale cu dizabilitatea.

Analiza datelor din figura 2.19 vin cu o confirmare reprezentativă a distribuției valorilor conform emoțiilor autoreferențiale. *Rușinea* (79,1%), menționată de majoritatea părinților, este considerată o emoție dureroasă, deoarece se axează pe întregul sine, care este evaluat într-un mod negativ. *Culpabilitatea* (58,3%) este asociată cu rușinea, care în cazul fenomenului studiat apare în situațiile în care o persoană se simte personal responsabilă pentru evenimente. *Detașarea* (79,1%) și *externalizarea* (78,2%) sunt emoțiile consecințe din sentimentul de rușine și vină, care de fapt reflectă nevoia personală și socială pe care o trăiesc părinții care au în grija lor copii cu dizabilități. Cu referire la indicatorii Alfa-mândrie (trufie) și Beta-mândrie (autentică) în sensul funcționării psihologice, le-am plasat în contextul caracteristicilor și trăsăturilor personalității părinților care au în grija lor copii cu dizabilități. Astfel, devine explicabil indicele cu referire la

Alfa-mândrie (58,3%) care este invers poziționată în raport cu doi factori de personalitate, ambii cu o puternică tentă prosocială, cum sunt *agregabilitatea și conștiinciozitatea*. Indicele Beta-mândrie (56,4%), sau mândria autentică, este asociat pozitiv și semnificativ cu stabilitatea emoțională, extra versiunea, agregabilitatea și conștiinciozitatea.

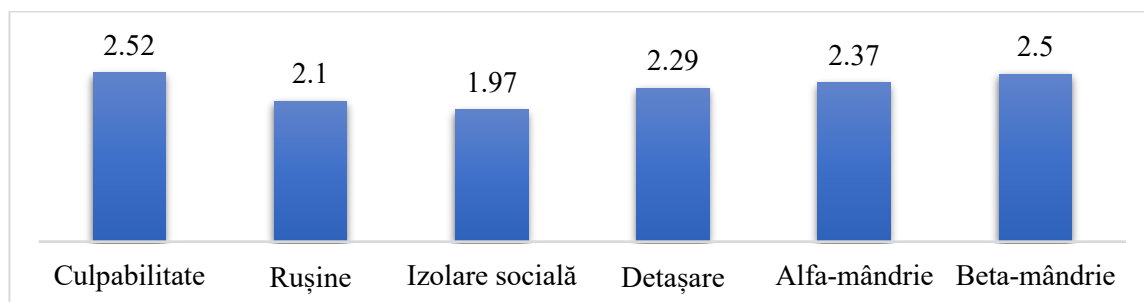


Fig. 2.20. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități

Analiza rezultatelor medii și abaterea standard în distribuirea variabilelor conform emoțiilor autoreferențiale (vezi Anexa 3 A3.17) ilustrate în figura 2.20, prezintă predispoziția spre culpabilitate (2,52) și rușine (2,10). Atestăm o autoevaluare globală negativă de către părinții care au în grija lor copii cu dizabilități, bazată pe credințele iraționale (gândire disfuncțională). Se rezumă concluzia, că părinții acestor copii repetă mental sau insistă asupra aspectelor negative ale situației sociale în care se află, deoarece aceasta nu scade în intensitate. Apare sentimentul de detașare (2,29), care ulterior devine un *factor determinant al autoexcluziunii sociale*.

Cercetarea magnitudinilor asocierilor dintre predispoziția spre rușine, cea spre vinovăție și dezvoltarea sentimentului de detașare și externalizare, a contribuit la stabilirea relevanței acestor relații, fapt care confirmă legătura cauzală cu excluziunea socială a părinților care au în grija lor copii cu dizabilități.

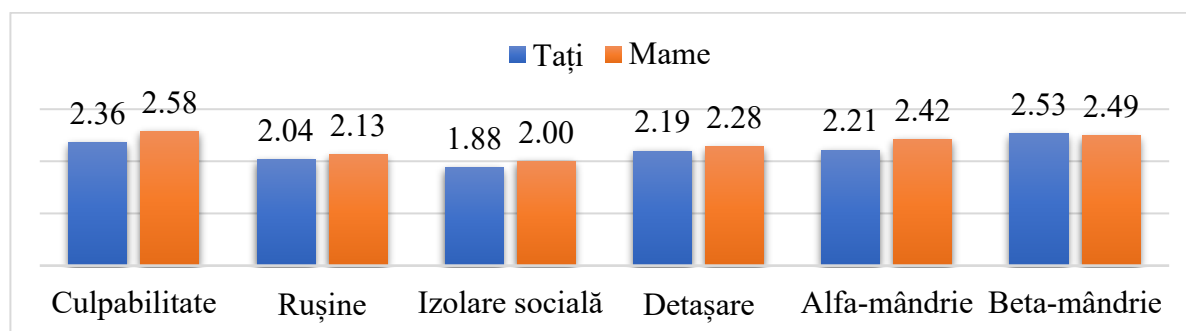


Fig. 2.21. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale taților și mamelor care au în grijă copii cu dizabilități

Mediile pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților după sex (vezi Figura 2.21) nu sunt mult diferite în grupele formate, totuși în toate analizele mediile căpătate de către mame sunt mai mari. Compararea statistică (vezi Anexa 3 A3.18) n-a identificat diferențe semnificative.

Cercetarea influenței vârstei participanților asupra emoțiilor autoreferențiale a arătat că mediile nu diferă semnificativ pentru grupele de vârstă (Figura 2.22), deși valorile medii indicate de subiecții cuprinși în segmentul de vârstă până la 35 de ani sunt mai mari.

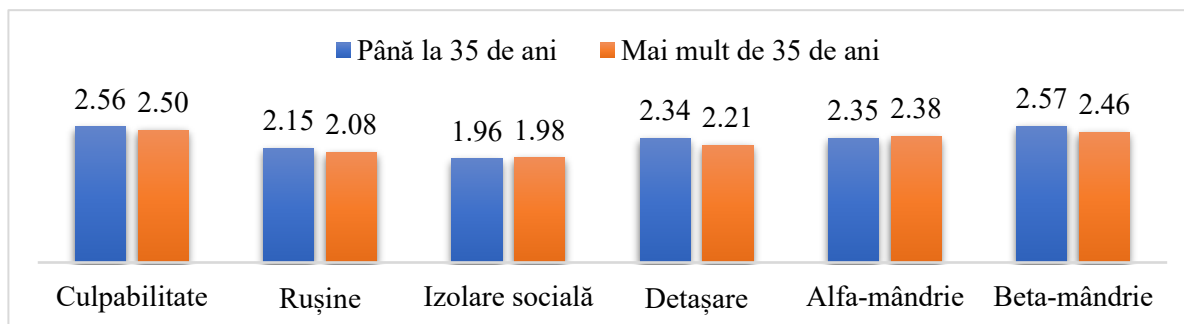


Fig. 2.22. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților de vârste diferite care au în grijă copii cu dizabilități

Totodată am putea constata că indiferent de segmentul de vârstă, părinții care au în grija lor copii cu dizabilități percep rușinea ca o emoție autoreferențială argumentată de prezența sentimentului de culpabilitate și detașare. Părinții copilului cu dizabilități, cu preponderență mama, sunt predispuși să se culpabilizeze și să adopte un comportament de autoblamare prin critici subiective, detașându-i-se de realitate, fapt care poate fi explicat de nevoia de validare externă a mamelor, care caută confirmarea că nu a greșit cu nimic.

Compararea statistică (vezi Anexa 3 A3.19) n-a identificat diferențe semnificative între grupurile analizate. Cu toate acestea, analiza de varianță a indicilor de asociere dintre emoțiile autoreferențiale și mediul de reședință al părinților care au în grija lor copii cu dizabilități (vezi Anexa 3 A3.20) a demonstrat existența unor diferențe statistice semnificative: varianța indicilor intergrup și sentimentul de externalizare ($p=0,007$); varianța indicilor intergrup și sentimentul de culpabilitate ($p=0,031$); varianța indicilor intergrup și sentimentul de rușine ($p=0,031$); varianța indicilor intergrup și sentimentul de detașare ($p=0,01$); varianța indicilor intergrup și Alfa-mândrie ($p=0,03$).

Investigarea predispoziției spre rușine și dezvoltarea sentimentului de culpabilitate ne-a permis să explorăm evoluția acestor procese în funcție de mediul de reședință, constatând că locuirea în spațiul rural contribuie la intensificarea acestor emoții negative (vezi Figura 2.23). Predispoziția spre rușine s-a dovedit a fi un predictor semnificativ al simptomelor de culpabilitate, detașare și izolare socială. Acest fapt ne sugerează că rușinea nu reprezintă doar un corelat al tulburărilor psihosociale, ci poate constitui un factor etiologic important în dezvoltarea acestora, influențând considerabil bunăstarea emoțională și socială a părinților.

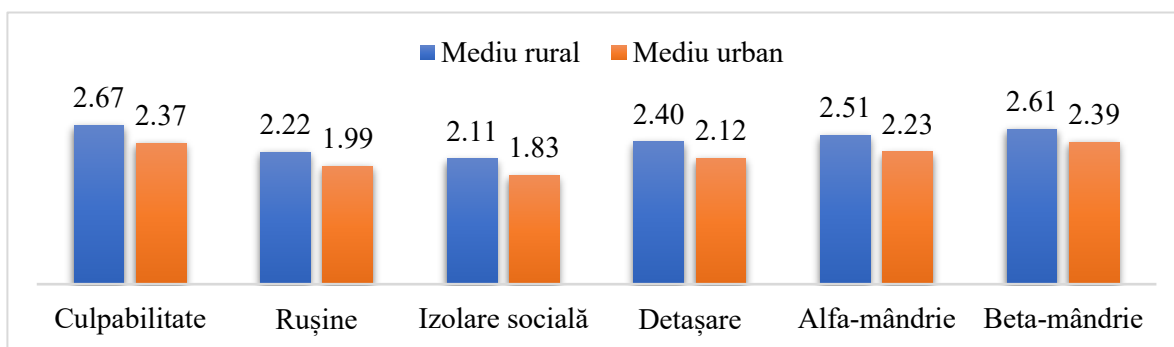


Fig. 2.23. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități din medii de reședință diferite

În figura 2.24 sunt prezentate rezultatele analizei asocierii dintre emoțiile autoreferențiale și nivelului de studii a participanților (părinților) care au în grija lor copii cu dizabilități (vezi Anexa 3 A3.21, Anexa 3 A3.22).

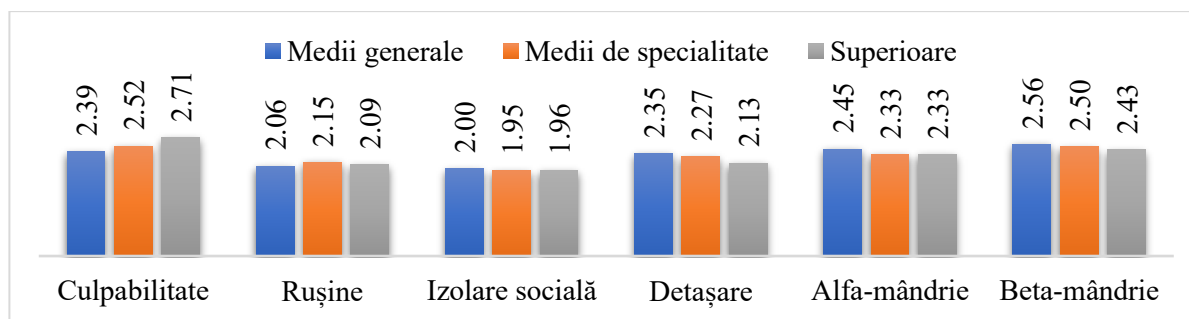


Fig. 2.24. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități cu nivel de studii diferit

Diferențe statistice semnificative nu s-au obținut (vezi Anexa 3 A3.23). Este totuși de interes să constatăm că nivelul de studii nu are influență semnificativă asupra fenomenului excluziunii sociale, deși scorurile pentru culpabilitate și rușine sporesc odată cu acesta, iar pentru celelalte emoții par a scădea.

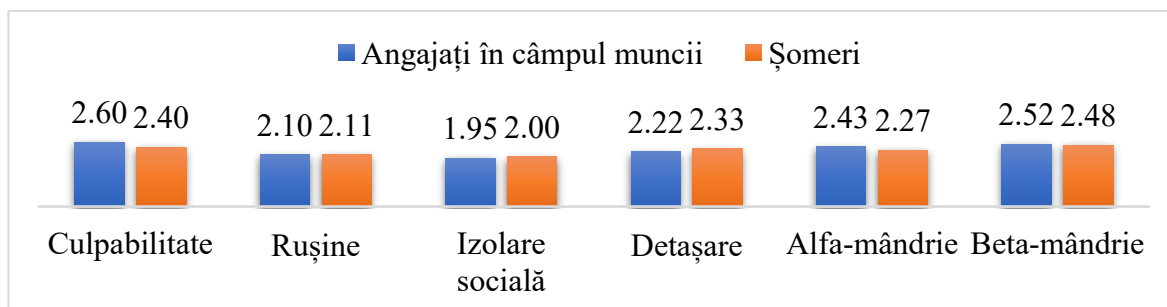


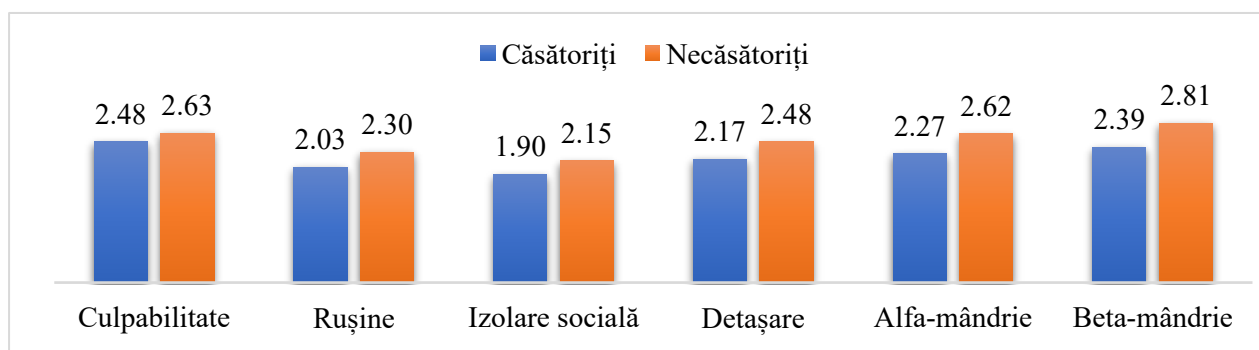
Fig. 2.25. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități angajați sau neangajați în câmpul muncii

Analizând datele din figura 2.25 asupra asocierii dintre emoțiile autoreferențiale și angajarea/neangajarea în câmpul muncii a părinților care au în grija lor copii cu dizabilități (vezi Anexa 3 A3.24), la fel nu am constatat diferențe statistice semnificative (vezi Anexa 3 A3.25).

Vom încerca să dăm explicație acestei situații. Din numărul total de respondenți angajați în câmpul muncii 62,5% (132) respondenți au afirmat că sunt angajați în marea majoritate a cazurilor în calitate de asistent personal al copilului. Prin urmare, acești părinți nu au nicio posibilitate de diminuare a emoțiilor autoreferențiale sau de a influența mecanismul de reevaluare a sentimentului rușinii și culpabilității. Starea de bine a părinților cu copii cu dizabilități care nu au un loc de muncă în afara domiciliului este cu siguranță scăzută, aceștia având o rată mai diminuată a contactului social și semnificativ mai puține schimburi emoționale. A fi asistentul personal al propriului copil cu dizabilități este provocator atât din punct de vedere fizic, cât și din punct de vedere psihosocial, deoarece acest aspect se prelungește pe tot parcursul vieții copilului.

În figura 2.26 sunt prezentate rezultatele (vezi Anexa 3 A3.26), care au fost supuse și analizei de varianță (vezi Anexa 3 A3.27), ale calculării mediilor emoțiilor autoreferențiale asociate cu statutul marital al participanților (părinților) care au în grija lor copii cu dizabilități.

Diferențe statistice semnificative s-au obținut: varianța indicilor intergrup și sentimentul de rușine ($p=0,031$); varianța indicilor intergrup și sentimentul de detașare ($p=0,01$); varianța indicilor intergrup și Alfa-mândrie ($p=0,02$); varianța indicilor intergrup și Beta-mândrie ($p=0,007$). Oarecum surprinzător este faptul rezultatului include diferențele intergrup pentru Alfa-mândrie ($p=0,02$) și Beta-mândrie ($p=0,007$). În primul rând, acesta a semnalat că pot exista unele particularități între modul în care părinții care au în grija lor copii cu dizabilități în dependență de statutul marital, cei solitari abordează sentimentul de mândrie cu mai multă forță, aceasta putând găsi două explicații: 1) din necesitatea de *automotivare afectivă*; sau 2) din nevoia de *poziționare*



socială favorabilă.

Fig. 2.26. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților cu statut marital diferit care au în grijă copii cu dizabilități

O posibilă explicație ar mai fi că expunerea mândriei în cazul părinților solitari care au în grija lor copii cu dizabilități urmează aceleași tipare ca și pentru alte emoții cercetate în cazul de față, care la fel întrunesc medii mai înalte, dar au un caracter disfuncțional. Putem presupune că părinții solitari sunt mai mult orientați spre menținerea relațiilor sociale din nevoia de a se afirma, de a avea un statut social mai bun și prin prisma dizabilității, ca beneficiu pe care îl poate valorifica.

Analizând datele din figura 2.27 asupra asocierii dintre emoțiile autoreferențiale și nivelul socio-economic a participanților (părinților) (cu venituri foarte joase, joase și medii) care au în grija lor copii cu dizabilități nu am constatat diferențe statistice semnificative (vezi Anexa 3 A3.28).

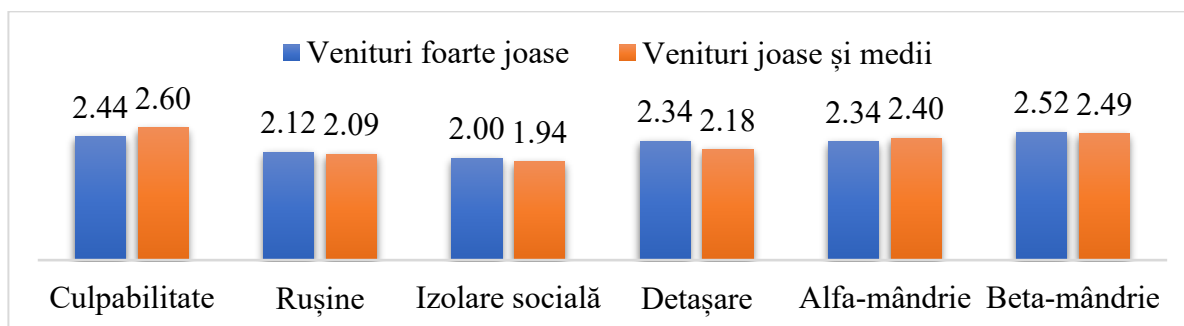


Fig. 2.27. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților cu statut socio-economic diferit care au în grijă copii cu dizabilități

Totuși, considerăm să remarcăm că familiile care au în grija lor copii cu dizabilități au un statut socio-economic modest. Evident că această situație are un impact negativ asupra percepției de sine precum și a stării de bine a acestor părinți. În timpul interviuării s-a constatat că 45% (96) din respondenți sunt angajați în calitate de asistent personal al copiilor săi. Dintre care 16% (34) au în grija lor doi și mai mulți copii. Nu am constatat diferențe statistice semnificative (vezi Anexa 3 A3.29).

Dovezile empirice cu privire la relația dintre dizabilitatea copiilor și nivelul scăzut socio-economic al familiei acestuia se conturează în diferitele sale dimensiuni (venit și non-venit). Părinții copiilor cu dizabilități sunt dezavantajați la realizarea unor rezultate pe piața forței de muncă, anume din aceste considerente aceștia au rate de angajare mai scăzute și respectiv statut socio-economic mai mic decât familiile fără copii cu dizabilitate. Se rezumă concluzia că părinții copiilor cu dizabilități, care ar putea să lucreze jumătate de normă sau în conformitate cu un orar adaptat, din cauza lipsei acestor condiții sunt doar în situația de șomeri. În urma analizei datelor primite se concluzionează necesitatea dezvoltării și implementării în Republica Moldova unor beneficii pentru familiile cu unu sau doi și mai mulți copii cu dizabilități (de concediu suplimentar plătit sau neplătit), și pentru fiecare părinte cu 1 sau mai mulți copii (proporțional pentru fiecare copil, cu stabilirea unui nivel maxim). Este nevoie și de programe de lucru flexibile pentru angajații cu copii cu dizabilități care pot fi asigurate de către angajatori și prin prisma politicilor de responsabilitate socială a organizațiilor, politici care susțin comunicarea și interacțiunea la nivel de comunitate din perspectiva nevoilor comunitare și a gradului de implicare a fiecărei entități în satisfacerea acestora, în diminuarea unor fenomene negative prin promovarea celor care vor produce un impact pozitiv, cum ar fi crearea mediului incluziv.

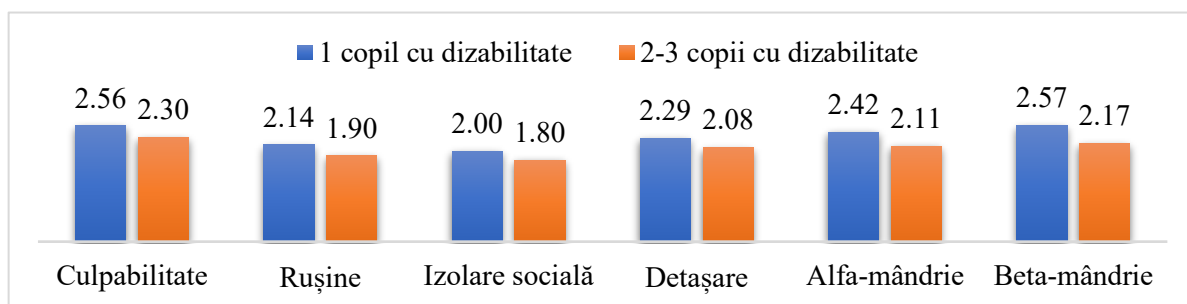


Fig. 2.28. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților cu număr de copii diferit care au în grijă copii cu dizabilități

Analizând datele din figura 2.28 (vezi Anexa 3 A3.30) asupra asocierii dintre emoțiile autoreferențiale și numărul copiilor cu dizabilități care sunt în grija părinților (unul, doi și mai mulți) nu am constatat diferențe statistice semnificative practic pentru toate variabilele, doar la analiza varianței indicilor intergrup pentru Beta-mândrie ($p=0,03$) (vezi Anexa 3 A3.31).

În funcție de numărul copiilor cu dizabilități care sunt în grija părinților se atestă următorii indici: 84% (177) de respondenți au în grija lor un copil și respectiv 16% (34) de respondenți au în grija lor doi și mai mulți copii. Părinții copiilor cu dizabilități adesea sunt nevoiți să ducă o viață plină de emoții puternice, alegeri dificile, sentimentul izolării și de frică față de respingerea societății. Am observat cum unele atitudini și credințe, convingeri ale acestor părinți pot avea urmări negative asupra echilibrului emoțional și comportamentului atât personal cât și a copilului.

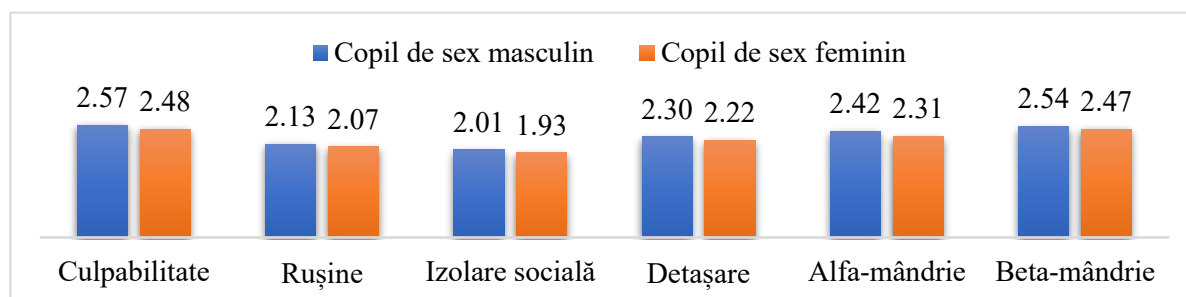


Fig. 2.29. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități de sexe diferite

Atât timp cât o experiență este trăită în non-acceptare, adică fiind judecată, în culpabilitate, teamă, regret sau orice altă formă disfuncțională, oamenii atrag fără încetare circumstanțele și persoanele care îi fac să o retrăiască. Unii dintre ei nu numai că experimentează același tip de eveniment de mai multe ori pe parcursul vieții, dar mai mult, trebuie să trăiască de mai multe ori aceste distorsiuni emoționale pentru a ajunge să accepte situația în totalitate.

Analizând datele din figura 2.29 (vezi Anexa 3 A3.32) asupra asociației dintre emoțiile de autoreferință a părinților și sexul copiilor cu dizabilități nu am constatat diferențe statistice semnificative pentru toate variabilele. Totuși, mediile care exprimă sentimente distructive sunt mai

înalte la părinții care au copii cu dizabilități de sex masculin, probabil reflectând stereotipul răspândit și în prezent asupra virilității, forței și caracterului liber, autonom al bărbaților. Respectiv, rușinea și culpabilitatea sunt mai puternice, când dizabilitatea limitează posibilitățile băiatului. Diferențe statistice semnificative nu au fost relevate (vezi Anexa 3 A3.33).

În figura 2.30 (vezi Anexa 3 A3.34) sunt prezentate emoțiile asociate cu copiii cu dizabilități în funcție de segmentul de vârstă: 0-3 ani 2,7% - (6 copii); 4-6 ani 19,3% - (41 copii); 7-10 ani 16,7% (35 copii); 11-14 ani 21% (44 copii); 15-18 ani 23,6% (50 copii); mai mari de 18 ani 16,7% (35 copii).

Indiferent de vârsta copilului, părinții acestora trăiesc aceeași gamă largă de emoții autoreferențiale. După părerea noastră, predispoziția spre rușine, vinovăție și detașare crește odată cu înaintarea în vârstă a copilului (până la grupul de vârstă după 20 de ani), probabil fiind influențat de excluderea socială mai puternic resimțită.

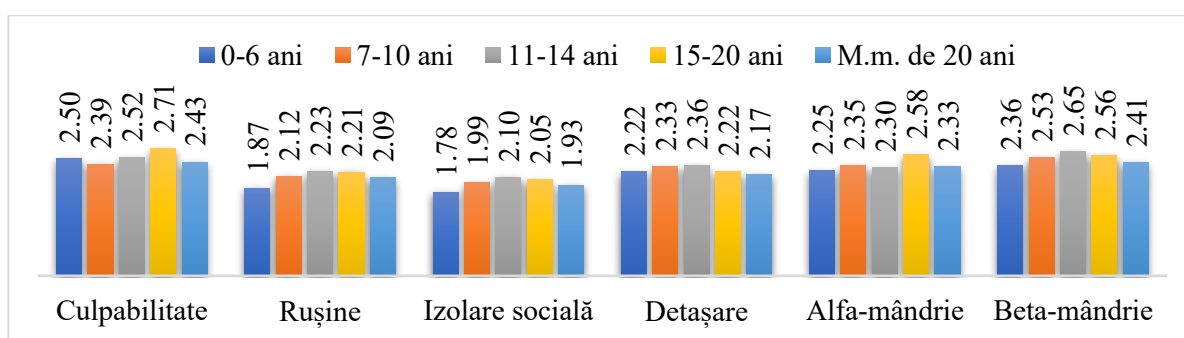


Fig. 2.30. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități de vârste diferite

În cercetarea de față examinăm vinovăția – culpabilitatea ca o emoție dezadaptativă. Astfel, putem constata că aceasta devine disfuncțională atunci când părinții care au în grija lor copii cu dizabilități își asumă responsabilitatea pentru lucruri care nu sunt și nu pot fi sub controlul lor, sau asupra cărora au puțin control. În așa situație, emoție este amplificată și generalizată la sine în cadrul experienței și al efortului nejustificat de a schimba lucrurile care nu se pot modifica. Rezultatele analizei de varianță în funcție de emoțiile autoreferențiale a părinților și segmentul de vârstă a copiilor (ANOVA) (vezi Anexa 3 A3.35) nu au atestat diferențe statistice semnificative.

Printr-un calcul corelațional cu utilizarea testului de concordanță W Kendall (vezi Anexa 3 A3.36) am verificat raportul dintre variabilele care prezintă caracteristicile socio-demografice ale familiilor care au în grija lor copii cu dizabilități și emoțiile de autoreferențiale ale părinților. În urma analizei am constatat următoarele.

1. Mediul de reședință rural corelează cu emoțiile autoreferențiale de culpabilitate, rușine, izolare socială, detașare, Alfa-mândrie ale părinților care au în grija lor copii cu dizabilități. Aceste constatări le putem explica după părerea noastră în felul următor: cu cât sunt mai favorabile

condițiile de trai (oferite de locuirea în oraș) cu atât scade din intensitate exprimarea destructivă a emoțiilor autoreferențiale pe care le trăiesc părinții.

2. Părinții necăsătoriți sunt mai expuși la emoțiile autoreferențiale de detașare, Alfa- și Beta-mândrie. Analizând această corelație am constatat că cu cât este mai favorabil climatul în cuplu, cu atât părinții sunt mai implicați în rezolvarea problemelor comune și, corespunzător, fac mai bine față stărilor emoționale distructive.

3. Sentimentul Beta-mândrie este influențat de numărul de copii cu dizabilități, scăzând din intensitatea manifestării.

În următoarele calcule statistice am intenționat să identificăm raportul dintre autoexcluziune (măsurată prin distanțele sociale adoptate în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate socială), dintre atitudinile privind abilitățile care asigură participarea socială, adoptate în cadrul acestei excluderi și emoțiile autoreferențiale.

Anexa 3 A3.37 prezintă rezultatele corelației prin utilizarea testului Pearson dintre distanțele sociale și emoțiile autoreferențiale. Distanța socială de familiile care au copii cu dizabilități, adică autoexcluziunea, se prezintă ca o condiție a diminuării emoției de culpabilitate (corelație indirect la $p < 0,03$). Deși n-au fost identificate alte raporturi de corelație semnificative, reieșind din caracterul metodei, care arată la interdependența și intercondiționarea emoțiilor măsurate, putem presupune că distanțarea socială – autoexcluziunea este o modalitate de diminuare a stărilor afective disfuncționale.

Corelarea dintre rezultatele măsurării atitudinilor privind abilitățile care asigură participarea socială și emoțiilor autoreferențiale n-a identificat rezultate semnificative statistic (vezi Anexa 3 A3.38). Probabil, respondenții din Lotul 2 – părinți care au în grijă copii cu dizabilități – nu văd rostul participării sociale în depășirea emoțiilor disfuncționale.

Ipoteza operațională 4 s-a confirmat, demonstrându-se că părinții care au în grijă copii cu dizabilități prezintă culpabilitate, rușine, izolare și detașare, alfa- și beta-mândrie manifestate de la mediu spre înalt în majoritatea cazurilor, aceste emoții autoreferențiale făcându-i să distanțeze social familia în scop de protejare a sferei afective și să ignore posibilitatea de participare socială prin nevalorificarea abilităților socio-comunicative.

Concluzie: Cu cât mai mare este credința familiilor copiilor cu dizabilități că ei sunt „deosebiți”, cu atât mai mare este simțul culpabilității. Pentru a confrunța sentimentul de culpabilitate părinții adoptă o distanță socială mai mare în raport cu familia dezavantajată prin dizabilitate, care scade din intensitatea emoției. Această distanțare (presupunem că slab conștientizată) se pliază pe tendința de autoexcluziune a părinților copiilor cu dizabilități. Toate variabilele cercetate (distanța socială, atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială (abilități social comunicative; activism și implicare sociale; abilități social afective;

autoprezentare), emoțiile autoreferențiale) corelează între ele și indică spre tendința de autoexcluziune a părinților, chiar mai mult exprimată decât heteroexcluziunea. Emoțiile de rușine și culpabilitate (trăite în nevoia de a respecta normele morale impuse de societate) se întrepătrund în cazul părinților copiilor cu dizabilități, astfel încât putem vorbi despre auto-culpabilizarea acestora și despre stresul continuu datorat acestor stări afective distructive cu un efect negativ asupra întregii condiții psihosociale.

Pentru a măsura variabila locul controlului a fost utilizat instrumentul construit de către Julien Rotter (1966) (vezi Anexa 2 A2.2). Conceptul de control intern sau extern derivă din teoria învățării sociale (Rotter, 1954) [302], elaborată de Rotter pe baza ideilor despre determinism ale lui Albert Bandura și a conceptului de întărire preluat din condiționarea clasică.

Prin instrumentul „Scala Locus of control Rotter” în cercetarea de față ne-am propus scopul de a identifica atât capacitatea respondenților din Lotul 2 de a lua sub control individual sau a pune pe seama factorilor externi viața sa, cât și rolul locului controlului și autoexcluziune, atitudinile privind abilitățile care asigură participarea socială, emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grija lor copii cu dizabilități.

Ipoteza operațională 5. Locul controlului influențează emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități.

Este necesar de menționat, că subiecții cu un loc al controlului intern sunt mai predispuși să utilizeze strategii de depășire centrate pe problemă, direcționate spre analiza, rezolvarea, sau, dacă nu este posibil, minimalizarea situației stresante, lucru ce pare evident în condițiile în care acești indivizi cred ca pot influența ceea ce se întâmplă în jurul lor [102]. Astfel ei se confruntă activ cu agentul stresor. Pe de cealaltă parte, indivizii cu un loc al controlului extern au tendința de a apela la strategii de adaptare disfuncționale mai mult decât internaliștii. Aceste strategii includ printre altele și modalități prin care o confruntare decisivă cu agentul stresor este adesea amânată sau chiar nu are loc [237]. Acest lucru rezonază cu trăsăturile externaliștilor care văd situațiile stresante de nemodificat, asupra cărora consideră că acțiunile lor nu au o mare influență. Părinții cu loc al controlului intern au o mai bună capacitate de adaptare decât cei cu un loc al controlului extern, fiind mai capabili să facă față mai bine evenimentelor vieții. În particular, locul controlului extern a fost chiar asociat cu depresia și lipsa speranței [115]. În mod evident, părinții care au în grija lor copii cu dizabilități practic permanent se află în centrul trăirilor sale emoționale. Acceptarea, negarea, reinterpretarea pozitivă, căutarea sprijinului emoțional, apelarea la religie, sunt strategii diverse centrate de emoții și se prea poate ca activarea acestora să fie determinate de alte trăsături de personalitate individuale ale părintelui în cauză [209].

Rezultatele ilustrate în figura 2.31 arată că 26,1% (55) părinți prezintă un loc intern al controlului, respectiv 73,9% (156) părinți - loc extern al controlului.

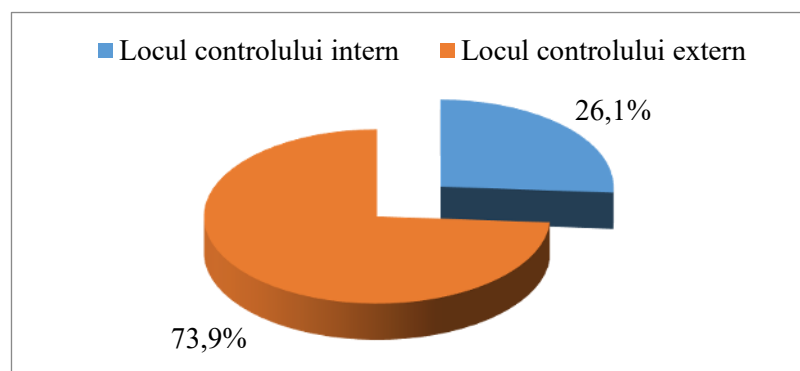


Fig. 2.31. Distribuția părinților care au în grijă copii cu dizabilități conform locului controlului

Rezultatele obținute sprijină ideea că părinții cu un loc intern al controlului, cei care consideră că mediul exterior este influențat de propriile lor acțiuni, sunt mai orientați spre scop, fiind predispuși să acționeze direct în vederea rezolvării problemelor. În sens invers, cei cu un loc al controlului extern care pun povara responsabilității pe cei din exterior, pe șansă, sau pe Divinitate aleg în principal comportament de excluziune, care este puțin util în situația de față diverselor provocări, deoarece au în grija lor copii cu dizabilități. Figura 2.32 reprezintă valorile medii a influenței caracteristicilor socio-demografice ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități asupra locului controlului. Nu există diferențe semnificative statistic între scorurile obținute la variabila „locul controlului” și variabilele sex, vârstă, nivel de educație, statut marital, angajare/neangajare în câmpul muncii, stare socio-economică ($p > 0,05$), acestea fiind stabilite doar în raport cu mediul de reședință ($p < 0,01$).

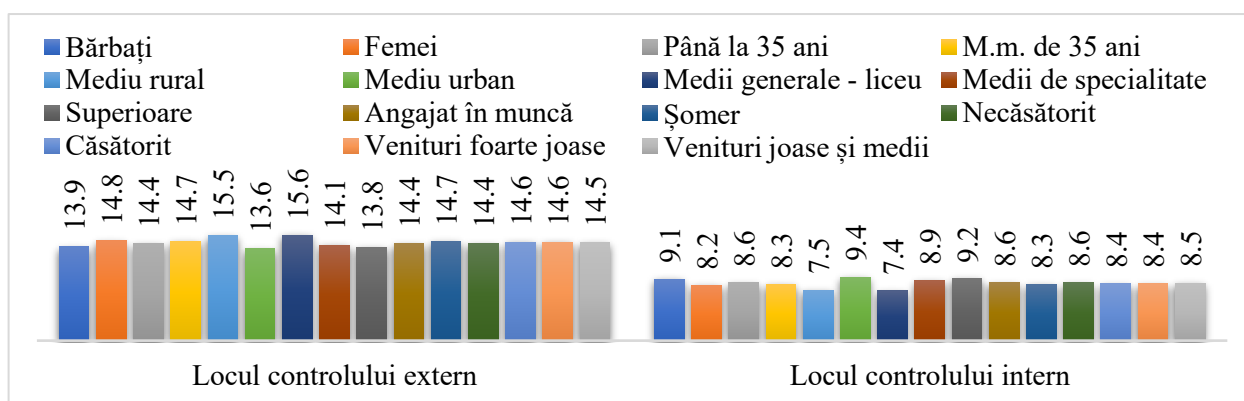


Fig. 2.32. Influența caracteristicilor socio-demografice ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități asupra locului controlului

Împărțind Lotul 2 în două subgrupuri – cu locul controlului extern și intern, am stabilit care sunt distanțele sociale de grupurile dezavantajate prin dizabilitate. În raport cu familiile care au un copil cu dizabilitate sunt luate aproximativ aceleași distanțe (2,7 și 2,8) – acceptați în linii mari în calitate de colegi. Rezultă că tendința de auto-excluziune manifestată în distanțele mari față de

famiiliile cu probleme de aceeași natură nu este influențată de locul controlului, indiferent de acesta respondenții din Lotul 2 o acceptă la o distanță considerabilă (vezi Figura 2.33).

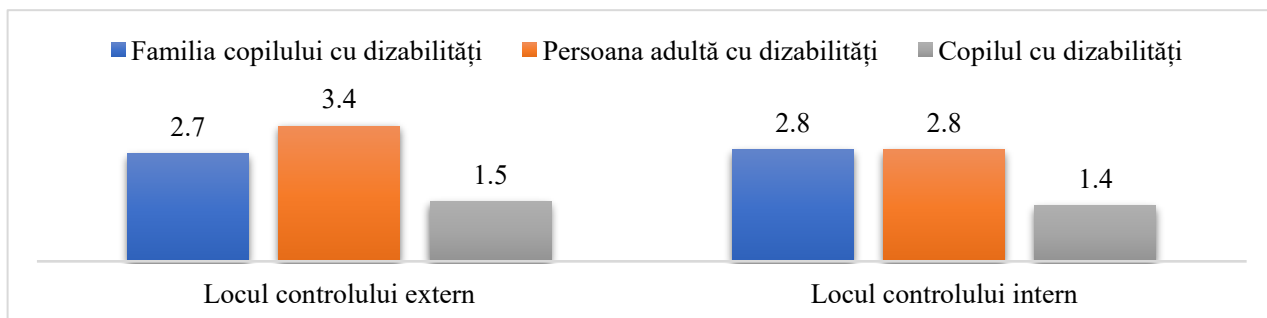


Fig. 2.33. Influența locului controlului părinților care au în grijă copii cu dizabilități asupra distanțelor sociale adoptate

Distanța socială e la fel de mică față de copilul cu dizabilități (1,5 și 1,4), acesta fiind inclus în câmpul familiei. Diferența, confirmată și statistic ($t=2,181$ la $p=0,03$) se atestă în distanța socială cu adulții cu dizabilități: 3,4 pentru respondenții cu locul controlului extern (acceptat în calitate de coleg, cetățean al țării proprii), și 2,8 – cu locul controlului intern (de vecin, coleg). Astfel, se observă că locul controlului influențează în mod semnificativ percepția socială față de adulții cu dizabilități, părinții cu un loc al controlului intern manifestând o mai mare apropiere socială față de aceștia, în timp ce respondenții cu un loc al controlului extern mențin o distanță mai mare, acceptându-i doar în contexte mai formale.

Figura 2.34 oferă o reprezentare comparativă a valorilor medii ale atitudinilor față de capacitățile de participare socială a persoanelor dezavantajate prin dizabilitate, din perspectiva respondenților din Lotul 2, diferențiați după locul controlului (extern sau intern). Observațiile indică o tendință pozitivă generală în evaluările persoanelor cu locul controlului intern, care manifestă o apreciere mai ridicată a capacităților care facilitează implicarea socială, fără a trece în polul negativ al scalei de evaluare.

În timp ce analiza statistică nu a evidențiat diferențe semnificative între cele două grupuri, trendul sugerează că respondenții cu locul controlului intern tind să ofere aprecieri mai favorabile asupra abilităților sociale și de implicare ale persoanelor cu dizabilități. Acest lucru poate fi interpretat ca un indicator al unei predispoziții interne favorabile, care poate influența pozitiv percepția asupra potențialului de participare socială a persoanelor din grupurile dezavantajate. Prin urmare, locul controlului intern poate fi considerat un factor care susține o atitudine mai deschisă și încurajatoare față de participarea socială a persoanelor cu dizabilități, subliniind importanța perspectivei interne în promovarea incluziunii sociale.

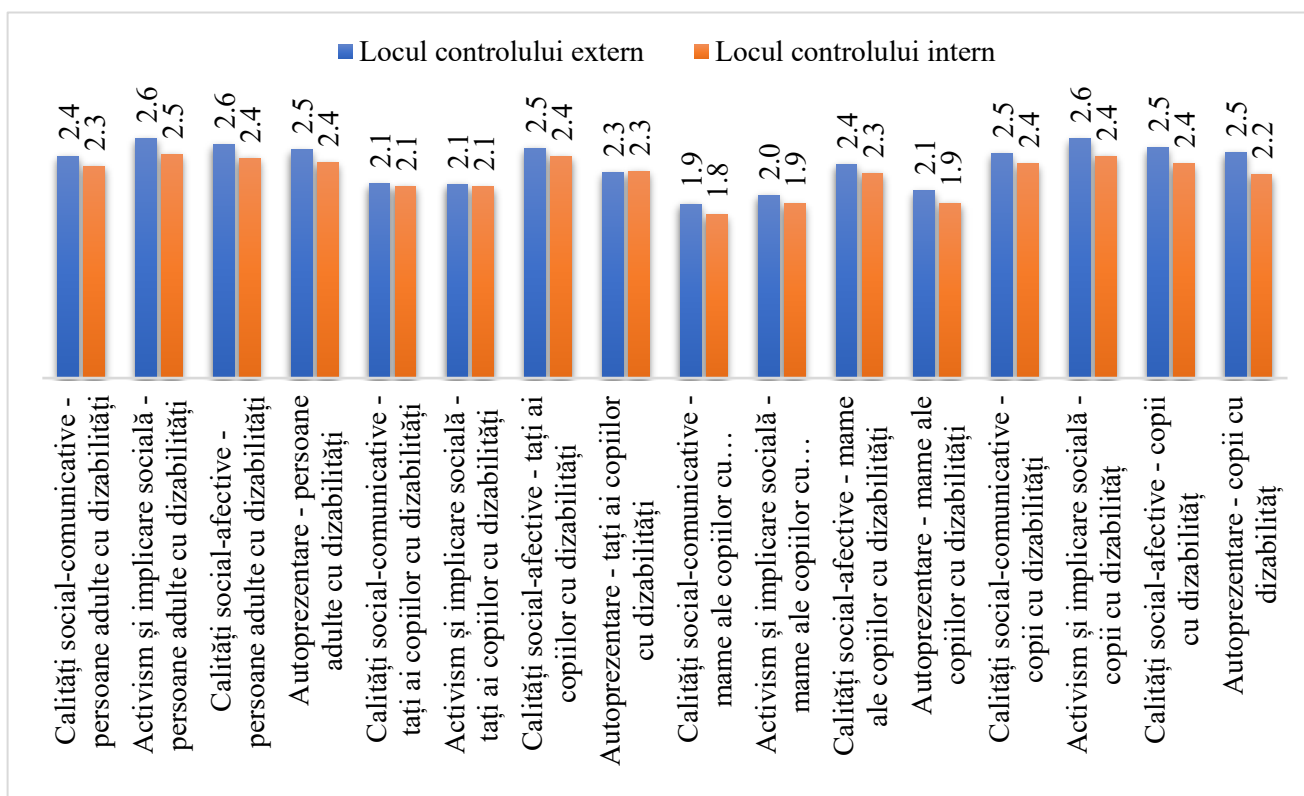


Fig. 2.34. Valoarea medie calculată a atitudinilor față de capacitățile care asigură participarea socială a persoanelor din grupurile dezavantajate prin dizabilitate ale respondenților din Lotul 2 cu locul controlului extern și intern

Cât privește emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități, în cazul persoanelor cu locul controlului extern sunt manifestate cu forță medie, iar intern – resimțite ne semnificativ (Figura 2.35). Compararea statistică a indicat la diferențe semnificative pentru forța acestor emoții înregistrată pentru persoanele cu locul controlului extern și intern ($p < 0,001$) (vezi Anexa 3 A3.39). În toate comparațiile părinții cu locul controlului intern au acumulat medii care indică la forță mică a emoțiilor autoreferențiale, cei cu locul controlului extern – manifestare mai sus de medie a culpabilității, alfa- și beta-mândriei, în cadrul mediei – a rușinii, detașării și izolării sociale.

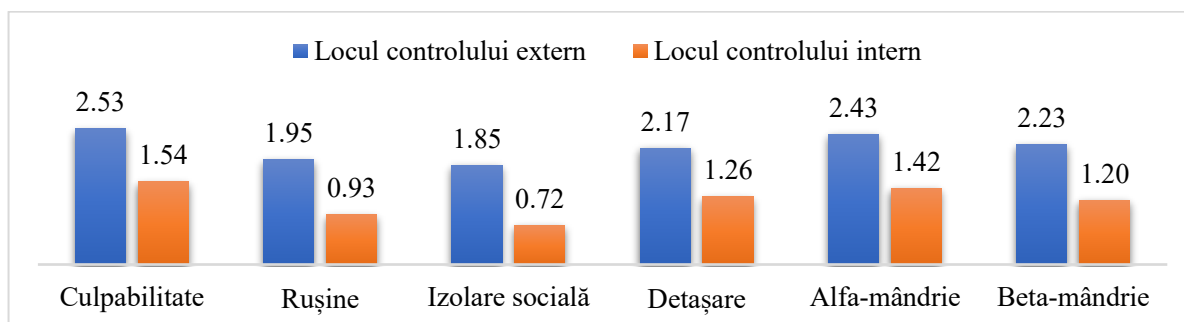


Fig. 2.35. Valoarea medie calculată pentru emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități cu locul controlului extern și intern

Prin calculul corelației dintre emoțiile autoreferențiale și locul controlului părinților s-au depistat rezultate statistice semnificative, care ilustrează un raport direct între locul controlului extern și toate stările afective măsurate ($p < 0,001$). Adică, cu cât mai mult persoana pune pe seama circumstanțelor externe, forțelor necontrolabile, intențiilor rele ale altor oameni, cu atât mai puternice vor fi emoțiile de culpabilitate, rușine, izolare socială, detașare, Alfa-mândrie și Beta-mândrie (vezi Anexa 3 A3.40). Există însă o corelație *negativă* semnificativă ($p < 0,001$) între emoțiile autoreferențiale a părinților și locul controlului *intern* al acestora, prin monitorizarea vieții persoanele se detașează de stările afective disfuncționale.

Părinții cu un loc al controlului intern își pot canaliza resursele pentru a acționa în conformitate cu trăsăturile lor dominante (internalism), în comparație cu părinții care au un loc al controlului extern. Pe de alta parte, putem presupune că sunt destul de mulți părinți (cu un loc al controlului extern) care trec printr-o traumă de intensitate mare și asociată cu alte situații dificile, dar nu își pot canaliza cu ușurință eforturile de a acționa în sensul alegerii celor mai „constructive” strategii de adaptare. Am putea să presupunem că datorită acumulării de emoții foarte puternice pot ajunge la exteriorizarea puternică a acestora, la dezangajare emoțională și comportamentală (situații disfuncționale), mai ales dacă sunt predispuși cognitiv la astfel de comportamente (loc al controlului extern).

Constatăm că Ipoteza operațională 5 s-a confirmat, locul controlului extern raportându-se pozitiv la emoțiile autoreferențiale, locul controlului intern fiind o capacitate de a le controla și a le influența în scop de diminuare a intensității. Astfel, dacă aceste emoții, după cum am constatat în analiza anterioară, determină tendința de autoexcluziune prin mărirea distanței sociale de familia dezavantajată prin dizabilitate, locul controlului intern ar fi o condiție a autoincluziunii sociale. Totodată, numărul mare de părinți care au acumulat scoruri ce denotă locul controlului extern ilustrează poziția de autoexcluziune și de limitare a efortului de participare socială a acestui grup social.

Concluzie: constatând că locul controlului influențează emoțiile autoreferențiale și, prin efortul de a le izola într-un cadru restrâns, a le ascunde, se aleg strategii de distanțare și non-participare socială, am stabilit încă un aspect al autoexcluziunii sociale a părinților care au în grija lor copii cu dizabilități – tendința de a explica situația trăită și de a căuta resursele în exterior, neîncrederea în propriile capacități, completate de stări afective distructive caracteristice persoanelor externaliste.

2.5. Concluzii la Capitolul 2

Ca rezultat al experimentului de constatare, concluzionăm următoarele.

1. Excluziunea totală la nivel macrosocial a grupurilor cercetate nu a fost atestată în urma analizei parametrilor demografici ca variabile în măsurarea valorilor medii ale distanței sociale. O

singură tendință de excluziune a fost identificată în raport cu persoanele adulte cu dizabilități (pe toate variabilele măsurate), populația dovedindu-se mai puțin tolerantă cu acest grup dezavantajat prin dizabilitate.

2. Familia copilului cu dizabilități este mai mult acceptată decât neacceptată de populație (nivelul macrosocial), iar tendințele de excluziune corelează nu cu atitudinile, ci cu dizabilitatea copilului, fiind percepută mai mult ca diadă mamă-copil, rolul tatălui fiind tratat ca neutru sau mai puțin implicat în îngrijirea copilului cu dizabilități. Aprecierea joasă a abilităților sociale ale mamei copilului cu dizabilități corelează cu heteroexcluziunea copilului cu dizabilități. Distanța socială față de copilul cu dizabilități corelează cu capacitatea copilului de a comunica social.

3. Creșterea unui copil cu dizabilități o plasează pe mama copilului într-un cadru de respect, aceasta fiind percepută de populație ca liantul dintre mediul social și ambianța de siguranță a copilului. Dar confluența mamă-copil (nivelul microsocal) este în detrimentul asigurării autonomiei sociale și incluziunii copilului: mama este inseparabilă de copil (de dizabilitatea lui), trăind intens emoții de rușine (subiectivă), autoculpabilizare, care o determină să se distanțeze social (să nu expună public copilul) prin autoexcluziune. Mama copilului cu dizabilități este mai mult axată pe nevoile sale sociale (a corespunde normelor socio-morale) și nu înțelege importanța abilităților personale de participare socială în incluziunea copilului.

4. Părinții copiilor cu dizabilități sunt dezavantajați socio-economic prin dizabilitatea acestora, fiind impuși să renunțe la activitatea profesională pentru a-i îngriji (în majoritatea cazurilor mama renunțând la locul de muncă).

5. Părinții copiilor cu dizabilități adesea sunt nevoiți să ducă o viață plină de emoții puternice, alegeri dificile, sentimentul izolării și de frică față de respingerea societății. Atât timp cât se trăiește o experiență de non-acceptare, marcată de emoții de culpabilitate, rușine sau în orice altă formă disfuncțională, aceștia tratează circumstanțele din exterior și pe alte persoane ca exosistem nefavorabil în care situația personală doar se poate agrava, insistând să se izoleze prin distanțare, adică prin autoexcluziune.

6. Emoțiile autoreferențiale ale părinților copiilor cu dizabilități sunt interconectate cu poziția lor în raport cu modalitatea de rezolvare a problemelor (externalistă sau internalistă), sporind în intensitate odată cu înaintarea în vârstă a copilului (până la grupul de vârstă după 20 de ani), fiind influențate de nevoile crescute de socializare ale acestuia. Amplificarea emoțiilor (nivelul nano) se resimte în câmpul social (nivelul mezosocial) al părintelui care nu poate controla sau are puțin control asupra mersului lucrurilor, cum ar fi în cazul celor din mediul rural, unde posibilitățile de incluziune a copilului sunt mai mici.

7. Climatul favorabil în cuplu (cooperarea între părinți pentru îngrijirea copilului identificată prin prezența ambilor în familie) asigură o capacitate mai bună de a face față emoțiilor

autoreferențiale de detașare, Alfa- și Beta-mândrie, ultima scăzând din intensitate și odată cu numărul de copii cu dizabilități în familie.

8. Variabilele distanța socială, atitudinile privind abilitățile care asigură participarea socială (social comunicative; activism și implicare sociale; social afective; autoprezentare), emoțiile autoreferențiale corelează între ele și indică spre tendințele de autoexcluziune a părinților mai pronunțate decât heteroexcluziunea.

9. În baza concluziilor date oferim următoarea definiție. *Autoexcluziunea socială a părinților copiilor cu dizabilități se exprimă prin sporirea distanței sociale în raport cu grupul primar (familia) cu experiență similară, diminuarea importanței abilităților care asigură participarea activă la viața comunității, limitarea efortului de asumare a responsabilității individuale și dorința de rezolvare a situației prin implicarea resurselor externe însoțită de trăirea emoțiilor distructive de rușine și culpabilitate.*

10. Înlocuirea emoțiilor distructive cu sentimente de acceptare de sine, a copilului cu dizabilități și a situației familiei dezavantajate prin dizabilitate, abordarea unei poziții sociale active – de participare la viața comunitară, sporirea conștiinței de rolul personal și de capacitățile interne pot contribui la prevenirea excluziunii sociale prin diminuarea autoexcluziunii părinților (înlăturarea distanței sociale față de familiile pe care aceștia le reprezintă) și incluziunea copilului cu dizabilități.

3. METODOLOGIA DE PREVENIRE A EXCLUZIUNII PRIN PROGRAMUL DE DEZVOLTARE A ABILITĂȚILOR DE PARTICIPARE SOCIALĂ CA PREMISE ALE INCLUZIUNII

3.1. Fundamentarea științifico-practică a programului și metodologia experimentului formativ

În literatura de specialitate frecvent se menționează confruntarea stresului de către părinții copiilor cu dizabilități decât în cazul celor care îngrijesc copii cu dezvoltare tipică. Având în vedere dificultățile cu care se confruntă părinții copiilor cu dizabilități, sunt expuse o serie de programe care se concentrează pe abilitățile parentale și implicarea părinților în îngrijirea copiilor [357]. Faptul că un copil este în mod semnificativ diferit de ceilalți membri ai familiei desigur necesită cunoștințe, competențe și acțiuni pe care, cel puțin inițial, părinții nu le posedă [92]. Singer și colegii (2007) [317] au efectuat o meta-analiză care examinează efectele primare și secundare ale intervențiilor parentale și gestionarea stresului de către părinții copiilor cu dizabilități. Dintre cele 17 studii cu modele experimentale sau cvasi-experimentale care s-au calificat pentru analiza pe baza abilității metodologiei lor de cercetare, autorii au identificat trei clase de intervenții: formarea comportamentală a părinților (adică, predarea abilităților de gestionare a comportamentului părinților); intervenții în abilitățile de coping, bazate pe principiile terapiei cognitiv-comportamentale; și o combinație a celor două. Ei au descoperit că intervențiile în toate cele trei grupuri au avut efecte semnificative asupra reducerii suferinței psihologice în rândul mamelor și taților [143], acestea fiind realizate mai ales prin dezvoltarea deprinderilor de îngrijire a copilului/copiilor cu dizabilități.

În domeniul intervențiilor de suport pentru părinții copiilor se atestă lacune semnificative din mai multe perspective: de cercetare, de aplicare, de măsurare a impactului și eficienței. Concluziile pe care le-am făcut în experimentul de constatare ne-au orientat spre întocmirea, aplicarea și verificarea eficienței unui program, care ar urmări starea de spirit, condiția psihosocială a părinților. Astfel, experimentul formativ a fost organizat în baza rezultatelor celui de constatare, care au relevat nevoia programelor de sprijin pentru părinții copiilor cu dizabilități pentru a-i ajuta să dezvolte abilitățile de participare socială prin abilități de comunicare asertivă și dezvoltare a rezilienței, astfel fiind exclusă, cel puțin diminuată tendința de autoexcluziune a acestora, consolidate condițiile de incluziune a lor și a copiilor. Orice intervenție, pe lângă obiectivele concrete urmărite, trebuie să-și propună stimularea și motivarea comunității pentru acțiuni orientate spre soluționarea problemelor cu care se confruntă anumite persoane sau grupuri de indivizi, spre îmbunătățirea condițiilor de viață și de activitate a membrilor comunității [71], iar familia copilului cu dizabilități, sub aspect psihosocial nu fac față, au nevoie de asistență pentru a

le oferi suport în depășirea acestor stări [72].

Conceptul și originalitatea metodologiei de prevenire a excluziunii prin dezvoltarea abilităților de participare socială a părinților care au în grija lor copii cu dizabilități

Knowles [232] afirmă că „cea mai adâncă nevoie pe care o simte un adult este de a fi tratat ca un adult, adică precum o persoană independentă”. Spre deosebire de copil, învățarea adultului înseamnă adâncire, restructurare, creație; este axată pe situații concrete, desprinse din viață, face apel la experiență. Se poate remarca inversarea raportului în formare - de formare, ceea ce semnifică punerea unui accent deosebit pe activitățile creative - practice. Trăsătura cea mai evidentă a învățării la adulți este responsabilitatea cu care ei caută să însușească deprinderi și cunoștințe. Adultul se angajează într-o activitate de învățare dacă există o corelație între proiectele sale și dorința de a le realiza. Pentru adult, activitatea de învățare înseamnă un act interior, nu constrângere; el nu e un receptor pasiv, el caută, descoperă cunoștințele, este un agent al propriei educații. Adultul nu dorește să fie educat, el este „format” [84].

Kidd [45] a înregistrat cinci caracteristici ale învățării la adult: 1) Omul învață întreaga viață, chiar dacă traversează perioade de evoluție sau declin în această acțiune; 2) Efectul învățării constă în schimbările de rol ale individului (dobândește statutul de prieten, membru al unei familii, ai unui colectiv de muncă), aceste schimbări de rol presupun câștigarea unor competențe profesionale și interpersonale; 3) Prin socializare, individul dobândește maturitate (capacitate de autoconducere, autodisciplină); 4) Experiența are un rol hotărâtor în a angaja în învățare; 5) Dorința de a participa activ la evenimentele vieții îi face pe mulți adulți să devină autodidacți – să învețe întreaga viață.

Conceptul de formare poate fi valorificat mai bine dacă adoptăm o perspectivă psihosociologică pentru înțelegerea acestuia. A forma înseamnă nu a adăuga, ci a dezvolta potențialul existent, substanța intelectuală și socio-morală a individului, a-i schimba structurile apercetive și acționale încât să se schimbe întreaga structură a personalității. Formarea nu e un simplu proces de achiziție, ci implică o transformare a ierarhiilor interne, dobândirea unui alt mod de a (inter) acționa, se prezintă ca o intervenție profundă, globală, constă în depășirea atitudinii de „consum” (în instruire, învățare), constituind pasajul spre interacțiune [84]. Intervențiile suportive adresate părinților copiilor cu dizabilități sunt preponderat concentrate pe dezvoltarea abilităților parentale în gestionarea comportamentelor copilului. Aceste intervenții au inclus aplicații de instruire generală în managementul parental [143].

Elaborarea metodologiei de prevenire a excluziunii prin dezvoltarea abilităților de participare socială a părinților care au în grija lor copii cu dizabilități, a demarat printr-un studiu exploratoriu a metodologiilor și programelor existente, a eficienței acestora, a elementelor inovative și strategiilor interactive de lucru cu părinții copiilor cu dizabilități, selectarea acestora

întru încorporarea în conținuturile programului nostru și definirea conceptului acestuia. Astfel, am analizat conceptul *Parent Management Training* (PMT) [285], o serie de programe cunoscute și sub denumirea de *Behavioral Parent Training* (BPT) care au scopul de a schimba comportamentele parentale prin metode de întărire pozitivă [253; 188], Programul *Triple P-Positive Parenting (Triple P)* [304], programul *Stepping Stones Triple P* dezvoltat pentru părinții copiilor cu dizabilități [336], Programul *Incredible Years*, conceput inițial pentru părinții copiilor de vârstă școlară cu tulburări de conduită [254; 351], Programul *Familia*, măsuri guvernamentale de suport social, destinate susținerii copiilor și a familiilor cu copii din Republica Moldova, important pentru protecția socială a familiilor/părinților copiilor cu dizabilități [58], *Modelele rezilienței familiale* (Anexa 1 A1.8). Analiza acestor metodologii și programe ne-a oferit o viziune generală a intervențiilor pentru părinții copiilor cu dizabilități, prin identificarea elementelor similare și a strategiilor comune: evaluarea resurselor și nevoilor, întărirea comportamentelor pozitive și a capacității generale de adaptare la adversitate (dizabilitatea ca stresor continuu) prin obiective propuse și strategii individuale, focusarea pe schimbare prin acceptare într-un cadru de formare și sprijin psiho-emoțional prin sesiuni consecutive etc.

Metodologia elaborată se bazează pe programul de dezvoltare a Abilităților de Reziliență și Comunicare Asertivă, numit în continuare programul ARCA. Originalitatea programului ARCA se regăsește în conceptul elaborat în baza *Modelului celor 4D* ajustat la nevoile de formare ale grupului cercetat și fundamentat de programele și modelele analizate. Acest model încurajează identificarea și valorificarea punctelor forte și a resurselor pozitive, oferind un cadru sigur pentru explorarea și consolidarea acestora.

Autorii teoriei Appreciative Inquiry - AI (Ancheta apreciativă), Cooperrider și Srivastva [166] ne-au oferit Modelul celor 4D - model al intervenției centrat pe identificarea și valorizarea aspectelor pozitive ale sistemelor sociale și ale traiectoriilor individuale. Practicienii AI, și-au bazat metodele pe setul inițial de 4 principii care au afirmat că investigarea potențialului social al unui sistem social ar trebui să înceapă cu apreciere, ar trebui să fie colaborativă, provocatoare și să fie aplicabilă prin arta de a pune întrebări care întăresc capacitatea unui sistem de a înțelege, anticipa și spori potențialul pozitiv [165, p.3]. AI reprezintă investigația aspectelor funcționale și pozitive ale sistemelor sociale, asigurând transformarea bazată pe afirmare și apreciere, pornind de la întrebările și dialogul despre punctele forte, succese, valori, speranțe și vise [355, p.1]. Un mod de a pune întrebări, plecând de la ceea ce este pozitiv în loc de ceea ce lipsește, sau ne influențează negativ. Abia în 1997 a fost creat modelul 4D al AI, acum descris aproape universal ca metodă AI [156] care se bazează pe grija față de oameni, pe resursele care ei deja le posedă, îi pune pe participanți într-o mentalitate pozitivă și îi invită să co-proiecteze un viitor mai bun [113].

AI împărtășește un șir de convingeri fundamentale despre natura umană și organizarea socială a vieții umane:

- ❖ Oamenii, la nivel individual și colectiv, au înzestrări, abilități unice și resurse prin care să le aducă la viață (n.a. *să le valorifice*);
- ❖ Organizațiile sunt sisteme sociale umane, surse ale capacității relaționale nelimitate, create și trăite prin limbaj (n.a. *comunicare*);
- ❖ Imaginile pe care le avem despre viitor sunt create social și, odată articulate, servesc la ghidarea acțiunilor individuale și colective;
- ❖ Prin comunicarea umană – anchetă și dialog – oamenii își pot reorienta atenția și acțiunea de la analiza problemelor pentru a crește idealuri demne și posibilități productive pentru viitor („cuvintele creează lumi”) [355, p.2].

Figura 3.1 prezintă "Modelul celor 4D" din cadrul metodei de investigare apreciativă (AI - Appreciative Inquiry), care se bazează pe patru etape esențiale: Discovery (descoperire), Dream (visare), Design (construire) și Destiny (destin).



Fig. 3.1. Modelul celor 4D

(adaptat după Whitney, D. și Trosten-Bloom, A.) [355, p.6].

Structura generală a metodei 4D, sintetizată în „modelul celor 4D” (Discovery, Dream, Design, Destiny) se prezintă în felul următor:

I. În prima etapă (*Discovery* - ”descoperire apreciativă”) se identifică, împreună cu sistemul client, aspectele și experiențele pozitive ale acestuia, pe baza cărora se va proiecta schimbarea dorită. Se explorează propria experiență pentru a descoperi „cele mai bune din...”. Aprecierea – cel mai bun din ce este și avem.

II. În etapa a doua (*Dream*) se conturează o viziune asupra a ceea ce este de dorit, o imagine ideală spre care se tinde. În această etapă, participanții sunt rugați să-și imagineze grupul

sau comunitatea în cel mai bun mod și se încearcă să identifice aspirațiile comune ale membrilor sistemului și să simbolizeze acest lucru într-un fel. Dream are adesea ca rezultat ceva mai simbolic, cum ar fi o reprezentare grafică. Ce ar putea fi dacă...?

III. În etapa a treia (*Design*) se construiește noua structură posibilă, configurată în raport cu viziunea imaginată în etapa anterioară și cu experiența pozitivă deja probată. Participanții analizează, discută oportunitățile și resursele, proiectează acțiunile necesare pentru realizarea visului/schimbării. Cum trebuie să arate situația ideală? Ce trebuie să fac și cum?

IV. În etapa a patra (*Destiny*) se implementează obiectivele propuse prin acțiunile identificate și a resurselor necesare pentru obținerea rezultatelor. Cum realizez, învăț, improvizez, împuternicesc? Cum primesc și ofer susținere și sprijin?

AI a fost descrisă într-o multitudine de moduri: ca o paradigmă a evoluției conștiente orientată pentru realitățile noului secol, ca o metodologie care duce ideea construcției sociale a realității la extrema sa pozitivă - în special cu accent pe metaforă și narațiune, modalități relaționale de cunoaștere, pe limbaj și pe potențialul său ca sursă a teoriei generative, ca cel mai important progres în cercetarea-acțiune din ultimul deceniu, ca urmaș și „moștenitor” al viziunii lui Maslow despre o știință socială pozitivă, ca model al unei științe participative, ca o abordare radical afirmativă a schimbării [165].

AI poate fi descrisă pe scurt în căutarea co-revoluționară a ceea ce este mai bun în oameni și în lumea relevantă din jurul lor. AI implică sarcina grea de intervenție pentru a accelera imaginația și inovația în loc de negație, critică și diagnosticare în spirală: descoperire, vis, design, destin. Caracteristica unică a acestei abordări este angajamentul de a căuta și a recurge la cauzele fundamentale ale succesului, mai degrabă decât cele care contribuie la eșec. Îi face pe oameni mai curioși și mai intens interesați de învățare, asigură o schimbare de la interacțiunile concentrate pe problemă, atunci când este structurată în mod corespunzător [233]. Luând toate acestea împreună ca gestalt, AI în mod deliberat în tot ceea ce face încearcă să funcționeze din relațiile acestui „nucleu de schimbare pozitivă” - și presupune că fiecare sistem viu are multe relatări neexploatate, bogate și inspiratoare ale pozitivului [165].

Modelul ciclic 4-D este un instrument eficient întru realizarea schimbării sistemului social, poate fi un ghid pentru conversație individuală sau cu un grup, poate asigura cadrul pentru dezvoltarea personală sau coaching, formarea unor alianțe sau în dezvoltarea comunităților. Oricare scop nu ar fi ales, modelul poate servi ca fundamentare a schimbării pozitive planificate [355, p.7].

Generalizând cele expuse, argumentăm raționamentele vizând fundamentarea teoretică și metodologică ale Programului de dezvoltare a abilităților de participare socială a părinților care au în grija lor copii cu dizabilități prin formarea abilităților de reziliență și comunicare asertivă sau

programul cu titlul ARCA. Metodologia programului ARCA prezintă congruențe cu postulatele teoriei Appreciative Inquiry - AI (Ancheta apreciativă) și a Modelului celor 4D - model al intervenției centrat pe valorificarea resurselor sistemelor sociale la nivel individual și de grup întru facilitarea schimbării pozitive.

Congruențe dintre teoriile explicative și Modelul 4D - model de fond al Programului ARCA

Întru consolidarea acestor congruențe, vom prezenta în continuare rezonanța științifico-aplicativă a teoriilor analizate în capitolul teoretic al acestei lucrări, teorii care au asigurat fundamentarea teoretică a programului ARCA.

Tabelul 3.1. Congruențe dintre teoriile explicative și Modelul 4D

Nr. ord	Fundamentare teoretică	Congruențe	Valorificarea aplicativă a teoriilor prin Modelul 4D
1	<i>Teoria generală a sistemelor (TGS) (Ludwig von Bertalanffy)</i>	TGS ne oferă conceptele-cheie utilizate: <i>sistem</i> (indivizi, grupuri sociale, acțiuni, interacțiuni etc.); <i>intrări</i> (influxurile de resurse indispensabile inițierii sistemului); <i>ieșiri</i> (reacția de răspuns interacțiunile elementelor sale); <i>proces</i> sau <i>transformare</i> : (transformarea intrărilor în ieșiri, retroacțiunea sau retroalimentarea care are rolul de a dirija anumite ieșiri, modificând astfel comportamentul sistemului); <i>mediu extern sistemului</i> (diferența dintre tot și părți constitutive); <i>relație</i> (conexiunile dintre sisteme și intrasistem); <i>feedback</i> (raportarea continuă a ieșirilor) [62, p.127-128.].	Metodologia ține cont de complexitatea abordării sistemice și de importanța înțelegerii interacțiunii și relaționării dintre sistemele sociale și în cadrul sistemelor între elementele sale componente (subsisteme).
2	<i>Teoria sistemelor ecologice a lui Bronfenbrenner</i>	Conform teoriei, cel mai important microsistem este copilul și familia. Dezvoltarea copilului și interacțiunea la nivel de mezosistem sunt esențiale în procesul de incluziune. Influența exosistemului este direct proporțională cu participarea activă a părinților. Macrosistemul sintetizează valorile socio-culturale, interacțiunea directă a familiei (indirectă a copilului) cu alte sisteme sociale. La nivel nano, individul interiorizează prin atribuire valorile sociale.	Modelul 4D integrează în sine aceste elemente ca esențiale ale funcționării sistemului familial, cu accent pe importanța interacțiunii pozitive a subsistemelor și valorificarea resurselor pe care le posedă.
3	<i>Teoria sistemelor sociale, Luhman</i>	Sistemele sociale și psihice sunt distinse de către Luhmann de alte sisteme vii prin capacitatea lor adițională de a opera cu sens. În încercarea de a realiza o teorie cuprinzătoare, autorul prezintă sociologia ca „știința sistemelor sociale” și în conformitate cu aceasta, orice contact social, fie el la nivelul bazal al interacțiunii interpersonale, fie el la nivel simbolic sau organizațional, este perceput drept un sistem [86, p. 126].	Important pentru program este definirea conceptului de „încredere”, văzută Luhmann ca mijlocul de interacțiune între sistemele sociale și reprezentanții acelor sisteme [apud 262].
4	<i>Teoria stigmatului</i>	La nivel micro stigmatizarea se manifestă prin boli mentale, stres, boli fizice, la nivel mezo prin scăderea stimei de sine, afectarea identității și recunoașterea/lipsa recunoașterii interpersonale. La nivel macro se atestă în cazul diferențelor de grup, apartenența la grup/în afara grupului, inegalitatea economică și socială. Goffman notează că nu toate atributele indezirabile sunt stigmatizante, ci doar cele care sunt incongruente cu stereotipurile și așteptările noastre [apud 34, p 411].	Prin Modelul 4D se afirmă că potențialul social al unui sistem ar trebui valorizat prin apreciere, colaborare, întărirea capacității unui sistem de face față adversităților într-un mod constructiv.

5	<i>Teoria atribuirii</i>	Teoria atribuirii se bazează pe patru explicații potențiale ale succesului și eșecului: abilitate, efort, dificultatea sarcinii și șansa [11, p.50]. În interacțiunile sociale indivizii sunt „selectorii” ai unor opțiuni de comportament în urma cărora vor obține anumite beneficii, cum ar fi împlinirea nevoilor de apartenență, de securitate etc. Ca rezultat al alegerii, fiecare persoană traversează o stare de satisfacție sau insatisfacție, denumită de autori rezultat al interacțiunii – o consecință care poate fi mai mult sau mai puțin satisfăcătoare [26, p.100]. Teoria atribuirii ne oferă și cheia pentru a înțelege raportul dintre hetero și autoatribuire în autoexcluziunea socială.	Caracteristica Modelului 4D este de angajare a individului/grupului în descoperirea cauzelor succesului și mai puțin pe cauzele insuccesului pentru orientarea persoanelor către schimbare pozitivă: descoperire, vis, design, destin.
6	<i>Teoria judecății sociale</i>	În situații cotidiene de viață, oamenii își formează scale de referință, puncte de referință (anchors), cu ajutorul cărora ordonează obiectele după cum satisfac anumite trebuințe sau ierarhizează persoanele în funcție de anumite preferințe. Aceste scale pot fi unidimensionale sau multidimensionale. Accentul este pus pe judecata individuală a mesajului persuasiv, această judecată având rol de mediator în schimbarea atitudinilor [26, p.261].	Modelului 4D ajută la crearea încrederii în capacitățile sistemului de a face schimbări inovatoare, deoarece oamenii sunt atrași de schimbare (mai degrabă decât împinși) [112].
7	<i>Teoria identității sociale</i>	Oamenii se angajează în comparații între grupuri care demonstrează o părtinire favorabilă față de grupul lor, manifestă comportamente discriminatorii față de grupurile externe și folosesc mecanisme de coping, cum ar fi atribuțiile cauzale interne/externe pentru eșecurile grupului [294]. Teoria susține că acele categorii care includ eul (categorii de apartenență: naționalitatea religia, afilierea politică, echipa sportivă, grupul de muncă, familia) oferă indivizilor definiții de sine congruente cu categoria, definiții care se integrează ca elemente în conceptul de sine al fiecăruia [9].	Modelul 4D poate fi folosit pentru a le arăta indivizilor cum să se concentreze asupra perspectivelor pozitive, pe ceea ce își doresc ei cel mai mult și pe modul în care să-și împuternicească punctele forte pentru a ajunge acolo [113].
8	<i>Teoria învățării sociale</i>	Bandura [122] a pornit de la premisa că învățarea socială presupune o interacțiune continuă între individ și anumiți determinanți sau factori semnificativi. Aceștia se găsesc în mediu, cu preponderență în cel social, însă capătă semnificație pentru învățare prin prisma individualității celui care învață. Modelele comportamentale se învață în două moduri diferite: 1) prin experiența proprie (sau, de asemenea, numită învățare directă); 2) prin observarea comportamentului altor persoane (numită și învățare vicarială) [85, 59]. Deci, se achiziționează un comportament, se inițiază comportamentele și se mențin pattern-urile comportamentale.	Modelul 4D se referă la înțelegerea punctelor forte și a nucleului pozitiv al unui sistem uman. În etapa Discovery, prin întrebările formulate se descoperă aceste puncte forte [112] și motivația pentru învățare, schimbare socială, deschidere pentru interacțiune socială.
9	<i>Teoria câmpului social</i>	Modelul lui Lewin de schimbare a comportamentului presupune parcurgerea a trei stadii: <i>dezghețarea</i> (lucrurile existente nu sunt adecvate și acceptarea schimbării), <i>schimbarea comportamentului</i> (transferul spre o stare de lucruri adecvată, adoptarea de noi atitudini) și <i>reînghețarea noului comportament</i> (comportamentele nou formate sunt consolidate și devin permanente) [47]. Modelul [246] explică condițiile care pot provoca schimbarea profundă și de durată a comportamentului uman, care depinde de evenimente și de modul în care subiectul le percepe [68].	Modelul 4D poate fi folosit ca sistem de operare personal pentru a ajuta în căutarea și găsirea scopului și bucuriei, în transformarea temerilor și gândurile negative, îmbunătățirea relațiilor cu ceilalți și navigarea în „haosul” vieții dintr-o perspectivă pozitivă [113].

10	<i>Teoria Responsivă a Excluziunii Sociale</i>	Excluziunea socială este un proces interactiv între mai multe persoane, dar cercetările anterioare s-au concentrat aproape exclusiv asupra impactului negativ asupra țințelor. Ce sfaturi sunt disponibile pentru persoanele de pe cealaltă parte (adică, surse) care doresc să minimizeze impactul negativ al acestuia și să-și păstreze propria reputație? [189].	O abordare apreciativă prin modelul 4D a diversității, echității și incluziunii implică identificarea punctelor comune și crearea de noi relații [112; 113].
----	--	---	--

Respectiv, ancorarea programului ARCA într-un cadru formativ prin elementul său de bază Modelul 4D, a fost realizată prin conceptualizarea teoretică și metodologică prin prisma teoriilor explicative ale comportamentului uman și potențialului de schimbare condiționat de o multitudine de factori de varie natură (vezi Tabelul 3.1).

Experimentul formativ se conturează ca o modalitate de modificare a comportamentului social prin dezvoltarea unor abilități sociale sau/și fortificarea resurselor deja existente. Totodată, utilizarea acestui model ca metodă de fond a programului a asigurat o înțelegere a emoțiilor autoreferențiale (rușine și culpabilitate), a experiențelor personale împărtășite cu grupul cu experiențe similare, un cadru prietenos pentru a construi noi relații/rețele sociale, încurajare/autoîmputernicirea pentru a participa activ la realizarea unor scopuri (personale și de grup), crearea unui spațiu sigur în care conexiunea cu alte persoane cu experiențe similare asigură acceptarea rolului de părinte a copilului cu dizabilitate și depășirea adversităților prin căutarea și găsirea unor soluții și scenarii constructive, cu mai puține comportamente defensive.

Scopul cercetării de formare: elaborarea, aplicarea și validarea metodologiei de prevenire a excluziunii prin dezvoltarea abilităților de participare socială prin programul de intervenție psihosocială pentru părinții copiilor cu dizabilități întru diminuarea tendințelor de autoexcluziune și ca premise ale incluziunii.

Obiectivele cercetării de formare

1. Studiul programelor de suport psihoemoțional, a programelor educaționale și de sprijin social destinate familiilor copiilor cu dizabilități întru elaborarea propriei metodologii de prevenire a excluziunii sociale a părinților care au în grija lor copii cu dizabilități.
2. Elaborarea programului pentru oferirea suportului psihosocial și emoțional a părinților copiilor cu dizabilități și dezvoltarea comportamentelor de participare socială prin formarea abilităților de reziliență și comunicare asertivă -ARCA.
3. Selectarea eșantionului cercetării experimentale de formare din Lotul 2 - părinții care au participat la experimentul de constatare, și divizarea în grup experimental și grup de control.
4. Aplicarea programului ARCA pe eșantionul experimental, format din 15 mame ale copiilor cu dizabilități din raionul Orhei, beneficiari ai Direcției Generale de Asistență Socială și Protecție a Familiei.

5. Evaluarea impactului programului ARCA prin măsurarea variabilelor legate de abilitățile care asigură participarea socială, emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grija lor copii cu dizabilități, efectuată după finalizarea programului în grupul experimental.

6. Compararea statistică a rezultatelor experimentului de formare dintre două eșantioane independente (grupul experimental – grupul de control) la etapa test- retest în scop de validare a rezultatelor experimentale.

În cadrul experimentului formativ am urmărit următoarele **ipoteze operaționale**:

Ipoteza operațională 1: Dezvoltarea abilităților esențiale pentru participarea socială, cum ar fi abilitățile de comunicare socială, activismul și implicarea socială, abilitățile social-afective și autoprezentarea, va contribui semnificativ la reducerea tendințelor de autoexcluziune ale părinților care au în îngrijire copii cu dizabilități. Prin intermediul programului de intervenție psihosocială, ne așteptăm ca părinții să își îmbunătățească capacitatea de a interacționa și de a se implica activ în comunitate, ceea ce va diminua izolarea socială autoimpusă.

Ipoteza operațională 2: Implementarea unor strategii specifice de diminuare a intensității emoțiilor autoreferențiale, prin tehnici de comunicare asertivă și formarea rezilienței, va ajuta părinții copiilor cu dizabilități să gestioneze mai eficient stresul și să își accepte rolul de părinte al unui copil cu dizabilități. Prin acceptarea condiției de dizabilitate ca fiind una ce nu poate fi schimbată, dar care poate fi gestionată, se anticipează o îmbunătățire a bunăstării emoționale a părinților, contribuind astfel la o mai bună integrare socială.

Eșantionul experimentului de formare a fost selectat din Lotul 2 al cercetării, care include părinții copiilor cu dizabilități, printr-o metodă de eșantionare rațională, bazată pe participare voluntară și informată. În cadrul fazei inițiale a experimentului de constatare, părinții au fost invitați la Direcția Generală de Asistență Socială și Protecție a Familiei (DGASPF) Orhei, unde au fost oferite explicații suplimentare cu privire la participare și la întrebările lor legate de procesul de cercetare. Aceste conversații prelabile au facilitat ulterior identificarea părinților dispuși să participe la experimentul formativ. Ulterior, fiecare familie/părinte a fost contactată telefonic pentru a li se explica condițiile participării la experimentul formativ, inclusiv formatul specific al Programului ARCA. Din totalul celor 30 de părinți selectați pentru eșantion (mame (27 de persoane, reprezentând 90% din eșantion), angajate ca asistenți personali ai copiilor lor, în timp ce ponderea taților a fost semnificativ mai mică (doar 3 persoane, reprezentând 10% din eșantion), aceștia au fost împărțiți în două grupuri: *grupul experimental* și *grupul de control*.

Criteriile de selectare a eșantionului experimentului de formare: 1) disponibilitatea și deschiderea pentru participare; 2) exprimarea nevoii de schimbare; 3) motivația pentru incluziunea socială.

Astfel, grupul experimental, format din 15 părinți, a fost compus exclusiv din părinți care și-au exprimat disponibilitatea de a participa integral la program, în timp ce grupul de control, format tot din 15 părinți, a fost constituit din părinți care nu au fost disponibili pentru a participa activ la toate activitățile programului ARCA. Totuși, părinții din grupul de control au continuat să participe la activitățile planificate în cadrul DGASPF Orhei, precum consultații individuale și în grup, seminare, și formări legate de asistența personală a copilului.

Rațiunea pentru selectarea părinților dintr-o zonă geografică specifică, cum ar fi raionul Orhei, a fost determinată de mai mulți factori, printre care: disponibilitatea unui număr suficient de părinți pentru a participa la experiment, colaborarea oferită de DGASPF Orhei, precum și accesibilitatea relativ ușoară atât pentru formator, cât și pentru participanți la locul de desfășurare a programului ARCA.

În acest context, a fost testată ipoteza conform căreia programul ARCA va avea un impact pozitiv asupra reducerii tendințelor de autoexcludere și asupra îmbunătățirii participării sociale. Structura experimentului, care a inclus două grupuri – experimental și de control – a permis o investigare controlată a efectelor programului ARCA și validarea ipotezelor cercetării pe baza datelor obținute. Grupul experimental, format din 15 mame ale copiilor cu dizabilități, a participat activ la program, în timp ce grupul de control nu a beneficiat de această intervenție. Această comparație între cele două grupuri a fost esențială pentru a evalua impactul specific al programului asupra variabilelor măsurate.

În tabelul 3.2 sunt prezentate caracteristicile socio-demografice ale participanților din ambele grupuri, detaliind variabilele esențiale pentru o evaluare obiectivă și comprehensivă a impactului programului.

Tabelul 3.2. Eșantionul experimentului de formare (grupul experimental și grupul de control)

Parametrii socio-demografici ai eșantionului	Grupul experimental		Grupul de control	
	Valoare numerică	%	Valoare numerică	%
Sex				
femei	15	100%	12	80%
bărbați	0	0%	3	20%
Vârstă				
Vârstă 19-25	5	33,3%	2	13,3%
Vârstă 26-35	5	33,3%	5	33,3%
Vârstă 36-55	4	26,7%	7	46,7%
Vârstă 56-75	1	6,7%	1	6,7%
Mediul de proveniență				
urban	6	40%	10	66,7%
rural	9	60%	5	33,3%
Nivel educație				
studii medii generale	6	40%	10	66,7%
studii medii de specialitate	9	60%	4	26,7%
studii superioare	0	0%	1	6,7%

Parametrii socio-demografici ai eșantionului	Grupul experimental		Grupul de control	
	Valoare numerică	%	Valoare numerică	%
Statut socio-profesional				
anagajat	15	100%	12	80%
neangajat	0	0%	3	20%
Stare civilă				
Celibatar/ă	2	13,3%	2	13,3%
Căsătorit/ă	10	66,7%	10	66,7%
Divorțat/ă	3	20%	3	20%
Stare economică				
insuficientă	5	33,3%	6	40%
scăzută	8	53,3%	8	53,3%
medie	2	13,4%	1	6,7%
Numărul de copii cu dizabilități în familie				
1 copil	12	80%	13	86,7%
2 și mai mulți copii	3	20%	2	13,3%
Sexul copiilor cu dizabilități				
Masculin	11	61,1%	8	47,1%
Feminin	7	38,9%	9	52,9%
Vârsta copiilor cu dizabilități				
0-3 ani	2	11,1%	1	6,6%
4-6 ani	2	11,1%	2	11,8%
7-10 ani	2	11,1%	2	11,8%
11-14 ani	3	16,7%	5	29,4%
15 și mai mulți	9	50%	7	41,2%

În conformitate cu metodologia experimentului formativ („Test al afectelor care implică sinele” (TOSCA), „Scala distanței sociale” (Bogardus E., adaptată); „Diferențialul semantic” (C. E. Osgood). Eșantionul experimentului de formare), am verificat omogenitatea rezultatelor căpătate în cadrul cercetării de constatare, iar datele obținute au fost analizate și comparate între cele două grupuri, evidențiind astfel relevanța ipotezelor operaționale.

Prezentăm valorile medii calculate a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate medii pentru grupurile experimental (GE) și de control (GC). IDS comparate pentru fiecare grup cercetat se încadrează în 0-4, ceea ce poate fi interpretat ca distanță socială minimă.

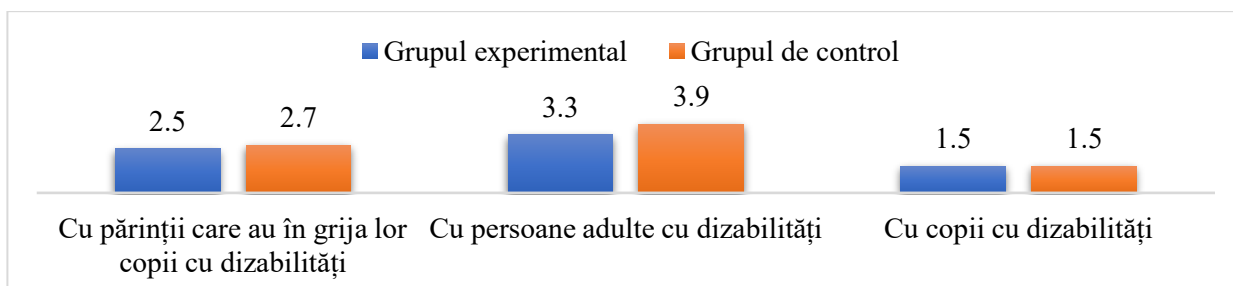


Fig. 3.2. Valoarea medie calculată a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate – rezultate test pentru grupurile experimental și de control

Rezultatele obținute (Figura 3.2) ne permit să concluzionăm că ambele grupuri mențin un nivel mediu pentru distanța socială, IDS fiind: pentru familiile care are în grija sa copil/copii cu

dizabilități este de 2,5 pentru GE și 2,7 pentru GC – acceptare în calitate de prieten și vecin; pentru persoanele adulte cu dizabilități - de 3,3 pentru GE și 3,9 pentru GC; pentru copii cu dizabilități - de 1,5 pentru GE și GC. Compararea statistică (testul Mann-Whitney U pentru eșantioane independente) a indicat la similaritatea datelor ($p > 0,1$) (vezi Anexa 4 A4.1).

În analiza mediilor, observăm diferențe minore în ceea ce privește distanța socială față de familiile similare, distanță care este mai mică în cadrul grupului experimental. Acest lucru poate fi explicat prin caracteristicile eșantionului: grupul experimental a inclus doar părinți care sunt angajați ca asistenți personali. Aceștia au experiență în comunicarea cu familii care au în grijă copii cu dizabilități, au o istorie personală atât în afara serviciului, cât și în cadrul acestuia, și sunt instruiți prin participarea la diverse întruniri și proiecte organizate de DGASPF Orhei cu partenerii sociali. De asemenea, beneficiază de alte servicii sociale, precum Echipa Mobilă și Serviciul Respiro. Grupul experimental interacționează continuu, atât cu părinții din același grup, cât și cu sistemul de protecție, comunitatea și sistemul educațional, în cazul copiilor înscriși în școli incluzive.

Putem afirma că ambele grupuri manifestă o dinamică în evoluția lor, însă fiecare urmează o strategie diferită: grupul de control continuă să aplice strategiile cunoscute, în timp ce grupul experimental adoptă noi strategii, care au un impact asupra atitudinilor și comportamentelor lor.

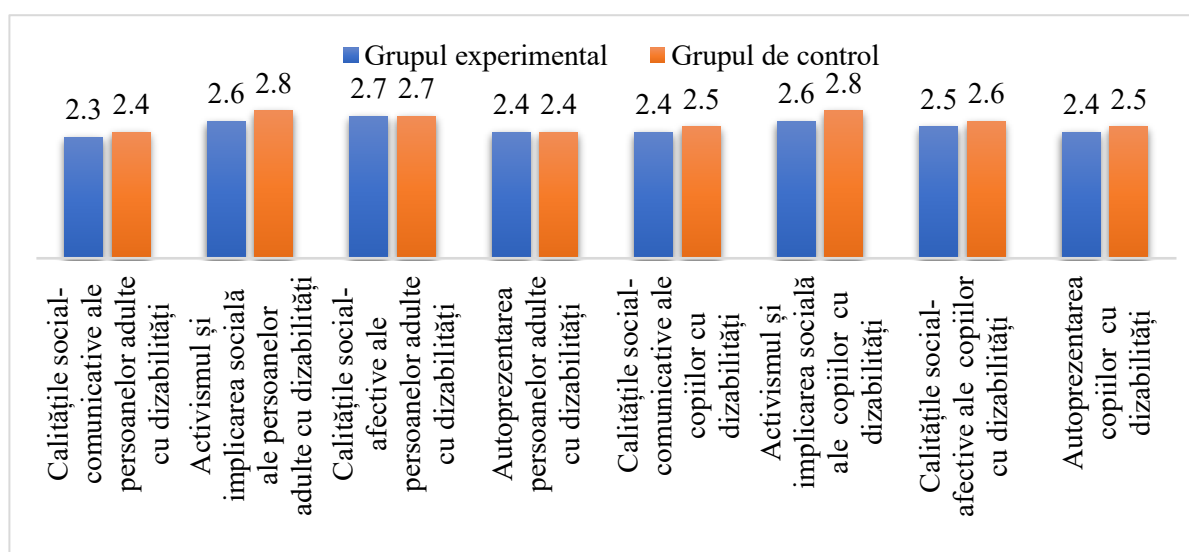


Fig. 3.3. Valoarea medie calculată a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor adulte și copiilor cu dizabilități pentru grupurile experimental și de control

În continuare, prezentăm compararea atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială ale grupurilor dezavantajate prin dizabilitate, măsurate pentru subiecții din grupul experimental (GE) și grupul de control (GC). Pentru început, am comparat atitudinile față de persoanele adulte și copiii cu dizabilități.

Figura 3.3 reprezintă valorile medii calculate a atitudinilor față de persoanele adulte cu dizabilități ale subiecților din GE și GC care confirmă aprecieri neutre manifestate de ambele grupuri, variind de la 2,3 la 2,8, două medii trec în câmpul semantic negativ: pentru abilitățile sociale afective – 2,7, pentru activismul și implicarea socială – 2,8 în evaluările GC. Nesemnificativ mai pozitive sunt atitudinile față de abilitățile copiilor cu dizabilități, variind de la 2,4 la 2,8, doar într-un caz cu tendință spre negativ - pentru activismul și implicarea socială – 2,8 în evaluările GC. Compararea statistică a indicat la similaritatea datelor ($p>0,1$) (vezi Anexa 4 A4.2).

Valorile medii calculate a atitudinilor față de tații și mamele copiilor cu dizabilități ale subiecților din GE și GC (Figura 3.4) prezintă aprecieri neutre manifestate de ambele grupuri, variind de la 2,0 la 2,6, o singură medie trece în câmpul semantic negativ: pentru abilitățile sociale afective ale taților – 2,6 în evaluările GC. Compararea statistică a indicat la similaritatea datelor ($p>0,1$) (vezi Anexa 4 A4.3).

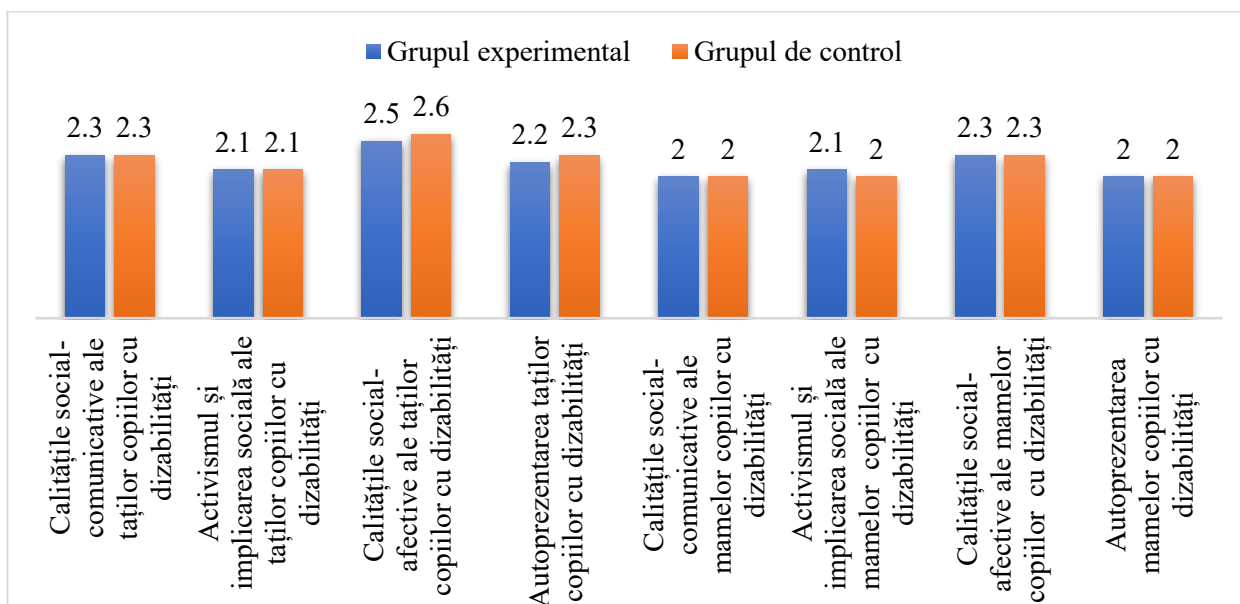


Fig. 3.4. Valoarea medie calculată a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a taților și mamei copiilor cu dizabilități pentru grupurile experimental și de control

Figura 3.5 prezintă mediile pentru evaluarea emoțiilor autoreferențiale de rușine, culpabilitate, externalizare, Alfa-mândrie și Beta-mândrie calculate în grupurile experimental și de control.

Prin aplicarea testului Tosca, am înregistrat următoarele medii pentru grupurile experimental și de control: culpabilitate: grupul experimental (media 4,1) față de grupul de control (media 4,0); rușine: ambele grupuri - media 2,8; izolare socială: grupul experimental (media 2,7) față de grupul de control (media 2,9); detașare: grupul experimental (media 2,8) față de grupul de

control (media 2,9); Alfa-mândrie: grupul experimental (media 3,5) față de grupul de control (media 3,8); Beta-mândrie: grupul experimental (media 3,4) față de grupul de control (media 3,3). Însă compararea statistică a indicat la similaritatea datelor ($p > 0,05$) (vezi Anexa 4 A4.4).

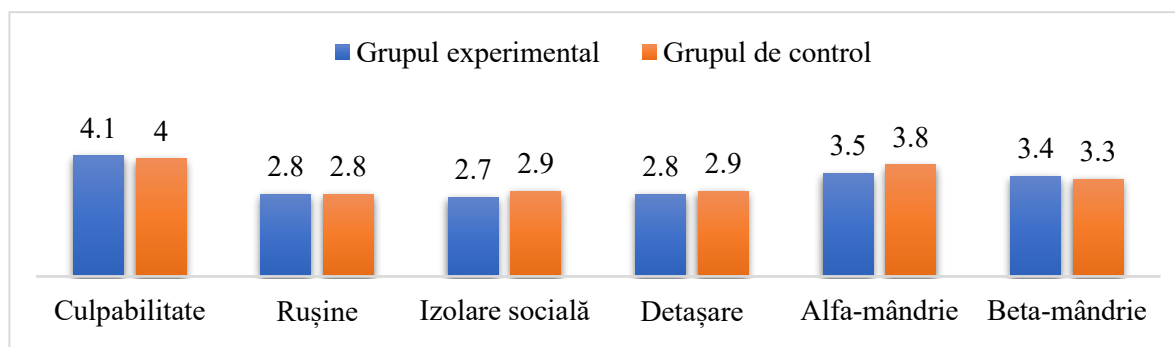


Fig. 3.5. Valoarea medie calculată a emoțiilor autoreferențiale pentru grupurile experimental și de control

Concluzionăm despre omogenitatea rezultatelor inițiale ale particularităților psihosociale ale grupurilor implicate în cadrul experimentului formativ.

3.2. Metodologia și implementarea programului de dezvoltare a abilităților de participare socială pentru prevenirea excluziunii părinților copiilor cu dizabilități

Programul *Abilități de Reziliență și Comunicare Asertivă (ARCA)*, se distinge printr-o abordare inovativă axată pe înțelegerea profundă a nevoilor de schimbare a părinților copiilor cu dizabilități. Conform autorilor modelului stadial al schimbării, J. Prochaska și C. DiClemente aceasta se produce în câteva etape: 1) stadiul precontemplării, caracterizat prin lipsa conștientizării nevoii de schimbare; 2) stadiul contemplării, la care apare intenția de a schimba comportamentul nedorit în următoarea perioadă, dar fără realizarea unui plan concret în acest sens; 3) pregătirea pentru acțiune, etapă în care persoana manifestă intenția de a trece la acțiune în perioada imediată, cu declararea acestui lucru, cu explorarea modalităților în care schimbarea poate fi realizată; 4) acțiunea în vederea realizării schimbărilor scontate, cu înregistrarea progreselor obținute; 5) etapa menținerii schimbărilor obținute; 6) perioada în care nu mai sunt necesare eforturi pentru menținerea schimbării, evitarea recidivelor, adică a comportamentelor de risc [apud 46, p. 52; 12]. Acest model permite o abordare graduală și structurată a schimbării, adaptată la nevoile individuale ale părinților.

Se sugerează că, în modelul transteoretic, restructurarea cognitivă este văzută ca rezultatul aplicării efective a individului a proceselor adecvate de schimbare în timpul fiecăreia dintre etapele corespunzătoare ale schimbării [291]. Una dintre condițiile care stau la baza schimbării atitudinilor părinților față de dizabilitate constă în schimbarea poziției parentale, cu trecerea de la un părinte inactiv, indiferent, neajutorat la unul activ și implicat în viața copilului său. Acest lucru este posibil

doar în cazul neutralizării sau, cel puțin, reducerii influenței nocive a stresului emoțional continuu asupra părinților, mamei în mod special, cauzat de dizabilitatea copilului [12, p.44].

Conform Whitney D. și Trosten-Bloom (2010), AI, prin modelul celor 4D, ne oferă o modalitate de a produce o schimbare în felul de a gândi și interpreta însăși schimbarea iar paradoxul constă în faptul că AI nu are ca scop să schimbe nimic. Scopul este să descopere și să scoată la iveală punctele forte, speranțele, visele și resursele existente prin fortificarea acestora și valorificarea potențialului pozitiv, proces care asigură transformarea, iar tranziția de la schimbarea bazată pe deficit la schimbarea pozitivă modifică ceea ce este studiat – de la probleme la nucleul pozitiv (Tabelul 3.3). Schimbarea modifică rezultatele — de la cea mai bună soluție la problemă până la cel mai îndrăzneț vis de posibilitate pozitivă [355, p.16-17].

În procesul unei schimbări pozitive planificate este importantă focusarea pe resursele forte ale subiectului acțiunii de formare, pe mijloacele prin care subiectul interacționează cu mediul proximal social, asigurând conexiunea dintre aceste sisteme fără a dăuna stării psihosociale și emoționale ale subiectului formării. Prin modelul de fond al programului ARCA 4D, a fost asigurat un mediu sigur pentru o cooperare prin schimbul de experiență cu focusare pe experiențele pozitive.

Tabelul 3.3. Trecerea de la schimbarea bazată pe deficit la schimbarea pozitivă

(adaptat după Whitney, D. și Trosten-Bloom (2010)) [355, p. 17]

	Schimbare bazată pe deficit	Schimbare pozitivă
Focalizarea intervenției	Problemă identificată	Subiecte afirmative
Participare	Incluziunea selectivă a persoanelor	Întregul sistem
Cercetare prin acțiune	Diagnosticarea problemei Cauze și consecințe Analiza cantitativă Profilul nevoii Dirijată de persoane din afară	Descoperirea nucleului pozitiv Organizare la cel mai bun mod Analiza narativă Harta nucleului pozitiv Dirijată de membri
Diseminare	Feedback pentru factorii de decizie	Partajarea pe scară largă și creativă a celor mai bune practici
Potențial creativ	Lista alternative de brainstorming	Vise la o lume mai bună și contribuția personală
Rezultat	Cea mai bună soluție pentru a rezolva problema	Design pentru a realiza visele și aspirațiile umane
Capacitate dobândită	Capacitatea de a implementa și măsura planul	Capacitate de schimbare pozitivă continuă

Programul ARCA se distinge de alte programe existente de sprijin a părinților copiilor cu dizabilități prin mai multe aspecte inovative și unice:

1) *Abordarea pozitivă și apreciativă.* Majoritatea programelor tradiționale se concentrează pe identificarea și rezolvarea problemelor sau deficiențelor. În schimb, programul ARCA utilizează modelul 4D (Discovery, Dream, Design, Destiny) pentru a scoate în evidență și valorifica punctele forte și resursele pozitive ale părinților și copiilor lor. Această abordare

apreciativă ajută la construirea unui cadru pozitiv, care promovează schimbarea prin încurajarea visurilor și resurselor existente.

2) *Modelul stadial al schimbării.* ARCA integrează modelul stadial al schimbării al lui Prochaska și DiClemente [apud 46, p. 52; 12], care permite o abordare graduală și structurată a schimbării. Aceasta include etapele de precontemplare, contemplare, pregătire pentru acțiune, acțiune, menținere și finalizare. Acest model ajută la adaptarea intervențiilor în funcție de stadiul în care se află părintele, asigurând o abordare personalizată și eficientă.

3) *Filosofia gândirii pozitive.* Filosofia programului ARCA se bazează pe echilibrul dintre emoțiile negative și pozitive, dezvoltând comportamente active, reziliente și deschise spre schimbare. Acest aspect este esențial pentru reducerea stresului emoțional și pentru transformarea poziției parentale de la inactiv și neajutorat la activ și implicat.

4) *Flexibilitate și abordare individuală.* Spre deosebire de alte programe care pot avea o abordare mai rigidă, programul ARCA oferă flexibilitate în adaptarea conținutului la nevoile individuale ale fiecărui participant. Aceasta include posibilitatea de autogestionare a grupului și orientarea efortului spre fortificarea resurselor individuale și de grup.

6) *Accent pe restructurarea cognitivă.* ARCA încorporează tehnici de restructurare cognitivă, esențiale în modelul transteoretic al schimbării. Aceasta implică aplicarea proceselor adecvate de schimbare în timpul fiecărei etape corespunzătoare ale schimbării, facilitând o transformare durabilă a comportamentului și a atitudinilor.

7) *Tehnici de storytelling și reflecție.* Programul ARCA utilizează tehnici de storytelling, reflecții și joc de rol pentru a încuraja participanții să împărtășească experiențele lor pozitive și să învețe din acestea. Aceste tehnici promovează cunoașterea de sine și cunoașterea reciprocă, contribuind la consolidarea unei comunități de sprijin.

Prin aceste elemente inovative, programul ARCA nu doar că se diferențiază de alte programe existente de sprijin a părinților copiilor cu dizabilități, ci și oferă o abordare holistică și pozitivă pentru a facilita schimbarea durabilă și incluziunea socială a acestor familii, contribuind la incluziunea socială și îmbunătățirea calității vieții acestora.

Rezultatele experimentului de constatare recunoaște valabilitatea nevoii schimbare prin dezvoltare a abilităților de participare socială (abilitățile social-comunicative, activismul și implicarea socială, abilitățile social-afective, autoprezentarea) a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate. Relația dintre nivelul micro al comportamentului indivizilor și cel macro al proprietăților de ansamblu ale grupurilor sociale se poate înțelege prin deducerea comportamentelor viitoare ale indivizilor din societate sau consecințele raționalității limitate ale acestora [62, p.129]. În contextul cercetării de față, deducerea comportamentelor viitoare indica la

mama copilului cu dizabilități – exponentă a microsistemului social al copilului, emoțiile căreia condiționează tendințele de autoexcluziune.

Filosofia programului ARCA

Gândim și acționăm pozitiv în mediul social în care ne confruntăm cu adversități, prin echilibrul dintre emoțiile negative și cele pozitive (diminuarea tonalității negative a emoțiilor autoreferențiale) întru dezvoltarea comportamentelor active, reziliente și deschise spre schimbare.

Principiile programului ARCA

Principiul ascultării/dialogului și participării active. Înțelegerea importanței participării asumate și conștientizarea motivației pentru schimbare. Ascultarea activă conferă participării caracter interactiv și interacțiune cu ceilalți membri ai grupului, cunoașterea reciprocă, deschiderea pentru învățare și schimbare. Este important și limbajul comun (definiții elaborate/conferite unor termeni în interiorul acestui grup) pentru evitarea interpretărilor și acceptarea semnificațiilor atribuite în comun.

Principiul flexibilității și abordării individuale. Asigurarea mediului sigur presupune o tratare individuală a fiecărui participant, adaptare la nevoile acestuia, și prin flexibilitatea adaptării conținuturilor la nevoile conturate în procesul de transformare, dar și oferirea opțiunii de autogestionare a grupului, orientarea efortului spre fortificarea resurselor individuale și de grup.

Principiul bazat pe „interogare” și „explorare”. Intervenția bazată pe Modelul 4D este caracterizată de arta punerii întrebărilor întru descoperirea resurselor proprii, experiențelor și trăirilor pozitive întru valorificarea acestora (etapa *Discovery* – „descoperire apreciativă”). Cunoașterea prin întrebări și descoperiri e mai mult decât expunerea opiniilor proprii și este prielnică pentru cunoașterea de sine ca proces individual, dar și cunoașterea reciprocă a membrilor grupului, a experiențelor și trăirilor similare.

Principiul acceptării opiniilor proprii și a felului de a fi diferit. În procesul de schimbare/transformare prin luarea deciziilor, opiniile proprii sunt importante și considerabile pentru acțiunile pe cont propriu, pentru schimbarea pe care o va realiza participantul. Acceptarea diversității, a felului diferit de a gândi, a se exprima, manifesta comportamental și emoțional sunt esențiale în pregătirea pentru acceptarea rolului de părinte a copilului cu dizabilitate. Varietatea experiențelor, reacțiilor și trăirilor psihoemoționale sunt acele resurse care asigură partajarea creativă a celor mai bune practici individuale și operaționalizarea acestora întru practici bune la nivel de grup.

Principiul încurajării și împărtășirii propriilor „povești”. Experiențele împărtășite sunt valoroase pentru modelul 4D – aprecierea prin comparație a istoriei proprii ajută la încurajarea activismului și a propriilor transformări personale și partajarea acestora la nivel de grup (etapa *Discovery* – „descoperire apreciativă”). Aplicarea tehnicilor ca „storytelling”, ascultarea activă și

aprecierea pozitivă sunt în strânsă legătură cu scopul programului asigurând participarea activă și creativă a procesului de schimbare.

Principiul focalizării pe aspectele pozitive și comportamentele constructive. Focalizarea pe elaborarea și construirea unor scenarii noi, pornind de la experiența și nevoile proprii, viziunile asupra viitorului în contextul resurselor și al oportunităților (etapa *Design*) ca elemente de bază în transformarea planificată. Oricare experiență trăită de subiecții formării poate fi analizată dintr-o perspectivă pozitivă și împărtășită cu grupul ca experiență individuală, unică, nu greșită, ci trăită personal. Arta punerii accentelor pozitive este esența Modelului 4D (Tabelul 3.3) acționând nu în scopul schimbării bazate pe deficit (lipsuri, experiențe negative) ci pe schimbarea pozitivă (resurse, experiențe, lecții învățate)

Principiul acțiunii și realizării. Scenariile elaborate de către participanți în cadrul intervenției reflectă viziunea proprie, resursele apreciate la justă valoare, comportamentul pro activ și pregătirea pentru schimbare (etapa *Destiny*) de către fiecare individual și la nivel de grup. Implicarea asumată asigură crearea unor noi poziții și percepții, atitudini, comportamente cu efecte pozitive și eficiente întru realizarea scenariilor (viselor) bune (individuale și de grup) prin contribuția personală.

Scopul Programului ARCA: dezvoltarea abilităților de participare socială (abilitățile social-comunicative, activismul și implicarea socială, abilitățile social-afective, autoprezentarea) ca premise ale incluziunii sociale prin diminuarea tonalităților afective a emoțiilor referențiale cu tendințe de autoexcluziune ale părinților copiilor cu dizabilități.

Obiectivele Programului ARCA:

- înțelegerea conceptului Modelului 4D și acceptarea nevoii de schimbare;
- înțelegerea și gestionarea emoțiilor autoreferențiale prin dezvoltarea emoțională;
- îmbunătățirea abilităților de comunicare asertivă și a conexiunilor cu sisteme de experiențe similare;
- dezvoltarea rezilienței prin aplicarea modelelor rezilienței familiei copilului cu dizabilități;
- conștientizarea importanței participării active sociale întru contribuirea la incluziunea socială;
- întărirea deciziei pentru schimbare prin designul scenariului propriu și de grup orientate spre incluziune și participare socială.

Metode și tehnici de lucru: modelul 4D ca metodă de bază transversală, metode și tehnici de lucru cu emoțiile autoreferențiale, lucrul în grupuri mici, lucrul în diade, storytelling, reflecții, joc de rol, exerciții exploratorii, tehnici interactive, carduri metaforice, studii de caz, simulare și modelare situații etc.

Strategiile programului ARCA

Strategia preliminară. Prezentarea Programului ARCA și a modelului 4D, stabilirea cadrului sigur de colaborare și participare activă (identificarea subiectelor pozitive).

Strategia I. Descoperirea apreciativă pozitivă a realității și înțelegerea emoțiilor autoreferențiale (etapa „Discovery” a modelului 4D).

Strategia II. Identificarea succeselor și a punctelor forte actuale prin comunicarea asertivă și ascultarea activă (etapa „Dream” a modelului 4D). Conturarea imaginii dorite și posibile a realității spre care se tinde.

Strategia III. Identificarea factorilor care ne permit să acționăm pozitiv într-un mediu aversiv. (etapa „Design” a modelului 4D). Abilități de dezvoltare a rezilienței și construirea unei noi structuri posibile, configurată cu experiența pozitivă deja probată, implementarea scenariilor elaborate, asigurarea transformării prin identificarea resurselor proprii și prioritizarea scopurilor, acțiunilor, prin asumarea responsabilității pentru schimbarea proprie și de grup.

Strategia de follow-up. Partajarea practicilor bune de către membrii grupului, identificarea practicilor bune și proiectarea diseminării acestora la nivel de grup, comunitate. Asigurarea aprecierii pozitive și încurajarea comportamentelor proactive, prosoziale cu rezonanță și conectare la nivel de emoții autoreferențiale, recunoașterea și validarea emoțiilor, sentimentelor, abilităților, acțiunilor, reacțiilor comportamentale și a achizițiilor personale.

Durata programului. Programul ARCA este constituit din 14 sesiuni (1 sesiune preliminară 12 sesiuni de bază și 1 sesiune de follow-up) (vezi Anexa 5 A5.1). Fiecare sesiune a durat 4 ore academice cu pauze la intervalul de 1,30 min.

Perioada de realizare a programului ARCA. Desfășurarea Programului ARCA s-a realizat în perioada anului 2019 cu 2 sesiuni săptămânale (ziua realizării sesiunii a fost stabilită în prealabil cu DGASPF Orhei) pe o durată de 2 luni (sesiunea de follow-up a fost realizată peste un interval de 4 săptămâni după sesiunea a 12 de bază, oferind timp participanților pentru realizarea parțială a etapei *Destiny*). Toate sesiunile s-au desfășurat în incinta DGASPF Orhei.

Cadrul de organizare și desfășurare a Programului ARCA. Organizarea și desfășurarea Programului ARCA a respectat cerințele de organizarea a programelor de formare, fiind asigurate materialele didactice, ilustrative, media, materialul distributiv (fișe-resurse etc.). Pentru fiecare sesiune au fost descrise activitățile și pregătite materiale și resurse necesare pentru desfășurare. A fost pregătit spațiul pentru realizarea activităților interactive, a lucrului în grupuri mici sau diade. Totodată s-au luat în considerare nevoile participanților de îngrijire a copilului cu dizabilități (asigurată îngrijirea în serviciile disponibile sau de alți membri ai familiei).

În sesiunea preliminară (de introducere) a programului ARCA am stabilit cu grupul care sunt nevoile lor de formare în contextul conținuturilor propuse, respectând principiile învățării

androgine (interesul și motivația adultului, subiectele interesante pentru adult, flexibilitatea și accentele corect puse). Tot în cadrul acestei sesiuni am prezentat modelul 4D, am stabilit cadrul de colaborare și participare prin cunoașterea participanților. Această sesiunea a fost orientată și spre instaurarea unui climat favorabil, de încredere și de motivare a participanților, un mediu în care fiecare să se simte în siguranță. Luhmann susține că indivizii își bazează deciziile de a pune (ne)încrederea într-un individ sau într-un sistem atât pe experiența (istoria încrederii (ne)reușite din trecut), cât și pe riscurile asociate cu deciziile luate pentru viitor. Încrederea ne ajută să luăm decizii viitoare bazate pe experiență, dar folosește și cunoștințele trecutului pentru a minimiza riscul prin reducerea numărului de acțiuni posibile [apud 261, p.3].

În prima parte a sesiunii au fost utilizate tehnici și metode de cunoaștere, de spargere a gheții, de identificare a rolurilor în grup și stabilire a regulilor lucrului în grup. Toate activitățile au fost realizate în mod interactiv, urmărind implicarea egală a tuturor participanților și evitând monopolizarea discuțiilor, prin varii tehnici și metode preluate din literatura de specialitate, dar și în baza competențelor dezvoltate în cadrul unor formări de formator (de exemplu: „*Assertiveness Training, workshop 10 zile, formator Bert Biliet, Univ.College of Gent*”, 2016) și experiența profesională în calitate de formator, trainer.

Pentru prezentarea fidelă a esenței Programului, vom expune câteva exemple de activități realizate cu grupul experimental pentru fiecare Strategie a programului ARCA.

Strategia preliminară. *Prezentarea Programului ARCA și a modelului 4D, stabilirea cadrului sigur de colaborare și participare activă.*

Activitatea. Conținuturile și resursele învățării

Scopul activității: Prezentarea Programului ARCA și a metodei de fond Modelul 4D într-un mediu favorabil și sigur pentru participanți, pregătirea acestora pentru schimbare.

Obiectivele specifice:

- cunoașterea participanților și crearea unui mediu favorabil pentru lucrul în grup;
- considerarea așteptărilor individuale și a resurselor grupului;
- prezentarea Programului ARCA și a metodei de fond Modelul 4D.

Conținuturile activității:

- tehnici de comunicare interpersonală prin metode interactive de cunoaștere;
- programul ARCA: filosofie, strategii, conținuturi, obiective, modelul 4D;
- contribuția proprie la realizarea obiectivelor și așteptărilor.

Metode și tehnici folosite:

- 1) Prezentarea participanților (Acronimul numelui prin atribuirea unor calități sau caracteristici (*de exemplu:* E-energică, L-luminoasă, E-elegantă, N-năstrușnică, A-atentă);
- 2) Tehnica Caruselul – contactul vizual și tactil la viteză în cercuri concentrice cu

schimbul unor mesaje de salut întru cunoașterea reciprocă;

3) Prezentare în diade timp de 10 min: câte 2 participanți colectează prin întrebări informație despre coleg/ă (numele, vârsta, studii, visul din copilărie, calități, predispoziții, hobby-uri etc.). Urmează prezentarea reciprocă în grupul mare;

4) Peretele așteptărilor și a resurselor grupului (așteptări de la program, de la formator, de la participanți, așteptări de la sine) – poate fi utilizată orice modalitate creativă;

5) Prezentarea Programului ARCA – storytelling (în baza studiu de caz).

Materiale necesare/resurse: Fișe resurse (1, 2) (vezi Anexa 5 A5.2); suport pentru flipchart; foi albe A4; pixuri, markere.

Cadrul de colaborare/învățare. Activitatea în grup a demarat cu asigurarea mediului confortabil și sigur pentru participanți prin deciderea asupra spațiului sigur (înțelegerea siguranței, identificarea semnificațiilor, stabilirea unei definiții comun acceptate), a amenajării sălii (forma aranjării scaunelor, meselor, poziția flipchart și alte dispozitive media etc.). Participanții au fost încurajați să se implice activ pentru a-și asigura confortul și simțul de siguranță, creând astfel premisele pentru asumarea responsabilității și accentuarea rolului activ al participantului în procesul de formare și schimbare prin contribuția la luarea deciziilor, pornind de la cele mai simple. Totodată, cooperarea în realizarea unei sarcini de interes comun, contribuie și la spargerea gheții, oferă formatorului posibilitatea de observare a manifestărilor comportamentale și condițiilor inițiale de formare a grupului. După asigurarea spațiului sigur (adaptarea conform nevoilor și deciziilor participanților), aprecierea și aprobarea rezultatului acțiunilor comune, se trece la tehnicile de cunoaștere reciprocă a participanților. Tehnicile/exercițiile/jocurile au fost selectate în conformitate cu filosofia programului ARCA și a modelului 4D cu accent pe experiențele pozitive, fortificarea resurselor existente și introducerea în atmosfera de apreciere pozitivă. Metoda observării în timpul aplicării tehnicilor este foarte importantă pentru colectarea informației despre fiecare participant (reacții de răspuns, modalitate de comunicare, simțul umorului, imagine de sine etc.).

Modele exerciții/tehnici utilizate:

➤ *Tehnica Caruselul*, prezintă o modalitate interactivă de a stabili contactul vizual și tactil și contribuie la cunoașterea reciprocă a participanților prin comunicare. Participanții formează două cercuri concentrice în mijlocul sălii (sau unde este spațiu liber pentru exercițiile interactive în grup) cu stabilirea contactului vizual reciproc: participanții din cercul interior își privesc participantul-pereche din cercul exterior. Timp de un minut participanții pereche din cercuri poartă o mica conversație, începând cu prezentarea numelui și strângerea manilor ca formă de salut. La semnalul formatorului, participanții din cercul exterior se mișcă cu un pas/un participant spre stânga pentru a cunoaște un alt participant prin conversație, în așa mod, mișcarea continua până se

revine la poziția inițială. La sfârșitul exercițiului se verifică dacă toți participanții au reușit să se cunoască, inclusiv formatorul [adaptat după 6].

➤ *Tehnica storytelling*. Prezentarea programului ARCA a demarat cu istoria unui caz urmărit timp de 34 de ani (care a motivat cercetarea dată și elaborarea programului)². În cadrul *storytelling* au fost înserate strategiile și structura programului, fazele modelului 4D prin material media ilustrativ (imagini, poze, mici istorii cu caracter hazliu și pozitiv). S-a urmărit crearea condițiilor de înțelegere a propunerii cadrului de schimbare prin valorificarea resurselor proprii, prin încurajarea exteriorizării emoțiilor și trăirii acestora, prin empatizare și partajarea subiectelor afirmative, a viselor și aspirațiilor. Prin tehnica *storytelling* participanții au cunoscut o modalitate simplă și accesibilă de partajare a experienței proprii, a perspectivei pozitive de prezentare a unei istorii de dizabilitate, a unicității și totodată a similarității istoriilor, experiențelor părinților copiilor cu dizabilități. Utilizarea povestirii pentru a transmite sens și a promova conexiunea, construirea încrederii și crearea de noi relații prin experiențe împărtășite și construirea unei viziuni pentru un viitor dorit [112; 113] este una din tehnicile de bază a modelului 4D.

Dezvăluirea tiparelor, metodelor de formare în sesiunea preliminară permite pregătirea participantului pentru o anumită schimbare, dar și oferă oportunitatea de îmbunătățire a metodelor utilizate. Totodată, oferă participanților posibilitatea de a-și planifica agenda, de a avea dreptul la o rundă de întrebări de clarificare, de a primi asigurarea confidențialității, de a stabili regulile în interiorul grupului.

Strategia I. Descoperirea apreciativă pozitivă a realității și înțelegerea emoțiilor autoreferențiale (etapa „Discovery”).

Activitatea „Recunoașterea și conștientizarea emoțiilor”

Scopul activității constă în dezvoltarea abilității de recunoaștere a emoției și înțelegere a efectelor acesteia în comunicare.

Obiectivele specifice:

- recunoașterea emoțiilor;
- înțelegerea efectelor emoțiilor asupra comportamentului propriu;
- înțelegerea modalității de influență a emoțiilor asupra comunicării/relaționării cu alte persoane;
- dezvoltarea abilității de înțelegere a trăirilor emoționale ale altor persoane.

Conținuturile activității:

- tehnici de explorare a emoțiilor: Ce exprimăm? Cum exprimăm? Când exprimăm? Unde

² Experiența formatorului de interacțiune cu dizabilitatea este plus valoarea care sporește credibilitatea competențelor acestuia, participanții devenind mai deschiși în prezentarea experiențelor personale, prin încrederea câștigată și starea de siguranță în cadrul unde formatorul înțelege străile, emoțiile, trăirile și specificul îngrijirii unui copil cu dizabilități.

exprimăm? Cui exprimăm? Cum gestionarea corectă a propriilor emoții te ajută să ai relații mai bune cu ceilalți (Dezangajarea emoțională; Fixarea pe stările pozitive; Angajamentul adaptativ).

Metode și tehnici folosite:

1) Exercițiul „Bună ziua”. Recunoaște emoția (pe foițe sunt notate diferite emoții, participanții vor ghici, identifica emoția descrisă de voluntarul care a extras primul sarcina, cine ghicește este următorul);

2) Paleta emoțiilor (recunoașterea emoțiilor) după Gerrod Parrott (emoții primare, emoții secundare, emoții terțiare);

3) Exercițiul „Emoțiile mele”;

4) Emoțiile în corpul meu (participanții sunt împărțiți în subgrupe, fiecare primește câte o fișă cu corpul uman și emoția pe care o desenează și răspunde la întrebările din fișă. În final se prezintă rezultatele și se discută în grupul mare importanța și rolul emoțiilor);

5) Exercițiul „O istorie din viață”.

Materiale necesare/resurse: Fișe resurse (3, 4, 5) (vezi Anexa 5 A5.1), suport pentru flipchart; foi albe A4; pixuri, markere, stikere.

Cadrul de colaborare/învățare. Prezentarea participanților semnificația unor concepte folosite în cadrul sesiunii prin explicare și exemplificare. *Dezangajarea emoțională* include strategii precum distragerea atenției și evitarea. Folosirea acestor strategii este încercarea de a ne simți mai bine îndreptându-ne gândurile și atenția în altă parte, „evadând” din momentul prezent. *Fixarea pe stările negative* include strategii precum ruminația, adică gândirea intensă și analiza în profunzime a problemelor, proces care ajută în explorarea diferitor variante a soluțiilor posibile. Recurgerea la aceste strategii poate crea situații de blocare în gândurile negative repetitive despre eșecurile trăite și autoînvovățire. *Angajamentul adaptativ* include strategii precum acceptarea și rezolvarea de probleme, strategie care asigură flexibilitatea gândirii în căutarea soluțiilor posibile sau acceptarea lucrurilor pe care nu le putem schimba. Modul în care sunt gestionate emoțiile condiționează starea de spirit, modalitatea de interacțiune cu cei din jur. De exemplu, abilitatea de gestionare a emoțiilor ne ajută să ne calmăm într-o situație tensionată sau să acceptăm părerea cuiva cu care nu suntem de acord [13]. Prima treaptă în dobândirea controlului asupra emoțiilor proprii este acceptarea lor, chiar dacă trăim emoții de rușine pentru starea emoțională de moment, este important să o recunoaștem și să o acceptăm. Negarea sau ignorarea emoției poate fi utilă doar ca blocare temporară a emoțiilor, atunci când nu ne putem ocupa imediat de sentimentele noastre. Responsabilitatea pentru emoția trăită este doar a celui care o trăiește, iar atribuirea responsabilității proprii altor persoane este o reacție de apărare. De exemplu: folosim frecvent: „Mă faci să mă simt prost...”, „Mă faci să mă simt vinovată...”. Asumarea responsabilității pentru emoția trăită se formulează astfel „Eu mă simt prost atunci, când...”, „Eu mă simt vinovată când...”.

O altă treaptă în gestionarea emoțiilor este asumarea responsabilității pentru reacțiile personale. Justificările prin care renunțăm la responsabilitatea pentru emoțiile și reacțiile trăite (de exemplu: „Nu m-am putut controla, eram prea înfuriată...”, „Așa am procedat, așa am simțit atunci...”) sunt o modalitate de a evita recunoașterea că suntem cei care controlăm reacțiile noastre. Varianta constructivă și responsabilă sună astfel „Accept că pot să aleg cum să reacționez la sentimentul meu de...”. Treapta următoare constă în preluarea controlului asupra reacțiilor fiziologice. Pentru multe emoții și sentimente, aceasta înseamnă practicarea unor tehnici de inducere a calmului lăuntric (de exemplu, respirație profundă, meditație, exerciții). Urmează stăpânirea emoțiilor–treaptă care include exersarea și dezvoltarea deprinderi de a controla emoțiile. Gestionarea emoțiilor se referă la capacitatea de a alege modalitatea prin care ne exprimăm. Este important: ce exprimăm, cum exprimăm, când exprimăm, unde exprimăm, cui exprimăm [204].

Modele exerciții/tehnici utilizate:

➤ *Tehnica „Emoțiile mele”* [adaptată după 14, p. 152- 154]. Prezintă o modalitate de învățare a utilizării „Eu” propoziții în comunicare, abilitate utilă pentru exprimarea emoțiilor într-un mod în care evită situarea lor în defensivă. Conform Modelului 4D, orientăm participanții pe abordarea pozitivă și reformularea unor expresii, întrebări pentru a evita negativismul și acuzațiile. Exemplificarea în contexte situaționale că unele cuvinte ca „niciodată” sau „întotdeauna”, înrăutățesc uneori situațiile trăite, de exemplu: „Nu mă ascultați niciodată” și „Întotdeauna spui astfel de lucruri”. Participanții au primit fișa resursă „Mă simt...” (timpul oferit pentru lucrul individual– 15 min). După completarea fișei resursă participanții sunt împărțiți în perechi (prin orice modalitate, dar e recomandată implicarea participanților, astfel le dezvoltăm autonomia și activismul) pentru a discuta împreună conținuturile fișelor prin schimbul de opinii (10 min). Un participant (care se oferă în mod voluntar) este rugat să prezinte fișa completată grupului mare și să introducă în dialog modificările sugerate pe care le acceptă. Următoarea etapă a acestei tehnici este lucrul în perechi cu scopul de a identifica o situație cotidiană în care au trăit emoții generatoare a stărilor de încordare, frustrare, conflict printr-un joc de rol (dialog). Instrucțiunea de a folosi Eu-propoziții a fost explicată și exemplificată participanților (o bună înțelegerea a utilizării Eu-propoziție asigură dezvoltarea abilităților de comunicare asertivă). Tehnica se încheie cu un *debriefing*: Ce este o propoziție despre noi (care începe cu „Eu”)? În ce fel sunt utile astfel de propoziții și în ce situații? Cum v-ați simțit când ați folosit astfel de propoziții în timpul jocului de rol? De ce ar trebui să evităm în timpul disputelor cuvintele „niciodată” și „întotdeauna”?

Reflecții și conexiuni: La finalul sesiunii 1 se realizează evaluarea înțelegerii a modelului 4D, etapa „Discovery”: Ce am aflat despre mine? Ce este cel mai bun ce posed eu acum? Cu ce mă pot împărtăși în grup? Care sunt aspectele și caracteristicile pe care vreau să le consolidez? Care este revelația trăită despre mine, despre grup? Participanților li se oferă spațiu pentru

exersarea și consolidarea abilităților dezvoltate, totodată se asigură conexiunea cu următoarea sesiune și etapă a modelului 4D prin sarcină pentru acasă: identificarea unei situații din viață când s-au simțit cel mai bine, au trăit emoții pozitive de bucurie, mândrie, încredere. Căutarea răspunsului la întrebarea „Când ești plin de emoții pozitive, ce se întâmplă?”, observarea comportamentului propriu, a emoțiilor trăite și modalitatea de exprimare, de interacțiune cu cei din jur. Descoperirea experiențelor prin explorare în baza întrebărilor formulate va ajuta participanții să identifice abilitățile reale și istoriile de viață în care au trăit emoții pozitive și comportamente constructive.

Strategia II. *Identificarea succeselor și a punctelor forte actuale prin comunicarea asertivă și ascultarea activă (etapa „Dream” a modelului 4D). Conturarea imaginii dorite și posibile a realității spre care se tinde.*

Activitatea. Comunicarea și comportamentul asertiv

Scopul activității: înțelegerea manifestărilor comportamentale în cadrul diferitor tipuri de comunicare

Obiectivele specifice:

- definirea comunicării;
- înțelegerea caracterului asertiv al comunicării;
- cunoașterea diferitor comportamente în comunicare;
- formularea unui mesaj asertiv;
- înțelegerea consecințelor diferitor tipuri de comportament în comunicarea interpersonală (comunicarea verbală, nonverbală și paraverbală).

Conținuturile activității:

- Modelul procesului de comunicare interactivă al lui Lasswell (Cine? Ce spune? Cum? Cui? Cu ce efect?);
- Trei tipuri principale de comportamente în comunicare (asertiv, pasiv, agresiv).

Metode și tehnici folosite;

- 1) Mecanismele comunicării;
- 2) Modelul comunicării interactive Laswell;
- 3) Consecințele celor trei tipuri de comportamente;
- 4) Lucru în grup. Transmite mesajul (*exerciții de transmitere a mesajului verbal, nonverbal și paraverbal*).

Materiale necesare/resurse: Fișe resursă (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12) (vezi Anexa 5 A5.1); suport pentru flipchart; foi albe A4; pixuri, markere.

Cadrul de colaborare/învățare. Cel mai simplu model de comunicare (schema lui Laswell) cuprinde emițătorul, receptorul, canalul de comunicație și mesajul. O acțiune de comunicare se

poate descrie, răspunzând la întrebările următoare: cine? spune ce? pe ce canal? cui? cu ce efect? cine?, care corespund studiilor sociologice al organismelor emițătoare (motivația de a comunica). Spune ce? se raportează la mesaj, la analiza conținutului acestuia. Pe ce canal? diseminează ansamblul tehnicilor care, la un moment dat și pentru o societate determinată, difuzează în același timp informații și cultură. Cui? vizează audiența, publicul, prin analize în funcție de diferite variabile (vârstă, sex etc.). Cu ce efect? presupune analiza problemelor influenței mesajului asupra auditoriului. Interesul esențial al modelului Laswell este că el depășește simpla problematică a transmisiei mesajului și vede comunicarea ca pe un proces dinamic cu etape, având fiecare importanța sa, specificitatea sa și problematica sa. De asemenea, el pune accentul pe finalitatea și pe efectele comunicării. În cadrul creat participanții exersează diferite tipuri de comunicare cu accentul pe ascultare activă și comunicarea asertivă.

Modele exerciții/tehnici utilizate:

➤ *Tehnica „Comunicarea interactivă. Modelul Laswell”*. Modelul lui Lasswell concepe comunicarea ca pe un proces de influență și de persuasiune. Participanților li se propune un exercițiu (joc de rol) în cadrul căruia trebuie să se aplice schema comunicării interactive (schema lui Laswell): Cum comunicăm? (în felul potrivit), De ce comunicăm? (intenția noastră), Cui comunicăm? (intenția auditoriului), Când comunicăm? (momentul potrivit), Ce comunicăm (informația potrivită) (30 min). Pentru întărirea informației cu privire la comunicare participanții identifică tehnicile de ascultare activă (brainstorming) apoi grupul este împărțit în grupuri din trei persoane pentru a discuta o situație în care există probleme dificultăți de comunicare. Participantul A își expune problema, participantul B îl ascultă, punând în aplicare tehnicile de ascultare activă, iar participantul C (observatorul) face notițe. Fiecare participant din grup joacă un rol prin rotație (câte 5 min). *Debriefing*: Feedbackul din partea fiecărui grup se oferă la sfârșitul exercițiului: Ce a simțit persoana care recepta? Cum a fost să asculți în acest mod, ușor sau dificil etc.? Care sunt tehnicile de ascultare activă pe care le-ați utilizat? În ce moment al exercițiului ați folosit comunicarea asertivă? Acest cadru v-a ajutat să depășiți dificultatea de comunicare din situația proprie?

Reflecții și conexiuni: Etapa „*Dream*” a modelului 4D a fost realizată prin identificarea punctelor forte descoperite/învățate prin comunicarea asertivă și ascultarea activă, abilități care facilitează conturarea scenariilor viitoare: Ce vreau? Cum pot ajunge acolo? Cum trebuie să comunic? Atunci când comunic ce ajută la recepționarea mesajului, ce împiedică recepționarea acestuia? Cum pot reformula mesajul pentru a fi asertiv/ă? Mă ajută ascultarea activă și comunicarea asertivă în interacțiunea cu cei din jur? Participanții primesc sarcina de a exersa comunicarea asertivă în relațiile cu apropiații, în mediile sociale. Prin abilitățile dobândite participanții vor analiza strategiile de succes și cele de eșec în interacțiunea socială și vor descriere

imagini pozitive vii ale viitorului dorit, real și posibil. Participanții sunt încurajați să viseze, să contureze scenariul/visul cu optimism și să acționeze pozitiv prin întrebarea: „Dacă ai putea face ceea ce tocmai ai descris, care ar fi acțiunile tale? Ce abilități de comunicare asertivă te ajută să le realizezi?”.

Strategia III. *Identificarea factorilor care ne permit să acționăm pozitiv într-un mediu aversiv. (etapa „Design” a modelului 4D). Abilități de dezvoltare a rezilienței – se construiește noua structură posibilă, configurată cu experiența pozitivă deja probată, se dezvoltă reziliența.*

Activitatea. **„Omul nu a creat vreodată un material la fel de rezilient ca spiritul uman”**
(Bern Williams)

Conținuturile activității:

Cunoașterea de sine în stabilirea relațiilor interpersonale, intercunoașterea, cum să se securizeze fără să-și piardă identitatea, etichetarea, gândirea stereotipică, analiza resurselor interne și externe, precum și a factorilor protectori ai persoanei, consolidarea rezilienței.

Scopul activității: cunoașterea sinelui și a resurselor proprii va contribui la dezvoltarea o imaginii de sine pozitive și a rezilienței.

Obiectivele specifice:

- înțelegerea termenului „reziliență”;
- înțelegerea și conștientizarea importanței cunoașterii de sine;
- conștientizarea sentimentelor și gândurilor despre propria persoană;
- dezvoltare abilității de a identifica factorii de risc și protecție;
- dezvoltare abilității de a explica ce fel de probleme sunt legate de etichetare;
- dezvoltarea abilității de a evalua resursele proprii;
- dezvoltarea aptitudinilor de consolidare a rezilienței;
- dezvoltarea abilităților de elaborare a unor scenarii dorite.

Metode și tehnici folosite:

- 1) Conceptul de sine;
- 2) Cine sunt eu;
- 3) Cum să purtăm o discuție pozitivă cu noi înșine
- 4) Turnul Babel;
- 5) Factorii de protecție și de risc;
- 6) Reziliența și resursele persoanei;
- 7) Modele ale rezilienței familiei copilului cu dizabilități;
- 8) Harta viitorului.

Materiale necesare/resurse: Fișe resursă (13) (vezi Anexa 5 A5.1); suport pentru flipchart; foi albe A4; pixuri, markere, imagini pentru decupare, foarfecă, clei, fon muzical etc.

Cadrul de colaborare/învățare. Încurajarea aprecierii pozitive și prețuirii resurselor proprii prin identificarea calităților pozitive, forte este cadrul necesar de creat pentru a descătușa participanții și ai motiva pentru autodescoperire, pentru revelații și creare. Dialogul interior, într-o manieră pozitivă, nu este o chestie simplă, dar ajută mult la înțelegerea importanței atitudinii pozitive față de sine, la cu vorbire pozitivă contribuie la stima de sine și starea de bine. Auto-vorbirea pozitivă poate fi înțeleasă mai ușor prin prisma celei negative, care este mai frecvent utilizată în situațiile de anxietate, emoții și stres. Împărtășirea adresării către sine în manieră negativă va ajuta participanții să identifice experiențe comportamentale similare și îi va încuraja să modeleze vorbirea de sine pozitivă. A spune lucruri bune despre tine este ca și cum te-ai răsplăti pe sine când simți că ai făcut un lucru bun și că meriți să fii lăudat. Aprecierea de sine prin dialogul interior contribuie la dezvoltarea rezilienței prin fortificarea stimei de sine. În cadrul acestei strategii se creează și premisele elaborării scenariilor de viitor, vizualizarea viselor prin vari tehnici și implicarea activă a participanților.

Modele exerciții/tehnici utilizate:

➤ *Tehnica „Cum să purtăm o discuție pozitivă cu noi înșine”* [adaptată după 14, p. 73-74]. Participanților li se propune să se laude pe ei înșiși cu voce tare, până când este clar că toți au înțeles despre ce este vorba. După aceasta, participanții vor purta în minte o discuție cu ei înșiși (5 min). Formatorul începe a se lăuda pe sine, pretinzând că se pricepe în domenii necunoscute. De exemplu: „Cât de bine am aranjat lucrările, ca un adevărat inginer, designer”. Participanților li se propune să urmeze exemplul, notând pe flipchart lista cu propozițiile de laudă ale participanților și să continue în fiecare zi să găsească o laudă pentru sine. Auto-încurajarea în cadrul dialogului interior pozitiv susține starea de bine și motivație pentru creșterea stimei de sine. *Debriefing:* Cum v-ați simțit? A fost greu să va lăudați? Dacă da, de ce? Cum vă simțiți acum? Cum credeți, vă ajută această abilitate în interacțiunea cu ceilalți? Cum puteți folosi dialogul pozitiv în cadrul Modelului 4D?

➤ *Tehnica „Harta viitorului”* [adaptată după 78]. Într-un spațiu sigur, relaxant participanților li se propune să creeze o hartă a viitorului prin reflectarea acelor imagini pozitive de viitor pe care le vizualizează. Materialele oferite participanților le asigură o alegere largă a modalității prin care vor crea harta viitorului: desen, aplicație, colaj etc. În procesul creativ, participanților li se sugerează să țină cont de momentul actual (unde ești acum și cum te simți), de momentul unde se află în viitor (ce distanță /ani desparte prezentul și viitorul, care sunt culorile dominante) și calea spre viitor, care poate trece peste râuri și munți, prin localități populate intens și prin deșert. În acest drum, se notează obiectele/lucrurile (cu valoare pentru autor), persoanele care vă sunt alături în momentele dificile sau bucurii, locurile mai puțin accesibile, mijloacele de transport care pot fi folosite în deplasarea spre scop, evenimentele care vă motivează dar și riscurile

/impedimentele în calea spre viitor (vă face să renunțați sau să continuați cu perseverență?) etc. *Debriefing*: Care sunt locurile cele mai importante din hartă? Ce scopuri intermediare urmează a fi realizate până a ajunge în punctul final? Există sau nu o legătură (un drum) între punctele cardinale de pe hartă? Unde urmează să vă confrunțați cu pericole? Unde vă veți alimenta și de ce aveți nevoie pentru a vă restabili forțele? Ce sentimente încercați, privind la harta elaborată?

Reflecții și conexiuni: Modelul 4D presupune etapa „*Design*” când participanții sunt încurajați să creeze, să identifice scenari, resurse pentru a transforma visul descris în etapa „*Dream*” în realitate, schițarea rutei și itinerarului transformării: Cum poți ajunge de aici, acolo unde vrei să ajungi? Ce te ajută în realizarea schimbării? Ce vei depăși și nu vei identifica ca problemă? Care sunt factorii rezilienței tale? Cine te ajută în realizarea schimbării? Consolidarea tehnicii Harta viitorului va fi realizată de către participanți prin elaborarea unei schițe a viitorului în 3 ani cu acțiunile, resursele și finalitățile proiectate (un mini-proiect în care pot implica copiii, membrii familiei, alți participanți ai grupului, comunitatea).

Fiecare strategie (ancorată în modelul 4D) a vizat obiective specifice și a fost realizată printr-un număr diferit de sesiuni, reieșind și din nevoile de învățare ale participanților, dar și de complexitatea fiecărei strategii, timpul necesar pentru a familiariza participanții cu termenii utilizați, livrarea informației necesare pentru realizarea sarcinilor, conținuturile sesiunilor și timpul necesar pentru realizarea activităților planificate. Întărirea noilor cunoștințe, abilități și atitudini formate în cadrul programului a fost realizată prin sarcini pentru fiecare strategie aplicată de către participanți în comunicare, în relaționarea cu sistemul său social și alte subsisteme.

Au fost realizate sesiuni de grup, dar și individuale, care au fost stabilite la necesitate și clasificate ca sesiuni de coaching sau consultații individuale, activități neplanificate și nereflectate în lucrare, dar care au derivat logic din aplicarea programului și nevoile participanților în procesul de schimbare.

Programul ARCA a finalizat cu *Sesiunea de follow-up – „Destiny”* în cadrul căreia participanții au prezentat rezultatele pe care le-au înregistrat în perioada de 4 săptămâni, intervalul dintre ultima sesiune și sesiunea de *follow-up*. Toți participanții au inclus în proiectele sale de schimbare membrii familiei: copii, soți/soție, părinți (bunei). Prezentările (au fost liberi în alegerea modalității de prezentare: narativ, video, Ppt, desen, colaj etc.) au produs un impact emotiv, fiind împărtășite emoții, planuri, resurse care ajută în producerea schimbării. Un participant a recunoscut franc, că acum poate vorbi mai liber despre copilul său, fără povara „rușinii” și a „vinovăției”, chiar dacă dificultățile au rămas și trăiește în continuare durerea „limitării copilului său”. Alți participanți au remarcat faptul că le este mai ușor să vorbească despre ceea ce simt, pot recunoaște emoția trăită și o poate controla, pot vorbi despre nevoile și emoțiile sale cu membrii familiei, și cu copilul. Au confirmat că își pot controla emoțiile atunci când vorbesc cu alte persoane despre

dizabilitatea copilului, că simt rușinea și culpabilitatea mai puțin intens (exemple de afirmații ale părinților: „nu îmi vine să intru în pământ de rușine când se uită oamenii la copilul meu”, „nu îmi mai pun în fiecare seară înainte de culcare întrebarea: „Doamne cu ce am greșit?”, „am îndrăznit și am ieșit în sat cu copilul, chiar dacă a fost greu, am ieșit. Sunt mândră că am putut” etc.). Unii participanți au împărtășit cu grupul experiențele de confruntare cu comportamente și atitudini adverse în momentul când au decis să se plimbe cu copilul până în centrul satului, parc etc. Au reușit să nu lase privirea în jos, să nu se incomodeze și să comunice cu alte persoane (confirmarea *Ipotezei operaționale 2*: strategiile de diminuare a tonalității emoțiilor autoreferențiale prin comunicare asertivă și formarea rezilienței vor ajuta părinții copiilor cu dizabilități să diminueze stresul și să se accepte în calitate de părinte a copilului cu dizabilități prin consimțirea dizabilității ca stare pe care nu o pot schimba). Mulți părinți au remarcat faptul că au trăit emoții pozitive, s-au simțit respectați și puși în valoare prin modalitatea de comunicare a formatorului cu grupul, activitățile realizate și colaborarea cu grupul, cunoașterea grupului din alte perspective (ale experiențelor și emoțiilor trăite și împărtășite cu grupul, nevoilor și viselor/dorințelor, resurselor de varie natură și oportunități pentru fiecare în particular și pentru grup în general). Participanții au reflectat în prezentările lor și factorii rezilienței dezvoltate (membrii familiei se implică mai mult în îngrijirea copilului, iar mamele se pot recupera prin momente de solitudine), și schimbările comportamentale în interacțiunea socială (comunicarea mai activă cu vecinii, ieșiri în comunitate cu copiii, participări la evenimente sociale etc.), conexiuni cu părinții care trăiesc experiențe similare prin rețelele de socializare pentru sprijinul reciproc oferit instantaneu ((confirmarea *Ipotezei operaționale 1*: dezvoltarea abilităților care asigură participarea socială (social comunicative; activism și implicare sociale; social afective; autoprezentare) vor contribui la diminuarea tendințelor de autoexcluziune a părinților). Finalul sesiunii de *follow-up* a fost realizat prin afirmația că copilul cu dizabilități **nu este un copil cu abilități limitate, ci o ființă umană cu abilități nelimitate** prin cunoaștere, acceptare, implicare și autorealizare.

Concluzie. Programul ARCA a contribuit la modificări benefice în atitudinile mamelor față de rolul de părinte a copilului cu dizabilitate exprimate prin înțelegerea dizabilității și emoții autoreferențiale mai pozitive, interacțiunea socială mai activă în cadrul comunității cu implicarea copilului în activitățile sociale, cu acceptarea dizabilității ca ceva ce nu poate fi schimbat, dar cu resurse necesar de descoperit și valorificat. Ipotezele operaționale ale experimentului formativ au fost confirmate.

3.3. Evaluarea impactului programului de dezvoltare a abilităților de participare socială: analiza comparativă a rezultatelor experimentale

După realizarea Programului ARCA am recurs la măsurarea test-retest a rezultatelor obținute de participanții grupului experimental și de control cu privire la emoțiile autoreferențiale pe care le trăiesc părinții care au în grija lor copii cu dizabilități. Amintim că, raportate la distanțele sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate și atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială, emoțiile autoreferențiale pot prezenta o bază a autoexcluziunii. La etapa retest am recurs la utilizarea aceluiași instrumente aplicate în măsurarea inițială din cadrul experimentului formativ.

Figura 3.6 prezintă mediile pentru evaluarea emoțiilor autoreferențiale de rușine, culpabilitate, externalizare, Alfa-mândrie și Beta-mândrie calculate retest în grupurile experimental și de control.

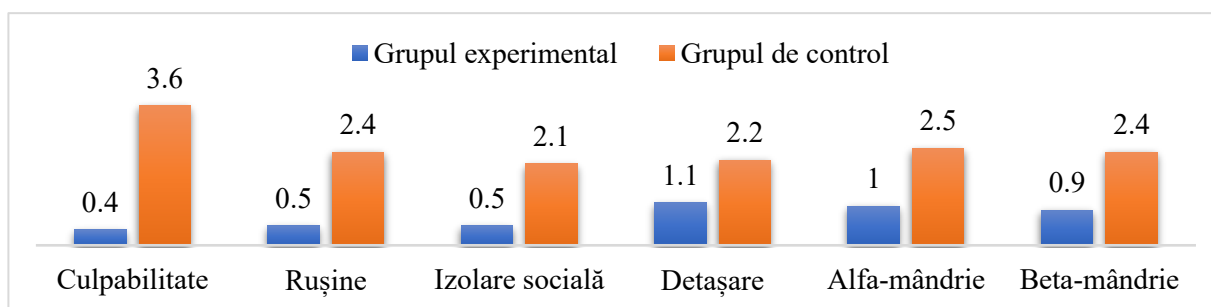


Fig. 3.6. Valoarea medie calculată retest a emoțiilor autoreferențiale pentru grupurile experimental și de control

Menționăm că emoțiile autoreferențiale măsurate prin testul TOSCA, cum am stabilit în cadrul experimentului de constatare, se prezintă ca o condiție a autoexcluziunii sociale, corelând direct și puternic cu distanța socială adoptată în raport cu familia copilului cu dizabilități: indicând la negația statutului și situației pe care o trăiesc părinții, la încercarea de a se izola de familiile cu situație similară. Totodată, aceste emoții nu se „leagă” de abilitățile care asigură participarea socială, desemnate prin măsurarea atitudinilor față de abilitățile social-comunicative, de implicare și activism social, social-afective și de autoprezentare. În conformitate cu aceste rezultate, programul a urmărit cu deosebire sarcinile de pozitivizare a atitudinilor față de sine și de instaurare a unei tonalități afective pozitive în raport cu situația, rolul și capacitățile personale. Rezultatul așteptat viza diminuarea, dacă nu chiar înlăturarea emoțiilor de vinovăție și rușine, izolare socială sau detașare de problemele reale și rezolvările eficiente ale acestora, stărilor afective fals-compensatorii de Alfa- și Beta-mândrie.

În măsurarea retest (vezi Tabelul 3.4.) între mediile acumulate de subiecții din grupul experimental și de control se constată o diferență surprinzătoare. Aceasta a fost stabilită și prin compararea mediilor calculate retest pentru grupurile experimental și de control.

Tabelul 3.4. Compararea mediilor calculate retest pentru intensitatea emoțiilor autoreferențiale ale subiecților din grupurile experimental și de control

	Culpabilitate	Ruşine	Izolare sociala	Detasare	Alfa-mândrie	Beta-mândrie
Mann-Whitney U	0,000	13,000	24,500	39,000	44,000	21,000
Z	-4,776	-4,138	-3,655	-3,054	-2,850	-3,804
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,002	0,004	0,000
Variabilă de grupare: Grup experimental – de control						

În compararea retest scorurile grupurilor se deosebesc, înregistrând diferențe semnificative ($p < 0,01$).

Am comparat test-retest rezultatele medii căpătate în grupul experimental (Figura 3.7). Dacă în măsurarea inițială scorul la culpabilitate avea media 4,1, după aplicarea programului am înregistrat media 0,4, diminuată până la ne semnificativ. Pentru emoția de ruşine și izolare socială a fost calculată media de 0,5 (media inițială 2,8 pentru ruşine și 2,7 pentru izolare socială); pentru detaşare 1,1 (media inițială 2,8); Alfa-mândrie 1 (media inițială 3,5); Beta-mândrie 0,9 (media inițială 3,4). Până la program scorurile au fost mai sus de medie, după program au fost înregistrate scoruri joase (până la 1) și foarte joase (0,4). Scăderea semnificativă a scorurilor pentru culpabilitate la grupul experimental confirmă impactul programului prin oferirea unui mediu de ascultare, înțelegere și conștientizare a emoțiilor (de ce simiți, ce simțim, cum să gestionăm emoția), un mediu în care li s-a oferit exersarea modalităților de diminuare a intensității emoțiilor negative și pozitivizarea imaginii de sine.

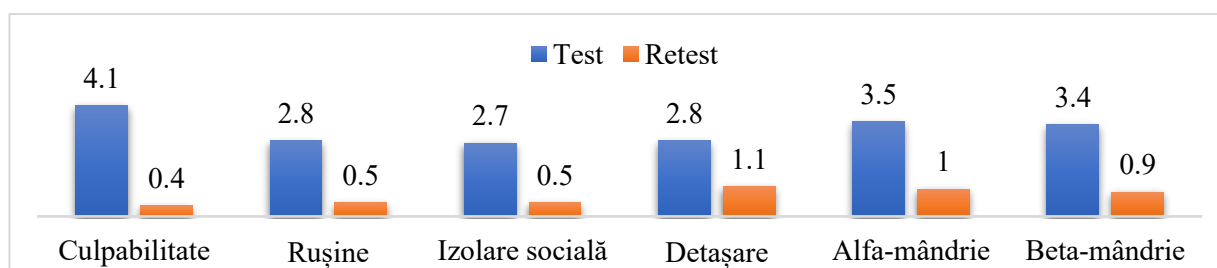


Fig. 3.7. Valoarea medie calculată test-retest a emoțiilor autoreferențiale pentru grupul experimental

Compararea test-retest a scorurile grupului experimental (vezi Tabelul 3.5.), realizată prin utilizarea testului statistic pentru eşantioane-perechi Wilcoxon, a confirmat diferența statistică dintre rezultatele inițiale și de după program cu semnificație înaltă ($p < 0,01$), validând rolul programului în modificarea tonalității afective a emoțiilor autoreferențiale. Programul, a avut o

contribuție importantă în lucrul cu emoțiile autoreferențiale ale mamelor prin pozitivarea atitudinilor față de sine, prin înțelegerea emoțiilor și abilitatea de a fi gestionate.

Tabelul 3.5. Compararea mediilor calculate test-retest pentru intensitatea emoțiilor autoreferențiale ale subiecților din grupul experimental

	Culpabilitate	Ruşine	Izolare sociala	Detasare	Alfa-mandrie	Beta-mandrie
Z	-3,419 ^b	-3,296 ^b	-3,408 ^b	-3,234 ^b	-3,327 ^b	-3,359 ^b
Asymp, Sig, (2-tailed)	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
Wilcoxon Signed Ranks Test						

Am comparat test-retest rezultatele medii căpătate în grupul de control (Figura 3.8). Dacă în măsurarea inițială scorul la culpabilitate avea media 4,0, după aplicarea programului am înregistrat 3,6; ruşine 2,4 (media inițială 2,8); izolare socială media 2,1 (media inițială 2,9); detaşare 2,2 (media inițială 2,9); Alfa-mândrie 2,5 (media inițială 3,8); Beta-mândrie 2,4 (media inițială 3,3). Modificarea mediilor în cazul grupului de control e un proces firesc pentru un grup social aflat într-o interacțiune continuă, inclusiv cu participanții experimentului formativ: ei fac schimb de opinii, sunt membrii ai unei comunități și urmăresc schimbările comportamentale ale altor părinți, se implică în alte activități de instruire organizate concomitent cu desfășurarea programului.

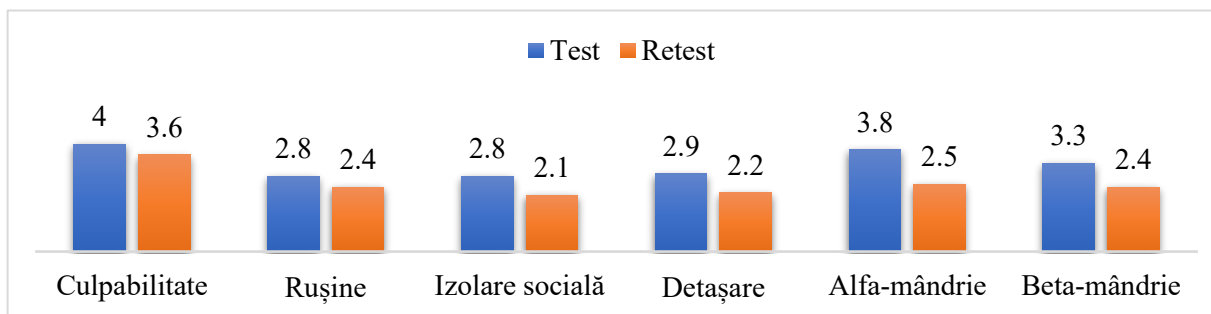


Fig. 3.8. Valoarea medie calculată test-retest a emoțiilor autoreferențiale pentru grupul de control

Dar scorurile pentru grupul de control oricum sunt înalte (culpabilitatea avea un scor foarte înalt, a scăzut la înalt; izolarea socială avea un scor înalt, scade la mai jos de medie), depășind nivelul critic doar pentru izolarea socială (media 2,1) și pentru detaşare (media 2,2), ambele scăzând mai jos de medie (2,29). Această situație indică la nevoia de sprijin și asistență psihosocială pentru toți părinții copiilor cu dizabilități.

Compararea test-retest a scorurile grupului de control (vezi Tabelul 3.6), realizată prin utilizarea testului statistic pentru eşantioane-perechi Wilcoxon, a confirmat diferența statistică dintre rezultatele inițiale și de după program cu semnificație înaltă ($p < 0,01$) pentru culpabilitate,

detașare și Beta-mândrie, și la $p=0,05$ pentru izolare socială, însă mediile nu indică la o modificare substanțială a tonalității afective a emoțiilor autoreferențiale.

Tabelul 3.6. Compararea mediilor calculate test-retest pentru intensitatea emoțiilor autoreferențiale ale subiecților din grupul de control

	Culpabilitate	Rusine	Izolare sociala	Detasare	Alfa-mandrie	Beta-mandrie
Z	-3,408^b	-,227 ^c	-1,961^b	-3,409^c	-,796 ^c	-3,410^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,001	0,820	0,050	0,001	0,426	0,001
Wilcoxon Signed Ranks Test						

În următoarele calcule vom urmări modificările care au avut loc în IDS față de grupurile dezavantajate prin dizabilitate și atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială.

În figura 3.9 prezentăm rezultatele medii retest pentru IDS comparate pentru grupurile experimental – de control.

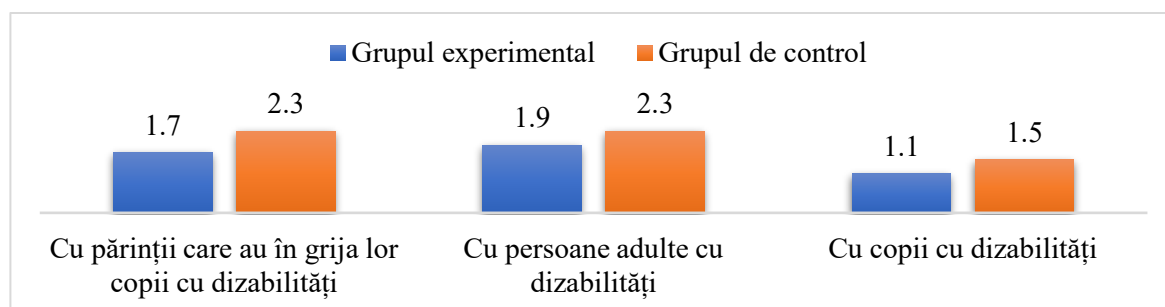


Fig. 3.9. Valoarea medie calculată retest a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru grupurile experimental și de control

Rezultatele obținute ne permit să concluzionăm că în grupul experimental distanțele sociale se caracterizează printr-un nivel apropiat: pentru familiile care are în grija sa copil/copii cu dizabilități este de 1,7, ceea ce semnifică acceptarea în calitate de rudă, prieteni; pentru persoanele adulte cu dizabilități - de 1,9, aceeași apropiere precum în raport cu familiile; pentru copii cu dizabilități - de 1,1, apropiere înaltă, acceptare în calitate de rudă. Subiecții din grupul de control în mare parte mențin o distanță medie: pentru familiile care are în grija sa copil/copii cu dizabilități și persoana adultă cu dizabilități este de 2,3, ceea ce semnifică acceptarea în calitate de prieteni, vecini; pentru copii cu dizabilități - de 1,5, acceptare în calitate de rudă, prieten.

În compararea retest (vezi Tabelul 3.7) pentru distanțele sociale în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate ale subiecților din grupurile experimental și de control, scorurile grupurilor se deosebesc doar în raport cu copiii cu dizabilități, înregistrând diferențe semnificative ($p<0,05$).

Tabelul 3.7. Compararea mediilor calculate retest pentru distanțele sociale în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate ale subiecților din grupurile experimental și de control

	Famiiliile copiilor cu dizabilități	Persoanele adulte cu dizabilități	Copiii cu dizabilități
Mann-Whitney U	195,500	221,500	187,500
Z	-1,687	-0,547	-2,285
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,092	0,584	0,022
Variabila de grupare: Grup experimental – de control			

Figura 3.10 ilustrează rezultatele pentru test-retestul distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru grupul experimental și observăm că toate mediile calculate sunt mai mici: cu părinții care au în grija lor copii cu dizabilități de la media 2,5 la test, obținem media de 1,7 la retest, ce semnifică o micșorare semnificativă a IDS față de acest grup. Presupunem că experiențele împărtășite în cadrul programului ARCA au condiționat schimbarea de atitudine față de familiile cu experiențe similare. Mediile calculate pentru persoanele adulte cu dizabilități la test au indicat 3,3, iar la retest 1,9, un rezultat extraordinar dacă ținem cont că anume față de acest grup dezavantajat prin dizabilitate IDS a prezentat valorile cele mai înalte la test. Mamele participante la experimentul formativ au reevaluat poziția față de persoanele adulte cu dizabilități și prin proiectarea viitorului copilului cu dizabilități. Pentru copii cu dizabilități mediile diferă puțin din considerentul că distanța socială față de acest grup dezavantajat prin dizabilitate nu a înregistrat medii înalte nici în experimentul de constatare și nici la test.

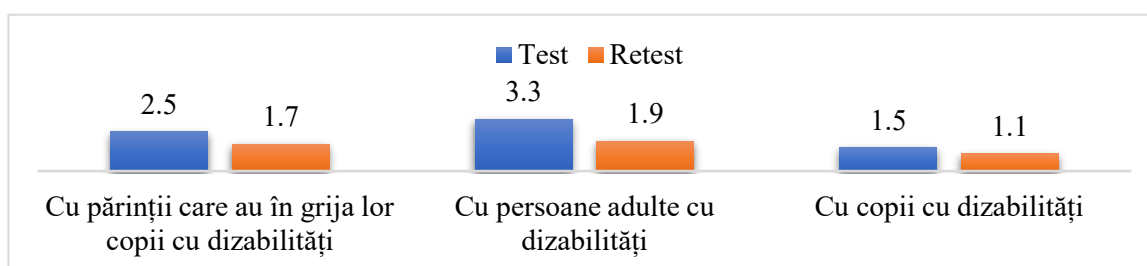


Fig. 3.10. Valoarea medie calculată test-retest a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru grupul experimental

Compararea mediilor test-retest (vezi Tabelul 3.8) pentru grupul experimental indică la diferențe semnificative. Cel mai mult s-au micșorat distanțele față de persoanele adulte cu dizabilități ($p=0,031$). Distanțele sociale în măsurarea inițială au atestat acceptarea persoanelor adulte cu dizabilități mai mult ca vecin sau coleg, destul de îndepărtate, iar după program acceptarea se atestă deja în calitate de prieten (media 1,9), fiind identificate micșorarea cea mai mare a distanței sociale în raport cu acest grup. Pentru copiii cu dizabilități distanța socială se

atestă de la apropiată la foarte apropiată ($p=0,049$). Familiile/părinții care au în grija lor copii cu dizabilități sunt deja acceptate în calitate de prieteni și rude ($p=0,050$).

Tabelul 3.8. Compararea mediilor calculate test-retest pentru distanțele sociale în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate ale subiecților din grupul experimental

	Famiiliile copiilor cu dizabilități	Persoanele adulte cu dizabilități	Copiii cu dizabilități
Z	-1,895 ^b	-2,159 ^b	-1,910 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,050	0,031	0,049
Wilcoxon Signed Ranks Test			

Diferențele înregistrate sunt cu tendințe pozitive, dar ne semnificative. Este important să accentuăm faptul că distanța socială este un construct complex, cu semnificații raportate la interacțiunea socială a individului și grupului, care au nevoie de un grad de apropiere, dar și îndepărtare pentru o funcționare optimă ca sisteme sociale, totodată, distanța socială care separă indivizii și grupurile în baza unor indicatori (etnie, dizabilitate, religie etc.) este o atitudine de neacceptare consolidată de unele tradiții, valori, stereotipuri, respective, nu este simplu să schimbi atitudini marcate de specificul socio-cultural și gândire stereotipică. Scala Bogardus este o scală care indică cea mai mică proximitate (apropiere) acceptabilă pentru un individ față de grupul luat în considerare, în cazul cercetării noastre părinți care au în grija lor copii cu dizabilități. În cadrul programului accentul a fost pus pe lucrul cu emoțiile și dezvoltarea rezilienței părinților copiilor cu dizabilități, fapt care a condiționat și micșorarea distanțelor în raport cu toate grupurile cercetate.

În figura 3.11 prezentăm rezultatele medii test-retest pentru IDS comparate pentru grupul de control.

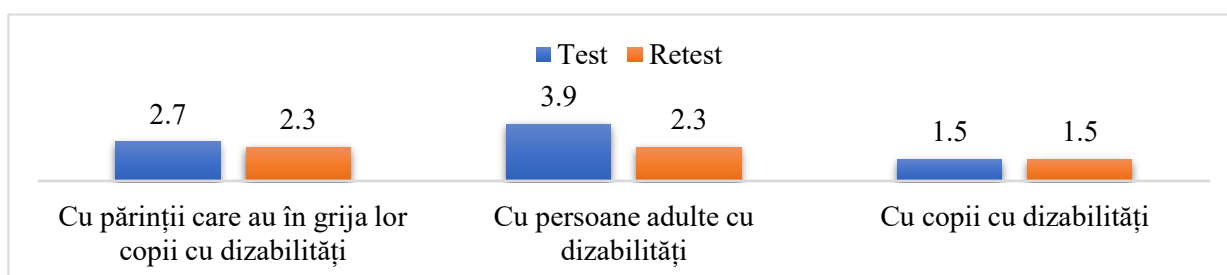


Fig. 3.11. Valoarea medie calculată test-retest a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru grupul de control

Valorile medii calculate test-retest a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate pentru grupul de control la fel indică unele modificări, nu atât de esențiale ca în cazul grupului experimental, dar se atestă micșorarea IDS: pentru grupul părinți care au în grija lor copii cu dizabilități diferența valorică constituie 0,5, iar pentru grupul copii cu dizabilități nu observăm

nici o schimbare, IDS în retest a rămas același ca și pentru test – 1,5. O schimbare semnificativă a valorii calculate a distanței sociale se înregistrează în cazul grupului persoane adulte cu dizabilități de la valoarea medie 3,9 la test, atestăm o valoare de 2,4 în retest.

Tabelul 3.9. Compararea mediilor calculate test-retest pentru distanțele sociale în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate ale subiecților din grupul de control

	Famiiliile copiilor cu dizabilități	Persoanele adulte cu dizabilități	Copiii cu dizabilități
Z	-1,179 ^b	-2,293^b	0,000 ^c
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,238	0,022	1,000
Wilcoxon Signed Ranks Test			

Compararea mediilor test-retest (vezi Tabelul 3.9) pentru grupul de control indică la diferențe semnificative. Cel mai mult s-au micșorat distanțele față de persoanele adulte cu dizabilități ($p=0,022$), rezultat similar ca și pentru grupul experimental. Faptul că s-a produs această micșorare a distanței sociale în cazul grupului de control se explică prin activitatea DGASPF Orhei (seminare, mese rotunde, sesiuni de informare) și comunicarea strânsă cu grupul experimental (fiind din același spațiu geografic, aceștia mențin o comunicare strânsă între ei în rolul lor de beneficiari ai DGASPF Orhei, în unele cazuri ca membri ai aceleiași comunități, sau copii lor merg în aceeași școală incluzivă). Distanțele sociale în raport cu copiii nu atestă nici o schimbare: pentru test (media 1,5) și pentru retest (media 1,5), fiind una apropiată. Măsurarea distanței sociale pentru ambele grupuri test-retest atestă modificări semnificative în cadrul grupului experimental și mai puțin semnificative pentru grupul de control, dar pentru ambele grupuri se atestă micșorarea semnificativă a distanței sociale față de persoanele adulte cu dizabilități ($p=0,022$).

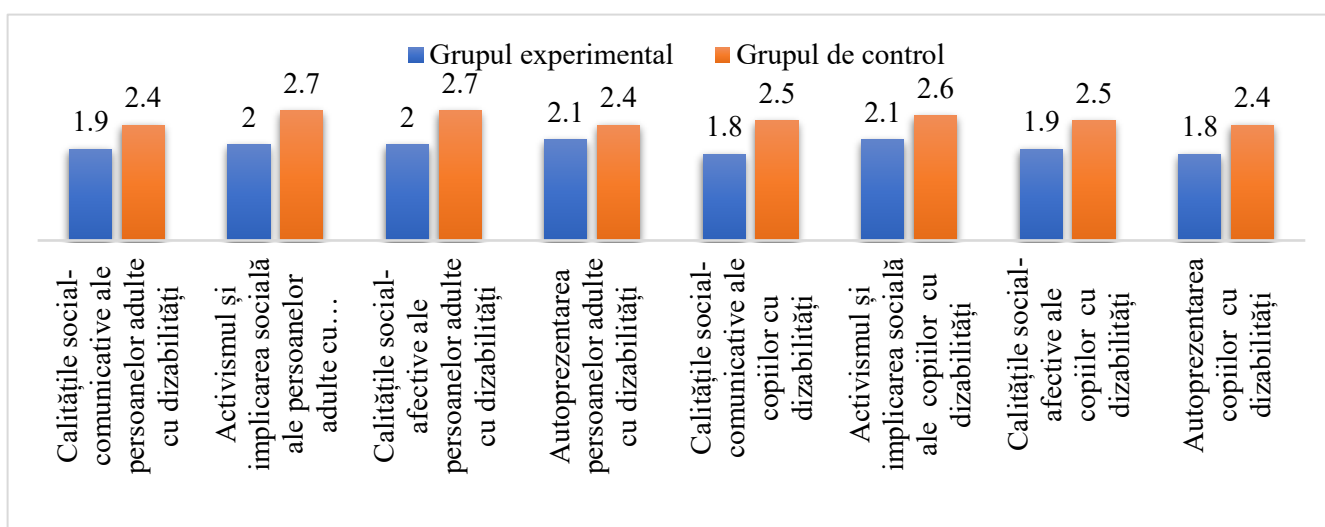


Fig. 3.12. Valoarea medie calculată retest a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor adulte și copiilor cu dizabilități pentru grupurile experimental și de control

Măsurarea a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor adulte și copiilor cu dizabilități pentru grupurile experimental și de control prezintă rezultatele obținute și ilustrate în figura 3.12, amplasată mai sus.

Valorile medii calculate retest a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială (abilitățile social-comunicative, activismul și implicarea socială, abilitățile social-afective, autoprezentarea) a grupului experimental în raport cu persoanele adulte cu dizabilități (PAD) prezintă că atitudinile sunt mai pozitive, toate fiind sub medie (2,29) (între 1,9 și 2,1 (foarte puternic manifestate și puternic manifestate). Iar la grupul de control manifestarea atitudinilor se încadrează în jurul mediei cu tendință spre câmpul negativ (2,4 pentru abilitățile social-comunicative și autoprezentare; 2,7 pentru activism și implicare sociale și social afective).

Pentru copilul cu dizabilități (CD) valoarea medie calculată retest a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială pentru grupul experimental atestă atitudini bune și foarte bune, valori mai jos de medie (2,29) pentru abilitățile social-comunicative și autoprezentare (media 1,8); abilitățile social-afective (media 1,9); activism și implicare sociale (media 2,1). Putem concluziona că programul a fost benefic și în cazul atitudinii față de copii cu dizabilități prin rezultatele lucrului cu emoțiile autoreferențiale ale mamelor s-au modificat și atitudinile față de copil. Atitudinile se modifică în interacțiunea și realitatea socială a individului, fiind un construct dinamic și flexibil prin care reacționăm în raport cu alte persoane, față de propria persoană, față de viața socială la nivelul componentelor fundamentale ale atitudinilor: cognitivă (învățare/cunoștințe), afectivă (emoții/sentimente) și comportamentală (acțiuni/reacții). Programul a modificat atitudinile mamelor copiilor cu dizabilități prin cunoașterea dizabilității, pozitivarea și gestionarea emoțiilor autoreferențiale, comportamente și reacții de apropiere și acceptare a copilului.

Grupul de control înregistrează valori medii încadrate între 2,4 și 2,6: autoprezentare (media 2,4); abilitățile social-comunicative și abilitățile social-afective (media 2,5); activism și implicare sociale (media 2,6), tendința este mai mult negativă, cu mici modificări ne semnificative pozitive pentru activismul și implicarea socială – de la media inițială 2,8 la media 2,6. Această modificare se explică prin înmatricularea copiilor cu dizabilități în clasele incluzive, respectiv părinții și-au văzut copii mai activi, implicați, dar cu menținerea atitudinii protectoare față de copil și convingerii că acesta are nevoie de sprijin și nu este capabil să se descurce de sine stătător.

Compararea mediilor calculate retest pentru atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor adulte și copiilor cu dizabilități ale subiecților din grupurile experimental și de control (vezi Tabelul 3.10) atestă modificări semnificative în cadrul grupului experimental și mai puțin semnificative pentru grupul de control, dar pentru ambele grupuri se atestă diferențe semnificative: față de persoana adultă cu dizabilități pentru abilitățile social

comunicative ($p=0,012$), pentru abilitățile social-afective ($p=0,005$), activism și implicare sociale ($p=0,019$), mai puțin pentru autoprozentare; față de copilul cu dizabilități se atestă diferențe semnificative pentru toate abilitățile care asigură participarea socială: abilitățile social comunicative ($p=0,012$), activism și implicare sociale ($p=0,005$), pentru abilitățile social-afective ($p=0,005$), autoprozentare ($p=0,010$).

Tabelul 3.10. Compararea mediilor calculate retest pentru atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor adulte și copiilor cu dizabilități ale subiecților din grupurile experimental și de control

	PAD calități social comunicative	PAD activism implicare sociale	PAD calități social afective	PAD autoprozentare	CD calități social comunicative	CD activism implicare sociale	CD calități social afective	CD autoprozentare
Mann-Whitney U	172,500	176,000	165,500	224,000	172,000	164,500	165,500	170,500
Z	-2,499	-2,352	-2,788	-0,355	-2,526	-2,833	-2,791	-2,580
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,012	0,019	0,005	0,723	0,012	0,005	0,005	0,010

Variabilele de grupare: Grup experimental - de control

Analiza comparării valorilor medii calculate retest a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a taților și mamelor copiilor cu dizabilități pentru ambele grupuri (Figura 3.13) se prezintă cu modificări, dar pentru grupul experimental mediile indică tendințe mai pozitive pentru ambii părinți: abilitățile tatălui copilului cu dizabilități au fost apreciate cu medii între 1,6 – 2,0 (abilitățile social comunicative (media 2,0); activism și implicare sociale (media 1,6), abilitățile social-afective și autoprozentare (media 1,8).

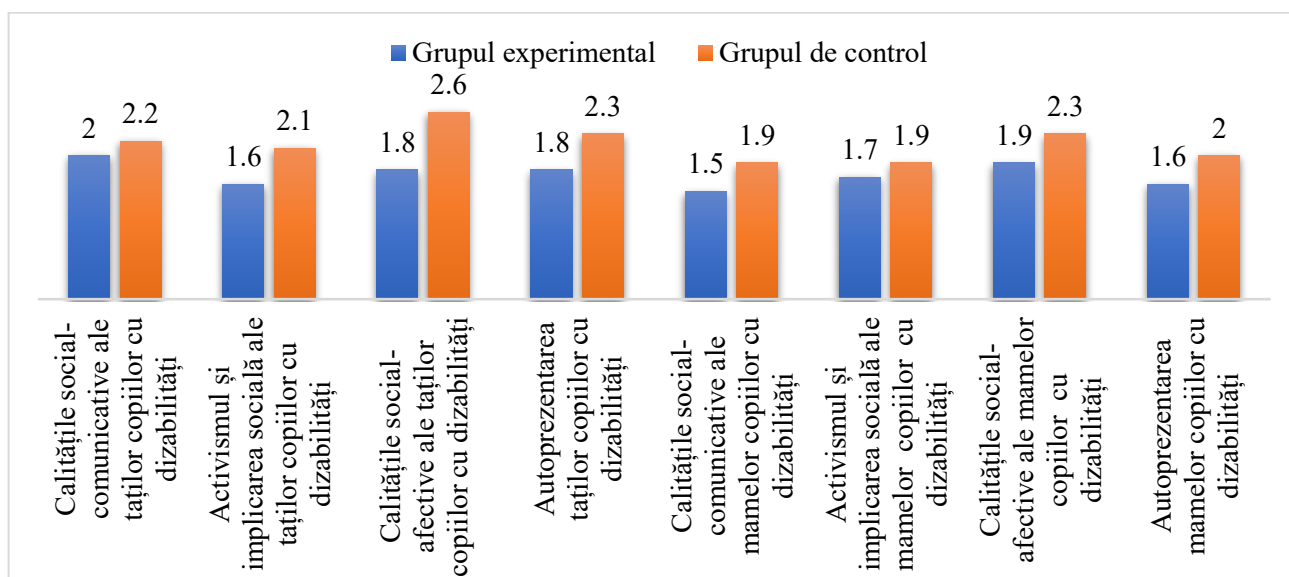


Fig. 3.13. Valoarea medie calculată retest a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a taților și mamelor copiilor cu dizabilități pentru grupurile experimental și de control

În raport cu abilitățile mamei copilului cu dizabilități, grupul experimental atestă atitudini mai înalt pozitive în comparație cu tatăl copilului acestea fiind încadrate în mediile 1,5-1,9 (abilitățile social comunicative (media 1,5); activism și implicare sociale (media 1,7), abilitățile social-afective (media 1,9) și autoprezentare (1,6). Observăm că activismul și implicarea sociale ale tatălui (1,6 media) sunt apreciate ne semnificativ mai înalt în comparație cu ale mamei (1,7), tendință remarcată și în experimentul de constatare care a relevat că tatăl nu se asociază cu emoții, afecțiune, atașament, dar este văzut mai comunicativ și implicat social, calitate mai puțin apreciată de mamele copiilor cu dizabilități.

Grupul de control prezintă valori medii între 2,2 – 2,6 pentru abilitățile de participare socială ale tatălui copilului cu dizabilități, păstrând tendința mai mult spre negativ pentru toate abilitățile (comunicative – 2,2, social-afective – 2,6 și autoprezentarea – 2,3), cu o mică tendință spre pozitiv pentru activism și implicare sociale (media 2,1). Și grupul de control atestă atitudini mai pozitive față de mama copilului cu valori medii pentru abilitățile comunicative (media 1,9), social-afective (media 2,3), activism și implicare sociale (media 1,9), autoprezentarea (media 2,0).

Tabelul 3.11. Compararea mediilor calculate retest pentru atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială a taților și mamelor copiilor cu dizabilități ale subiecților din grupurile experimental și de control

	TCD calități social comunicative	TCD activism implicare sociale	TCD calități social afective	TCD autoprezentare	MCD calități social comunicative	MCD activism implicare sociale	MCD calități social afective	MCD autoprezentare
Mann-Whitney U	217,500	200,500	146,500	184,000	207,500	215,500	183,500	195,500
Z	-0,623	-1,332	-3,590	-2,027	-1,043	-0,710	-2,045	-1,543
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,533	0,183	0,000	0,043	0,297	0,478	0,041	0,123
Variabilele de grupare: Grup experimental - de control								

Compararea statistică a mediilor calculate retest (vezi Tabelul 3.11) pentru atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială a taților copiilor cu dizabilități (TCD) și mamelor copiilor cu dizabilități (MCD) ale subiecților din grupurile experimental și de control (tabelul 3.9) atestă diferențe semnificative pentru abilitățile social-afective ale TCD ($p < 0,01$) și autoprezentare ($p = 0,43$). O singură diferență semnificativă calculată pentru abilitățile social-afective ale mamei ($p = 0,41$), acestea fiind pozitive în toate calculele realizate, respectiv, diferențe semnificativ înalte nu au fost atestate.

Compararea mediilor calculate test-retest a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor adulte și copiilor cu dizabilități pentru grupul experimental (Figura 3.14) prezintă valori medii mai joase pentru ambele grupuri cercetate, indicând o scădere

a percepțiilor pozitive privind aceste abilități în urma testului retest. Aceste diferențe sunt evidente în toate categoriile de abilități, atât pentru persoanele adulte cu dizabilități, cât și pentru copiii cu dizabilități, așa cum se poate observa în figura de mai jos. În special, scăderea este mai accentuată pentru abilitățile sociale afective și cele de autoprezentare, reflectând impactul programului asupra dimensiunilor emoționale și de interacțiune socială. Această tendință subliniază necesitatea unor intervenții continue pentru susținerea participării sociale a acestor grupuri dezavantajate.

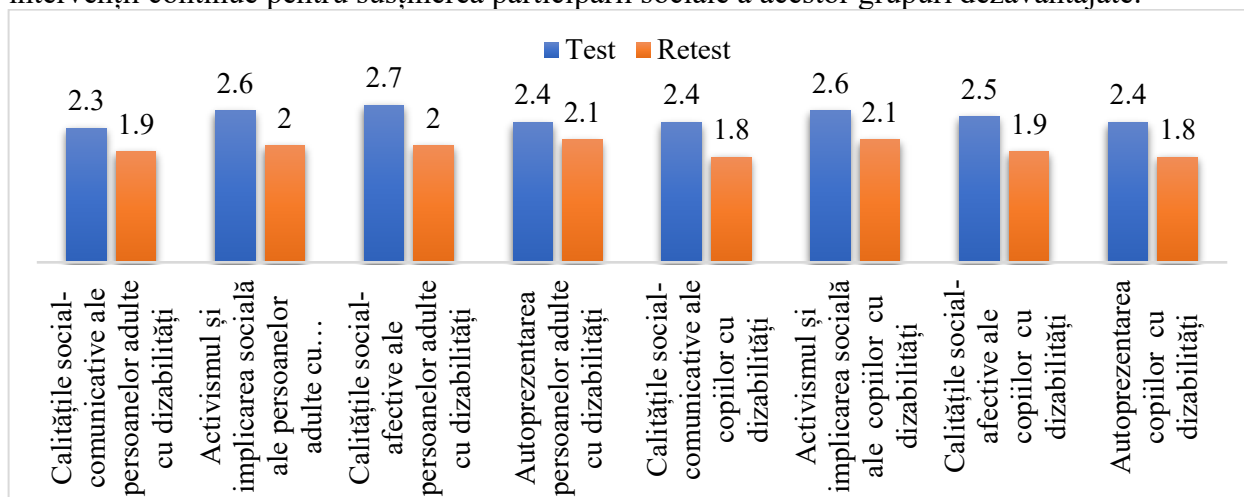


Fig. 3.14. Valoarea medie calculată test-retest a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor adulte și copiilor cu dizabilități pentru grupul experimental

Compararea mediilor calculate test-retest a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor adulte și copiilor cu dizabilități pentru grupul experimental (Figura 3.14) prezintă valori medii mai joase pentru ambele grupuri cercetate și se atestă diferențe semnificative (vezi Tabelul 3.12) pentru toate abilitățile de participare a copilului (comunicative $p=0,050$, activism și implicare sociale $p=0,48$, social - afective $p=0,040$, autoprezentare $p=0,02$), atitudinile modificate fiind argumentate de schimbările produse în rezultatul programului.

Tabelul 3.12. Compararea mediilor calculate test-retest pentru atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor adulte și copiilor cu dizabilități ale subiecților din grupul experimental

	PAD calități social comunicative	PAD activism implicare sociale	PAD calități social afective	PAD autoprezentare	CD calități social comunicative	CD activism implicare sociale	CD calități social afective	CD autoprezentare
Z	-2,392 ^b	-2,815 ^b	-2,991 ^b	-1,386 ^b	-1,961 ^b	-1,980 ^b	-2,050 ^b	-3,098 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,017	0,005	0,003	0,166	0,050	0,048	0,040	0,002
Wilcoxon Signed Ranks Test								

Mamele se percep pe sine altfel, mai pozitiv și atitudinile lor față de copii au devenit mai pozitive: eu nu sunt vinovată, nici copilul meu nu este vinovat, eu mă implic în viața socială și copilul meu se implică etc. Orice schimbare în sistemul social al mamei (modificarea percepției de sine, relaționarea cu mediul social proximal, implicarea în viața socială etc.) se raportează și la sistemul copil, fiind atestată o confluență sociopsihologică și afectivă mamă-copil.

Diferențe semnificative se înregistrează și în atitudinile față de abilitățile de participare ale persoanei adulte cu dizabilități: comunicative ($p=0,017$), activism și implicare sociale ($p=0,05$), social-afective ($p=0,003$) în afară de abilitățile de autoprezentare ale persoanelor adulte cu dizabilități. Am comparat valorile medii calculate test-retest a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor adulte și copiilor cu dizabilități și pentru grupul de control (Figura 3.15).

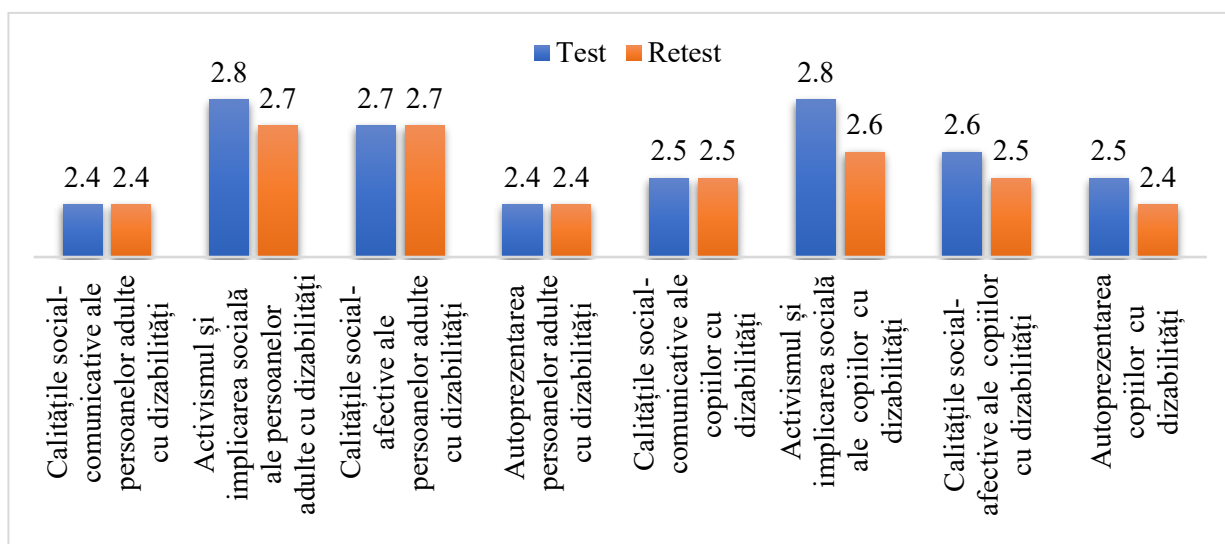


Fig. 3.15. Valoarea medie calculată test-retest a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor adulte și copiilor cu dizabilități pentru grupul de control

Pentru grupul de control, valorile mediilor test-retest ale atitudinilor față de abilitățile necesare participării sociale ale persoanelor adulte și copiilor cu dizabilități reflectă o consistență între evaluările inițiale și cele ulterioare. Aceasta sugerează că, în absența unor intervenții semnificative, atitudinile respondenților față de aceste capacități sociale rămân în general stabile. Totuși, o schimbare semnificativă statistic s-a înregistrat în cazul abilității de autoprezentare a copiilor, unde $p=0,033$. Această diferență poate fi explicată prin influența pozitivă a mediilor incluzive asupra interacțiunii și comunicării copiilor cu dizabilități. Contactul constant cu colegii într-un cadru incluziv facilitează creșterea încrederii de sine și dezvoltarea abilităților de autoprezentare, o componentă esențială pentru integrarea socială eficientă.

În Tabelul 3.13 sunt evidențiate diverse dimensiuni ale abilităților sociale, inclusiv comunicarea socială, implicarea socială, calitățile afective și capacitatea de autoprezentare,

împărțite între adulți și copii cu dizabilități. Valorile p asociate fiecărei dimensiuni indică nivelul de semnificație al diferențelor între evaluările inițiale și test-retest, iar rezultatele confirmă că mediul incluziv este benefic în special pentru copii, îmbunătățind abilitățile de autoprezentare și implicit facilitând participarea lor activă în viața socială. Această constatare subliniază importanța mediilor incluzive și a interacțiunilor sociale în procesul de dezvoltare și integrare socială a copiilor cu dizabilități.

Tabelul 3.13. Compararea mediilor calculate test-retest pentru atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor adulte și copiilor cu dizabilități ale subiecților din grupul de control

	PAD calități social comunicative	PAD activism implicare sociale	PAD calități social afective	PAD autoprezentare	CD calități social comunicative	CD activism implicare sociale	CD calități social afective	CD autoprezentare
Z	-1,421 ^b	-0,256 ^c	-1,679 ^c	-1,223 ^c	-0,483 ^b	-0,171 ^c	-0,693 ^c	-2,131^c
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,155	0,798	0,093	0,221	0,629	0,864	0,488	0,033
Wilcoxon Signed Ranks Test								

Calcululele pentru celelalte grupuri cercetate (tații și mamele copiilor cu dizabilități) cu privire la atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială (vezi Figura 3.16), valoarea medie calculată test-retest pentru grupul experimental prezintă modificări ale atitudinilor în raport cu tații copiilor cu dizabilități, valori medii între 1,8 și 2,0 retest (valorile medii test între 2,1 și 2,5).

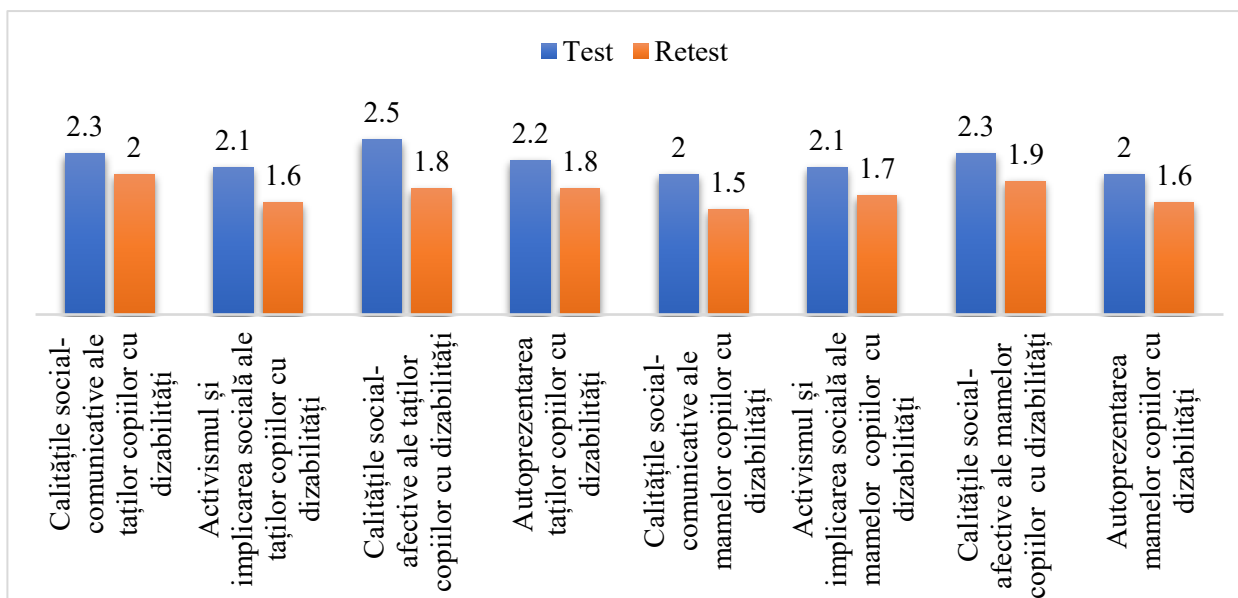


Fig. 3.16. Valoarea medie calculată test-retest a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a taților și mamelor copiilor cu dizabilități pentru grupul experimental

Rezultatele prezintă o conexiune strânsă între efectele programului asupra mamelor și atitudini schimbate față de tată inclusiv (ca și față de copil), confirmând reciprocitatea modificărilor între subsistemele sociale (tată, mamă, copil) în cadrul sistemului social familia.

Tabelul 3.14. Compararea mediilor calculate test-retest pentru atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială a taților și mamelor copiilor cu dizabilități pentru grupul experimental

	TCD calități social comunicative	TCD activism implicare sociale	TCD calități social afective	TCD autoprezentare	MCD calități social comunicative	MCD activism implicare sociale	MCD calități social afective	MCD autoprezentare
Z	-0,739 ^b	-1,508 ^b	-2,961^b	-2,137^b	-1,015 ^b	-1,053 ^b	-1,918 ^b	-1,749 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,460	0,132	0,003	0,033	0,310	0,292	0,055	0,080
Wilcoxon Signed Ranks Test								

Calculule statistice (vezi Tabelul 3.14) confirmă această constatare prin diferențele semnificative față de abilitățile social comunicative ale tatălui copilului cu dizabilități ($p=0,003$) și autoprezentarea acestuia ($p=0,033$).

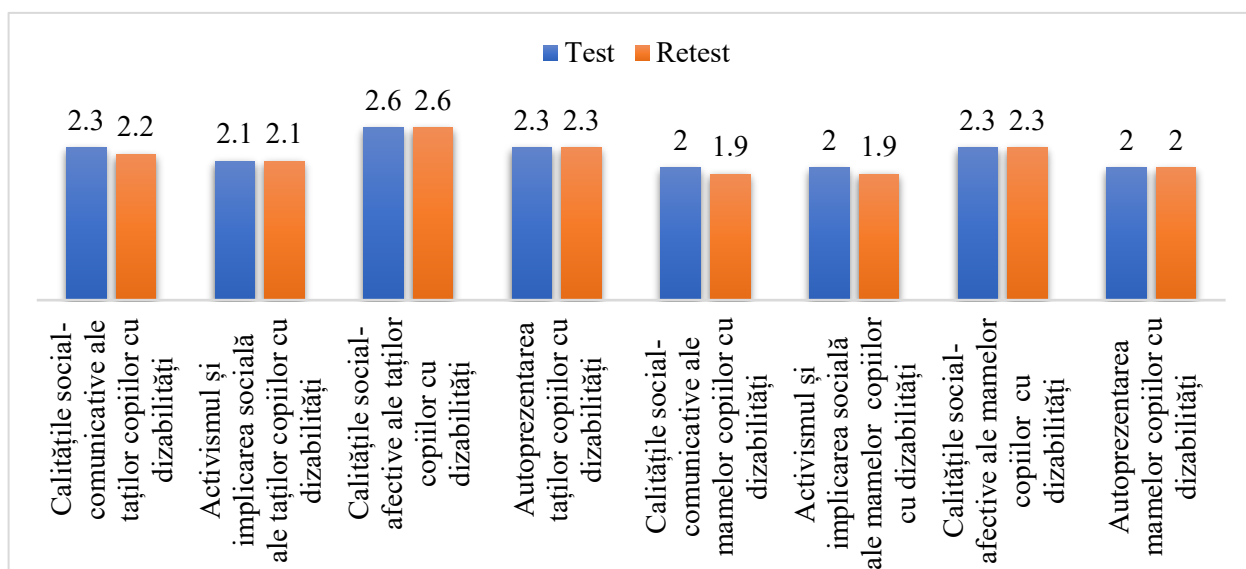


Fig. 3.17. Valoarea medie calculată test-retest a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a taților și mamelor copiilor cu dizabilități pentru grupul de control

Aceleași calcule au fost efectuate și pentru grupul de control și rezultatele au relevat o stagnare în dinamica atitudinilor grupului de control față de față de abilitățile care asigură participarea socială a taților și mamelor copiilor cu dizabilități (vezi Figura 3.17).

Tabelul 3.15 evidențiază stabilitatea generală a atitudinilor părinților față de abilitățile necesare participării sociale a copiilor cu dizabilități în grupul de control. Mediile calculate pentru abilitățile social-comunicative, activismul social și alte trăsături relaționale au rămas, în mare

parte, în zona mediană, sugerând că, în lipsa intervențiilor specifice, atitudinile părinților rămân relativ constante. Totuși, rezultatele statistice au indicat câteva excepții semnificative pentru mame: abilitățile social-comunicative ($p=0,050$) și activismul social ($p=0,047$), unde s-au înregistrat ușoare schimbări față de testarea inițială.

Aceste valori p sugerează că mamele au manifestat o ușoară evoluție în direcția unei aprecieri mai pozitive sau a unei conștientizări mai profunde a rolului lor în promovarea participării sociale a copiilor. În schimb, restul dimensiunilor – precum percepția de sine și emoțiile auto-referențiale – nu au indicat schimbări notabile, ceea ce arată o rezistență a părinților în ajustarea atitudinilor lor față de propria imagine sau implicare emoțională. Aceste rezultate pot sublinia importanța unor intervenții mai profunde pentru a stimula o schimbare semnificativă și durabilă în atitudinile față de participarea socială a persoanelor cu dizabilități.

Tabelul 3.15. Compararea mediilor calculate test-retest pentru atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială a taților și mamelor copiilor cu dizabilități pentru grupul de control

	TCD calități social comunicative	TCD activism implicare sociale	TCD calități social afective	TCD autoprezentare	MCD calități social comunicative	MCD activism implicare sociale	MCD calități social afective	MCD autoprezentare
Z	-0,755 ^b	-1,855 ^c	-0,567 ^b	-1,037 ^c	-1,959^b	-1,991^b	-1,509 ^b	-1,536 ^c
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,450	0,064	0,571	0,300	0,050	0,047	0,131	0,125
Wilcoxon Signed Ranks Test								

Concluzie. Rezultatele retest confirmă eficacitatea programului ARCA: mamele au înregistrat modificări atitudinale (la nivel de cogniții, de emoții și de reacții comportamentale) prin acceptarea de sine, gestionarea emoțiilor autoreferențiale (confirmarea *Ipotezei operaționale 2*: strategiile de diminuare a tonalității emoțiilor autoreferențiale prin comunicare asertivă și formarea rezilienței vor ajuta părinții copiilor cu dizabilități să diminueze stresul și să se accepte în calitate de părinte a copilului cu dizabilități prin consimțirea dizabilității ca stare pe care nu o pot schimba), prin acțiunile de căutare, elaborare și aplicare a unor scenarii pozitive de incluziune socială prin abilitățile sale de participare socială (confirmarea *Ipotezei operaționale 1*: dezvoltarea abilităților care asigură participarea socială (social comunicative; activism și implicare sociale; social afective; autoprezentare) vor contribui la diminuarea tendințelor de autoexcluziune a părinților).

3.4. Concluzii la capitolul 3

1. Elaborarea Programului ARCA a atestat un raport de dependență cu fundamentarea teoretică a acestei cercetări prezentată prin congruențele dintre teoriile explicative și Modelul 4D - model de fond al Programului ARCA.

2. Experimentul formativ a fost realizat prin aplicarea Programului ARCA, ca intervenție eficientă în asigurarea suportului psihosocial și emoțional părinților copiilor cu dizabilități și dezvoltarea comportamentelor de participare socială a acestora, prin aplicarea grupului experimental constituit din 15 mame ale copiilor cu dizabilități din raionul Orhei, beneficiari ai Direcției Generale Asistență Socială și Protecție a Familiei.

3. Impactul și validarea programului ARCA au fost confirmate prin măsurarea variabilelor legate de abilitățile care asigură participarea socială, emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grija lor copii cu dizabilități, efectuată după finalizarea programului în grupul experimental și care au atestat diferențe semnificative în compararea test-retest a scorurilor atitudinilor față de emoțiile autoreferențiale.

4. Programul ARCA a contribuit semnificativ la dezvoltarea abilităților care asigură participarea socială și a abilităților de diminuare a tonalității emoțiilor autoreferențiale ale mamei copilului cu dizabilități prin formarea abilităților de comunicare asertivă și formare a rezilienței întru diminuarea tendinței de autoexcluziune.

5. Schimbările pozitive înregistrate la nivel de emoții autoreferențiale ale mamei copilului cu dizabilități au atestat diminuarea confluenței sociopsihologice și afective mamă-copil, fapt care a influențat benefic și climatul psihosocial al sistemului familial prin conexiunile interdependente ale subsistemelor sociale (mezo-, micro-, nano).

6. Stabilirea în cadrul programului a unor relații de sprijin reciproc intergrupale sunt benefice pentru participarea socială activă și procesul de incluziune prin rețeaua extinsă și consolidată a părinților copiilor cu dizabilități.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

În conformitate cu tema, ipoteza de bază, scopul și obiectivele cercetării **rezultatele științifice** ale acestei lucrări sunt următoarele.

1. Conceptul „excluziune socială” denotă un caracter dinamic și multidimensional, prezintă un concept solid argumentat științific, fără o precizie analitico-teoretică, cu flexibilitate în evoluția defnirii (incluzând aspecte esențiale precum relativitatea, actul și dinamica) acceptată în intenția de evitare a analizelor unidimensionale și incomplete [35, p.30; 90, p.32; 91, p.32, subcap.1.1]. Deoarece nu am identificat consens, precizie și semnificații cert atribuite în definițiile oferite excluziunii sociale, am operaționalizat-o în sensul relevanței scopului lucrării. Astfel, defnim excluziunea socială ca un fenomen complex, multidimensional, dinamic, interactiv și multinivelar care reprezintă non-participarea sau participarea redusă la viața comunității producătoare de distanțare socială a indivizilor și grupurilor dezavantajate prin dizabilitate, funcționare socială periclitată și menținută de natura bilaterală a fenomenului – de hetero- și autoexcludere [p.32, subcap.1.1]. Argumentele teoretice ale manifestării psihosociale a fenomenului excluziunii sociale a părinților care au în grijă copii cu dizabilități susține raționamentul logic al cercetării empirice prin stabilirea concordanței dintre natura bilaterală a excluziunii (hetero- și autoexcluziune) - interacțiunea și reciprocitatea sistemelor sociale, elemente esențiale pentru grupurile cercetate în această lucrare și procesul de schimbare pozitivă a acestora prin învățarea socială cu considerarea nevoilor surselor de excluziune a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate [91, p. 34, subcap.1.2]. A fost analizată congruența dizabilității și excluziunii în raport cu familia care are în grija lor copii cu dizabilități concluzionând că excluziunea implică privarea de relații și rețele sociale, componente semnificative ale participării [73, p. 43; 90, p.46; 69, p. 47; 28, p.47; 29, p.47; 209, p.47; 38, p.48; 29, p.49; 209, p.49; 89, p. 49; 211, p.49; 212, p.49 subcap.1.3], relația acestora fiind prezentată în Modelul elaborat al congruenței excluziunii sociale și dizabilității [p.48, subcap.1.3]. Reziliența familiei copilului cu dizabilități este un construct psihosocial cumulat în baza caracteristicilor microsistemelor și mezosistemelor în cadrul suprasistemului familiei care permite înfruntarea adversităților și menținerea funcționării optime [27, p.52; 32, p.52; 32, p.54; 32, p.55; 33, p.50; 33, p.54; 33, p. 55; 33, p.56; 36, p.52; 37, p.54; 56, p.50; 70, p.51; 91, p.51; 94, p. 52, subcap.1.4].

2. Consecința logică a cercetării teoretice în care am analizat și argumentat natura bilaterală a fenomenului (hetero- și autoexcluziune) a constat în elaborarea modelului de operaționalizare a variabilelor care prezintă conținutul excluziunii sociale a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate, analizat la nivelurile sociale macro-, mezo-, micro- și nano [p.61, subcap. 2.1] și încadrarea acestora în grupul dezavantajat prin dizabilitate.

3. Rezultatele experimentului de constatare au relevat că populația generală este mai puțin tolerantă doar față de persoanele adulte cu dizabilități, iar familia copilului cu dizabilități este mai mult acceptată decât neacceptată de populație, copilul cu dizabilități este mai mult acceptat [31, p.69, subcap. 2.2]. Măsurarea atitudinilor sociale față de abilitățile social-comunicative, activismul și implicarea socială, abilitățile social-afective, autoprezentarea persoanelor din grupurile dezavantajate prin dizabilitate nu au prezentat tendințe pronunțate de excluziune socială, abilitățile de participare socială a familiei, a tatălui, a persoanei adulte cu dizabilități nu contează pentru excluziune [210, p.78, subcap. 2.3]. Corelația statistică între heteroexcluziunea (prin distanțe sociale) și atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor din grupurile dezavantajate prin dizabilitate au relevat influența abilităților social comunicative ale mamei copilului cu dizabilități asupra incluziunii copilului cu dizabilități [209, p.97; 30, p.86, subcap. 2.4]. Confluența mamă-copil (micro nivel) o determină să se distanțeze social (să nu expună public copilul) prin autoexcluziune, iar amplificarea emoțiilor autoreferențiale (strâns legate de modalitatea de rezolvare a problemelor (externalistă sau internalistă)), ale mamei (nano nivel) se resimte în câmpul social (mezo nivel) al familiei. Variabilele măsurate corelează între ele și confirmă tendințele mai evidente de autoexcluziune a părinților în comparație cu tendințele de heteroexcluziune. Au fost studiate condițiile psihoindividuale ale autoexcluziunii familiei dezavantajate prin dizabilitate în funcție de emoțiile autoreferențiale și au fost atestate autoevaluări globale negative de către părinții care au în grija lor copii cu dizabilități, bazate pe credințele iraționale care amplifică sentimentul de detașare, ulterior prezentând un factor determinant al autoexcluziunii sociale. Mediul de reședință rural amplifică emoțiile autoreferențiale de culpabilitate, rușine, izolare socială, detașare, Alfa-mândrie ale părinților care au în grija lor copii cu dizabilități, iar părinții necăsătoriți sunt mai expuși la emoțiile autoreferențiale de detașare, Alfa- și Beta-mândrie. Locul controlului influențează emoțiile autoreferențiale ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități. Toate variabilele cercetate (distanța socială, atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială (social comunicative; activism și implicare sociale; social afective; autoprezentare), emoțiile autoreferențiale) indică la tendința de autoexcluziune a părinților, chiar mai mult exprimată decât heteroexcluziunea. În baza rezultatelor obținute în cercetarea de constatare am elaborat definiția proprie a autoexcluziunii. Astfel *autoexcluziunea socială a părinților copiilor cu dizabilități se exprimă prin sporirea distanței sociale în raport cu grupul primar (familia) cu experiență similară, diminuarea importanței abilităților care asigură participarea activă la viața comunității, limitarea efortului de asumare a responsabilității individuale și dorința de rezolvare a situației prin implicarea resurselor externe, însoțită de trăirea emoțiilor distructive de rușine și culpabilitate* [p. 103, concluzii cap. 2.2].

4. Elaborarea și validarea metodologiei de prevenire a excluziunii sociale a părinților care au în grija lor copii cu dizabilități au fost realizate prin implementarea și testarea programului ARCA în cadrul experimentului formativ. Programul ARCA a fost conceput cu scopul de a dezvolta abilitățile esențiale pentru participarea socială, precum și abilitățile necesare pentru diminuarea intensității emoțiilor autoreferențiale, prin intermediul comunicării asertive și formării rezilienței. Aceste abilități sunt fundamentale pentru reducerea tendinței de autoexcluziune a părinților (în special a mamelor) care îngrijesc copii cu dizabilități [71, p.104; 72, p.104; 34, p.110, subcap. 3.1]. Validarea programului ARCA a fost realizată prin compararea rezultatelor test-retest obținute în cadrul a două grupuri omogene – experimental și de control. Rezultatele obținute au confirmat eficacitatea programului, demonstrând impactul pozitiv asupra abilităților de participare socială și a gestionării emoțiilor autoreferențiale ale participanților.

5. Ca urmare a cercetărilor de constatare și a experimentului formativ, au fost elaborate recomandări specifice pentru asigurarea participării sociale a părinților copiilor cu dizabilități, prin formarea abilităților de comunicare asertivă și dezvoltarea rezilienței. Aceste recomandări au luat în considerare conexiunile interdependente ale subsistemelor sociale (macro-, mezo-, micro- și nano-) și au subliniat fezabilitatea programului ARCA, evidențiind importanța consolidării rețelelor de sprijin reciproc între grupurile dezavantajate prin dizabilitate. Prin aceste recomandări, se urmărește reducerea autoexcluziunii și promovarea unei incluziuni sociale autentice, sprijinită de o rețea solidă de suport comunitar și familial (vezi Concluzii generale și recomandări, pp. 157-159).

Analiza rezultatelor științifico-practice ale cercetării de doctorat ne permite să afirmăm că **ipoteza de fond a investigației** – Excluziunea socială a familiilor care au în grija lor copil/copii cu dizabilități se manifestă în confluența dintre heteroexcluziunea manifestată de populație în distanțe sociale și atitudini față de calitățile care asigură participarea socială a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate, și autoexcluziunea părinților din lotul-țintă exprimată în autodistanțare și tonalitatea afectivă a emoțiilor autoreferențiale – a fost confirmată.

Rezultate obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice importante includ construirea unui model al excluziunii sociale, care integrează conexiunile dintre subsistemele familiei (macro-, mezo-, micro- și nano-) și ia în considerare aspectele de excludere hetero- și autoinduse, în contextul specific al Republicii Moldova. De asemenea, a fost elaborată, aplicată și validată o metodologie pentru prevenirea excluziunii sociale, centrată pe dezvoltarea abilităților de participare socială prin Programul ARCA (*Abilități de Reziliență și Comunicare Asertivă*). Acest program reprezintă o intervenție psihosocială și de suport emoțional adresată părinților copiilor cu dizabilități, cu scopul de a reduce tendințele de autoexcluziune și de a crea premise pentru incluziune. Validarea acestei metodologii s-a realizat prin măsurarea impactului

programului asupra diminuării autoexcluzerii și a creșterii abilităților de participare activă la viața comunității.

Noutatea și originalitatea științifică a rezultatelor obținute. Cercetarea reprezintă prin însăși tema abordată o noutate științifică în Republica Moldova, fiind investigat fenomenul excluziunii sociale a părinților copiilor cu dizabilități prin prisma naturii bilaterale (hetero- și autoexcluziune), elucidat impactul și importanța înțelegerii tendințelor de autoexcluziune prin manifestarea distanțării sociale, evaluarea abilităților în sensul non-participării la viața comunității și tonalitatea negativă a emoțiilor autoreferențiale, elaborată definiția autoexcluziunii părinților copiilor cu dizabilități și validată o paradigmă experimentală de intervenție psihosocială în vederea înlăturării/diminuării tendințelor de autoexcluziune.

Semnificația teoretică a cercetării: Această investigație contribuie la definirea și aprofundarea conceptului de „excluziune socială” și la clarificarea teoriilor relevante, în special prin Teoria responsabilă a excluziunii sociale, care subliniază rolul sursei și țintei excluziunii în analiza fenomenului global. Studiul evidențiază importanța „apropierii sociale” și a atitudinilor față de abilitățile care facilitează participarea în comunitate, precum și rolul emoțiilor autoreferențiale în tendințele de autoexcludere, ancorate în relația socio-psihologică mamă-copil.

Valoarea aplicativă a cercetării:

– conceptul propus al excluziunii sociale poate fi aplicată diverselor grupuri dezavantajate, pe criterii variate (vârstă, statut economic, gender, etnie, religie, minorități sexuale etc.);

– teoria responsabilă a excluziunii sociale extinde cadrul de cercetare, introducând un model esențial pentru înțelegerea excluziunii bilaterale (hetero- și autoexcludere);

– modelul congruenței dintre excluziunea socială și dizabilitate oferă soluții pentru reinterpretarea excluziunii copilului și a familiei prin prisma dizabilității, subliniind rolul subsistemelor sociale (macro-, mezo-, micro-, nano), care pot beneficia de intervenții psihosociale adaptative.

– clarificarea rolului rezilienței familiei arată cum adaptarea la dizabilitate și participarea socială pot fi facilitate prin reducerea emoțiilor autoreferențiale și acceptarea dizabilității ca o stare neschimbabilă.

– programul ARCA, dezvoltat pentru sprijinul psihosocial și emoțional al părinților copiilor cu dizabilități, poate fi adaptat pentru alte grupuri dezavantajate, oferind o metodologie de prevenire a excluziunii sociale și promovare a incluziunii.

– rezultatele experimentului formativ pot fi utilizate pentru dezvoltarea altor programe de sprijin, adresate unor noi perspective (nevoile taților, rolul fraților și altor îngrijitori).

Aprobarea și implementarea rezultatelor: rezultatele obținute au fost utilizate în activitățile didactice și extra curriculare desfășurate cu studenții din cadrul ULIM de la Facultatea

Științe Sociale și ale Educației: în cadrul predării cursurilor „Protecția persoanelor cu dizabilități: modele și practici”, „Incluziunea socială- teorie și aplicații”; în activități de formare pentru asistenți parentali, asistenți personali, asistenți sociali și echipele multidisciplinare din cadrul Direcțiilor de Asistență Socială din zonele geografice menționate în cercetare; în cadrul proiectelor academice și sociale internaționale în care am participat în calitate de expert, formator sau supervisor; prezentate în seminare și workshop-uri tematice cu profesioniști care lucrează cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate (psihologi, asistenți sociali, pedagogi și reprezentanți ai ONG-ilor specializate în protecția familiei și copilului). Activitățile au fost realizate și în cadrul Conferinței anuale a Facultății Științe Sociale și ale Educației, ULIM ”Provocări contemporane ale științelor socio-umane”, pe parcursul mai multor ediții. Materialele cercetării au fost discutate și aprobate în cadrul ședințelor Catedrei de Psihologie și Științe ale Educației, ULIM. Analizele teoretice și rezultatele cercetării experimentale au fost prezentate și discutate în cadrul a 30 de manifestări științifice naționale și internaționale, dintre care cele mai semnificative sunt: (1) Conferința Internațională „Problematika educației incluzive în Republica Moldova: perspective și soluții practice”. Institutul de Formare Continuă, Chișinău, Republica Moldova, 19-20 octombrie, 2012; (2) Simpozionul național cu participare internațională KREATIKON „Creativitate. Formare. Performanță”, Iași, România. Edițiile: IX-a, 6-7 aprilie, 2012; a X-a, Iași, România, 5-6 aprilie, 2013; (3) Congresul Internațional ISIPAR ”Interpersonal Acceptance-Rejection” (ediția V-a). ULIM, Chișinău, Republica Moldova, 24-27 mai, 2014; (4) Conferința Științifică Internațională „Fenomenul sărăciei în condițiile societății în tranziție”. Chișinău, Republica Moldova, 23-25 octombrie, 2014; (5) International Scientific Conference „The contemporary issues of the socio-humanitarian sciences in the context of mentality's transformation”, ULIM, Ediții: VI- a, 11-12 decembrie, 2015; VII- a 8-9 decembrie, 2016; VIII- a 8-9 decembrie, 2017; IX-a 6-7 decembrie, 2018; X-a 5-6 decembrie, 2019; XI-a 3-4 decembrie, 2020; XII-a 2-3 decembrie, 2021; XIII-a 1-2 decembrie, 2022; (6) 15th Anniversary edition World LUMEN Congress, Logos Universality. Mentality Education Novelty. Suceava, România, 12-17 aprilie, 2016; (7) Conferința Internațională „2nd Central and Eastern European LUMEN Conference, ”Multidimensional education, professional development and ethical values” MEPDEV. Târgoviște, România, 17-18 noiembrie, 2016; (8) Conferința internațională „Societatea civilă. Consolidăm Capacități și Parteneriate pentru a transforma viața Copiilor, Familiilor și Comunităților”. Chișinău, Republica Moldova, 9-10 noiembrie, 2017; (9) Conferința națională „Consolidarea parteneriatului interdisciplinar pentru furnizarea serviciilor sociale familiilor în situații de risc”. Chișinău, Republica Moldova, 6 aprilie, 2018; (10) Conferința științifico-practică internațională dedicată zilei internaționale a familiei „Consolidarea Familiei - premisă fundamentală a promovării drepturilor copilului”. DGPDC, Chișinău, 14-15 mai 2021. Concluziile

investigațiilor teoretice și rezultatele cercetărilor aplicative au fost publicate în 26 de lucrări științifice în țară și peste hotare, dintre care 5 articole publicate în reviste acreditate și în 4 ghiduri științifico-metodologice și teoretico-practice, elaborate de colectivi de autori. Programul ARCA a fost aplicat în experimentul formativ, implicând 15 mame ale copiilor cu dizabilități (grupul experimental). Acesta s-a dovedit a fi o intervenție eficientă pentru asigurarea suportului psihosocial și emoțional, contribuind la dezvoltarea abilităților de comunicare asertivă și reziliență, care au diminuat tendința de autoexcludere și au promovat comportamente de participare socială. De asemenea, relațiile de sprijin intergrupale formate în cadrul programului au fost benefice pentru consolidarea rețelei părinților și pentru incluziunea lor activă în comunitate.

Cercetarea tezei de doctor prezintă și anumite **limite ale rezultatelor obținute**. Eșantionul nu este unul reprezentativ probabilistic și a fost constituit pe raționamentul autorului în dependență de disponibilitatea reprezentanților contactați pentru participare din ariile geografice indicate în cercetare. Populația părinților a inclus un număr mic de tați ai copiilor cu dizabilități (din 211 părinți, au fost doar 51 de tați), aceștia fiind mai puțin colaborativi și implicați direct în îngrijirea copiilor cu dizabilități (rolul lor adesea se rezumă la asigurarea economică ale familiei). Participarea la cote joase a taților oferă rezultatelor cercetării valabilitate mai mult din perspectiva mamelor copiilor cu dizabilități.

În baza constatărilor cercetării realizate în teza de doctorat, propunem următoarele recomandări practice adresate:

1. Familiei copilului cu dizabilități (sistemul familial, mezo-, micro-, și nanosistem): acceptarea dizabilității copilului ca o constantă pe care nu o pot schimba va ajuta părinții să înțeleagă și să diminueze tonalitatea negativă a emoțiilor autoreferențiale, prin care se împărtășesc sentimentele de culpabilitate și rușine. Comunicarea și susținerea reciprocă în cadrul grupurilor de părinți/familii cu experiențe similare va facilita dezvoltarea abilităților de participare socială și va favoriza procesul incluziunii. Suportul psihosocial și emoțional al familiei copilului cu dizabilități va contribui esențial și la armonizarea relațiilor de cuplu, indirect, va reduce și statistica divorțurilor din cauza dizabilității, va înlesni implicarea activă a tatălui în îngrijirea copilului cu dizabilități prin fortificarea rolului tatălui și diminuarea confluenței psihoemoționale mamă-copil.

2. Profesioniștilor din sistemul social (exosistem): crearea condițiilor de adaptare la dizabilitate va facilita acceptarea necondiționată a copilului cu dizabilități și va diminua intensitatea reacțiilor și atitudinilor inadecvate ale părinților la aflarea diagnozei. Orientarea și sprijinul părinților pe abordări constructive și comportamente pozitiviste, consolidarea punctelor forte ale acestuia va contribui în mod direct la incluziunea socială. Dezvoltarea unei hărți a serviciilor specializate disponibile în proximitatea familiei va spori reziliența acestora prin faptul că pot conta în orice situație pe asistența profesională.

3. Cadrelor didactice (sistemul de învățământ) (exo – și mezosistem): părinții necesită implicare activă și informare continuă despre dinamica și evoluția școlară a copilului cu accent pe abilitățile sociale, interacțiunea cu cadrele didactice și colegii. Această conexiune strânsă între sistemul educațional și familie va contribui la pregătirea copilului pentru autonomia socială dar și la reziliența familie prin acceptarea și recunoașterea resurselor copilului cu dizabilități, proiectarea viitorului acestuia. De o importanță majoră este și siguranța părintelui în „itinerarul” vieții copilului cu dizabilități: după școala incluzivă să urmeze profesionalizarea și angajarea asistată, asigurată de specialiști pregătiți și ONG-uri specializate întru asigurarea incluziunii socio-profesionale și a autonomiei sociale în limitele resurselor personale condiționate de dizabilitate.

4. Reprezentanților MMPS (instituțiilor statele din sistemului de protecție socială a familiei și copilului în situații de risc (macrosistem): elaborarea programelor pentru familia/părinții copiilor cu dizabilități, aceștia reprezentând actorii cheie care vor influența procesul de incluziune a copilului; includerea părinților copiilor cu dizabilități în grupuri de lucru privind elaborarea politicilor, recomandărilor de modificare/armonizare a actelor legislative etc.; adaptarea universală a tuturor locurilor publice pentru asigurarea și facilitarea accesului va asigura participarea socială a părinților și copiilor cu dizabilități; evaluarea justă a cheltuielilor suportate de dizabilitate și revizuirea/asigurarea unor prețuri accesibile sau compensate la medicamente va contribui la calitatea vieții familiei și implicarea activă a tatălui în îngrijirea copilului; oferirea posibilității programelor de lucru flexibile pentru părinții copiilor cu dizabilități și pregătirea angajatorilor pentru asumarea responsabilității sociale.

5. Specialiștilor ONG-urile specializate în protecția copilului și familiei, serviciile teritoriale de asistență socială, serviciile de asistență psihopedagogică (exosistem): în programele de asistență și sprijin complex ale acestor familii să se schimbe accentele prin perceperea părintelui (cu toată complexitatea nevoilor acestuia) ca entitate și sistem social autonom, pentru care să fie elaborate metodologii, transformate în practici bune și replicate la nivel național, acestea fiind mediatizate și coroborate cu companii în vederea incluziunii și acceptării diversității, prin prezentarea imaginii adecvate a copiilor/persoanelor cu dizabilități, a familiilor copiilor cu dizabilități, care vor contribui și la reducerea tonalității negative a emoțiilor autoreferențiale ale părinților, factor care condiționează autoexcluziunea, respectiv și șansele incluziunii copilului cu dizabilități. Informarea populației va reduce ignoranța și gândirea stereotipică, respectiv și distanțele sociale și schimbare de atitudini, în consecință și comportamentele sociale. Facilitarea consolidării serviciilor specializate instituite de stat prin asigurarea/suplinirea cerințelor unui serviciu eficient (consiliere psihologică, asistență în orientarea profesională și facilitarea angajării, oferirea spațiilor și condițiilor de „înstrăinare” temporară de rolul de asistent personal al copilului și micșorarea confluenței socio-psihologice

mamă-copil, pregătirea părinților pentru pierdere). Lipsa serviciilor specializate sau insuficiența acestora la nivel comunitar este direct proporțională cu riscurile hetero- și auto-excluziunii sociale a părinților și a copiilor cu dizabilități.

Direcțiile viitoare de cercetare. Datele experimentale au fost colectate de la un eșantion fără acces la informațiile demografice ale populației generale din Republica Moldova. În cercetările viitoare, vom lua în considerare raportul dintre populația generală și familiile copiilor cu dizabilități, asigurând o participare mai activă din partea taților, fraților și altor îngrijitori ai copilului cu dizabilitate. Acest lucru ne va permite să obținem informații mai precise cu privire la fenomenul autoexcluziunii și impactul său asupra întregului sistem familial. În plus, fenomenul excluziunii și al tendințelor de autoexcluziune ale părinților copiilor cu dizabilități poate fi investigat și din perspectiva sistemului de protecție a copilului și familiei în situații de risc (politici, planuri de acțiuni, strategii, programe), precum și a profesioniștilor implicați în asistența complexă a grupurilor dezavantajate prin dizabilitate, inclusiv a specialiștilor din mediul educațional, care interacționează cu familia în procesul de incluziune educațională a copilului.

BIBLIOGRAFIE

1. Acordul de asociere cu UE ratificat prin Legea Republicii Moldova pentru ratificarea Acordului de Asociere între Republica Moldova, pe de o parte, și Uniunea Europeană și Comunitatea Europeană a Energiei Atomice și statele membre ale acestora, pe de altă parte: nr. 112 din 02 iulie 2014. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, nr. 185-199, art. 442 [online]. Chișinău, 2014 [citată la 26.10.2023]. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=83489&lang=ro.
2. *Analiza-diagnostic privind incluziunea socială și situația grupurilor vulnerabile în România* 2019. [online]. Disponibil: http://mmuncii.ro/j33/images/Documente/MMJS/2019Analiza_diagnostic_privind_incluziunea_social.pdf.
3. ARPINTE, D., BABOI, A., CACE, S. et al. Politici de incluziune socială. In: *Calitatea Vieții, XIX*, 2008, nr. 3–4, pp. 339–364 [online]. Chișinău, 2008. [citată la 26.10.2023]. Disponibil: <https://www.revistacalitateavietii.ro/oldrcv/2008/CV-3-4-2008/CV-3-4-2008.pdf>.
4. Asociația Plai Transilvan. *Ghid pentru părinții copiilor cu dizabilități. Părinți de copii speciali*. Oradea: Imago Media SRL, 2014. 34 p. ISBN 978-973-0-20477-3.
5. BĂRBÎNȚĂ, A. Lewin Kurt– Spațiul social și dinamica grupului. In: *Revista de Management și Inginerie Economică*, 2017, Vol. 16, nr. 1, pp.185-188. ISSN 1583-624X.
6. BILIET, B. Frica socială și asertivitatea. Program terapie de grup -20 de zile [on-line]. Constanța, 2015. [citată 12.12.2022]. ISBN 978-973-0-19157-8. Disponibil: <https://www.scribd.com/document/398555642/Manual-Bert-Biliet-Asertivitate>.
7. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. *Persoanele cu dizabilități în Republica Moldova în anul 2021* [online]. Chișinău, 2022 [citată la 18.10.2023]. Disponibil: https://statistica.gov.md/index.php/ro/persoanele-cu-dizabilitati-in-republica-moldova-in-anul-2021-9460_60129.html.
8. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. *Situația copiilor în Republica Moldova în anul 2022* [online]. Chișinău, 2022 [citată la 21.10.2023]. Disponibil: https://statistica.gov.md/ro/situatia-copiilor-in-republica-moldova-in-anul-2022-9578_60434.html.
9. BONCU, Ș. *Curs de Psihologie Socială* [online]. [citată la 07.08.2021]. Disponibil: <https://www.psih.uaic.ro/organizare/deppsih/boncu-stefan/curs-psihi-soc/>.
10. BOZA, M. *Atitudini scoiale și schimbarea lor*. Iași: Polirom, 2010. 214 p. ISBN 9789734610143.

11. BRICEAG, S. *Psihologia Educațională*. Curs universitar. Bălți: USARB, 2019. 233 p. ISBN 978-9975-3267-7-3.
12. BUCUN, N., VASIAN, T. Atitudinile parentale față de copilul cu dizabilități: cercetare experimentală comparativă. In: *Psihologie. Pedagogie Specială. Asistență Socială*, 2013, nr. 30, pp. 1-13. ISSN 1857-0224.
13. BUZA, A. *Cum ne reglăm emoțiile?* DEPRETER: Terapie științifică – depresie și burnout. [online]. [citată 03.11.2020] Disponibil: <https://www.depreter.ro/cum-ne-reglam-emoțiile/>.
14. CALANCEA, A. *Training-ul de dezvoltare a competențelor afective: Ghid pentru formarea practică în consilierea psihologică*. Chișinău: Tipografia Centrală, 2012. 272 p. ISBN 978-9975-53-096-5.
15. CALARAȘ, C. Formarea culturii relațiilor intergeneraționale abordată în contextul psihologiei și pedagogiei comunității. In: *Studia Universitatis Moldaviae*, Seria “Științe ale educației”, 2016, nr.5(95). pp.122-126. ISSN 1857-2103 (print). ISSN 2345-1025 (online).
16. CÂNDEA, D-M. *Emoțiile auto-referențiale în tulburările de anxietate: o abordare din prisma reglării*. Rezumatul tezei de doct. în psihologie. Cluj-Napoca, 2016. 56 p.
17. CHELCEA, S. Atitudinile etnice ale românilor. In: *Personalitate și societate în tranziție*, București: Știința și Tehnica S.A., 1995, pp. 227 – 240.
18. CHELCEA, S. Emoțiile în viața socială. Rușinea și vinovăția în spațiul public postcomunist din România. In: *Psihologia Resurselor Umane*, nr.5(1), 2020, pp.79-95. ISSN 23928077, 15837327.
19. CHELCEA, S. *Sociologia opiniei publice*. București: David Ogilvy- SNSPA. 2000. 172 p.
20. CIBOTĂRICĂ, I. *Acordul de Asociere Republica Moldova – Uniunea Europeană. Monitorizarea implementării angajamentelor în domeniul dizabilității*. Raport. [online]. Chișinău, 2018. [citată 04.10.2023]. Disponibil: https://cdpd.md/wp-content/uploads/2018/08/Raport-UE-RM-Monitorizarea_implem%C4%83rii-angajamentelor-%C3%AEn-domeniuldizabilit%C4%83%C8%9Bii-2018.pdf.
21. CIORNEI, C. M. *Politici de incluziune socială*. Suport de curs și seminar. Suceava: Universitatea „Ștefan Cel Mare”. [online]. 2022. 76 p. [citată 13.05.2021]. Disponibil: https://fig.usv.ro/wp-content/uploads/sites/5/2022/09/An-I_Politici-de-incluziune-sociala.pdf.
22. *Curs psihologia familiei. Sistemul Familial*. Capitol 2. [online]. [citată 20.03.2021]. Disponibil: <http://psihologiafamiliei.blogspot.com/2011/03/capitol-2-sistemul-familial.html>.
23. DILION, M., PRIȚCAN, V., CARA, A. Modul III. Conștientizarea și acceptarea dizabilităților. În: *Educația incluzivă: Suport de curs pentru formarea continuă a cadrelor*

didactice în domeniul educației incluzive centrate pe copil. Vol. 1. Chișinău: Lyceum, 2016. 168 p. ISBN 978-9975-3104-9-9.

24. DOISE, W., DESCHAMPS, J-C., MUGNY, G. Psihologie socială experimentală. Iași: Polirom, 1996. 256 p. ISBN 973-9248-40-3.

25. DRĂMNESCU, M. Teoria Socială a învățării a lui Albert Bandura. Implicații în construirea modelelor pedagogice. În: *Seria "Științe ale educației". Pedagogie. Studia Universitatis. Revistă științifică a Universității de Stat din Moldova*, 2010, nr.9(39), pp. 47-52. ISSN 1857-2103.

26. DUDUCIUC, A., IVAN, L., CHELCEA, S. *Psihologie socială. Studiul interacțiunilor umane*. București: Comunicare.ro, 2013. 339 p. ISBN 978-973-711-455-6.

27. **HARAZ S.**, CIUBOTARU N. Cadrul legal național în domeniul promovării și respectării drepturilor persoanelor cu dizabilități. În: *Incluziunea educațională și socială a tinerilor cu dizabilități în învățământul superior*. Ghid științifico-metodologic. Chișinău: Pontos, 2016. pp. 47- 53. ISBN 978-9975-51-803-1.

28. **HARAZ, S.** Abordări inovative în incluziunea socio-educatională a copilului cu CES. În: *Simpozionul național cu participare internațională KREATIKON „Creativitate. Formare. Performanță”*. Ediția a IX-a, 6-7 aprilie 2012. Iași: Ed. PIM, 2012. pp.631-635.

29. **HARAZ, S.** Asistența multidimensională a copilului cu dizabilități și familiei acestuia. In: *The contemporary issues of the socio-humanistic sciences*. Ediția a XI-a, 3-4 decembrie, 2020. Chișinău: Print-Caro SRL, 2021. pp. 232-241. ISBN 978-9975-3471-4-3.

30. **HARAZ, S.** Emoțiile autoreferențiale în fenomenul excluziunii sociale a părinților care au în grija lor copii cu dizabilități. In: *Psihologie, revista științifico-practică*, 2019, nr. 1-2(34), pp. 60-66. ISSN 1857-2502.

31. **HARAZ, S.** Măsurarea nivelului de acceptare ale persoanelor cu dizabilități și familiilor acestora. In: *Psihologie, revista științifico-practică*. 2017, nr. 3-4(31), pp. 77-82. ISSN 1857-2502.

32. **HARAZ, S.** Modele de reziliență ale familiei copiilor cu dizabilități. In: *EcoSoEn*. 2022, nr. 1-2, pp. 155-171. ISSN 2587-344X.

33. **HARAZ, S.** Reziliența ca factor de bază în adaptarea persoanelor la schimbări psihosociale. In: *Sociologia și asistența socială: cercetare și profesionalizare*, 26 octombrie 2022. Chișinău. pp. 44-48. Chișinău: CEP USM, 2022. 298 p. ISBN: 978-9975-62-490-9.

34. **HARAZ, S.**, DIGORI, C. Analiza incluziunii sociale a persoanelor cu dizabilitati mintale din mun. Orhei. In: *The contemporary issues of the socio-humanistic sciences, Ed. 8, 8-9 decembrie 2017*. Chișinău: Print-Caro SRL, 2018. pp. 408-416. ISBN 978-9975-3168-9-7.

35. **HARAZ, S., FOCȘA, T.** Problemele de incluziune social a familiilor care au în grija lor copii cu nevoi speciale. În: *Revista de studii interdisciplinare „C. Stere”*. 2018, nr. 1-2(17-18), pp.84-93. ISSN 2457-5550.

36. **HARAZ, S., ROVENȚA, C.** Bunăstarea familiilor prin dezvoltarea abilităților parentale. În: *Problemele contemporane ale științelor socio-umaniste, Ed. 11, 3-4 decembrie 2020*. Chișinău: Print-Caro SRL, 2019. pp. 271-280. ISBN 978-9975-3471-4-3.

37. **HARAZ, S., SIMION, D.** Congruențe psiho-sociale între reziliență și solitudine. In: *EcoSoEn*, nr. 2, 2023 [online]. pp. 73-91. [citată 07.07.2023] ISSN 2587-344X. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.54481/ecosoen.2023.2.08>.

38. **HARAZ, S., ȘLEAHTIȚCHI, M.** Socializarea continuă ca instrument de prevenire a excluderii/autoexcluderii sociale. În: *Interantional Conference of Young Researchers. Scientific abstracts, IX edition, 2011, 11 november*. p.118. Chișinău: Nova Prim. ISBN 978-9975-422-7-5.

39. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova cu privire la cuantumul minim garantat al salariului în sectorul real: nr. 165 din 09 martie 2010 [online]. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova* nr. 35, [citată la 22.10.2023]. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=130299&lang=ro.

40. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Asistență personală” și a Standardelor minime de calitate: nr. 314 din 23 mai 2012 [online]. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova* nr. 104-108, [citată la 20.10.2023]. Disponibil: <https://www.legis.md/cautare/getResults?docid=103165&lang=ro>.

41. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Respiro” și a Standardelor minime de calitate: nr. 413 din 14 iunie 2012 [on-line]. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova* nr. 126-129, [citată la 18.10.2023]. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=103171&lang=ro.

42. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova cu privire la aprobarea Programului național de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități pentru anii 2017-2022: nr. 723 din 08 septembrie 2017 [online]. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova* nr. 335-339 art. 827, [citată la 19.10.2023]. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=101863&lang=ro.

43. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova pentru aprobarea Regulamentului-cadru cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului social de sprijin pentru familiile cu copii: nr. 889 din 11 noiembrie 2013 [online]. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova* nr. 262-267 art. 1005, [citată la 18.10.2023]. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=103106&lang=ro.

44. IGNAT, M., IORDACHE, R. M. Teoria atribuirii și nevoia de succes în sportul de performanță. In: *Conference: Simpozionul Național de Psihologie al Poliției Române. Volume: Provocări actuale ale practicii psihologiei în context organizational, VIII – a ediție, 8 – 9 octombrie*, 2015. ISSN 2068_1445.
45. KIDD, J. *Cum invata adultii*. București: Editura Didactica și Pedagogică, 1981. 352 p.
46. KONYA, Z., KONYA, A. *Terapie familială sistemică*. Iași: Polirom, 2012. 293 p. ISBN 978-973-46-3075-2.
47. LAZAR, L. *Modelul secvential de schimbare al lui Kurt Lewin*. [online] 24 martie 2013. [citat 12.05.2020]. Disponibil: <http://laurentiulazarhr.blogspot.com/2013/03/modelul-secvential-de-schimbare-al-lui.html>.
48. Legea Republicii Moldova privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități: nr 60 din 30 martie 2012 [on-line]. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova* nr. 155-159 art. 508, [citat la 17.10.2023]. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=83915&lang=ro.
49. Legea Republicii Moldova pentru aprobarea Strategiei naționale de dezvoltare „Moldova Europeană 2030”: nr. 315 din 17 noiembrie 2022 [on-line]. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova* nr. 409-410 art. 758, [citat la 18.10.2023]. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=134582&lang=ro.
50. Legea Republicii Moldova pentru ratificarea parțială a Cartei sociale europene revizuite: nr. 484 din 28 septembrie 2001 [online]. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova* nr. 130 art. 959, [citat la 17.10.2023]. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=62100&lang=ro.
51. MALCOCI, L. Factorii excluziunii sociale a persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova. In: *Evoluția clasei mijlocii în Republica Moldova: premise socioeconomice și politice: Studiu sociologic*. Chișinău: Institutul de Cercetări Juridice și Politice al AȘM, 2019, Partea II, pp. 7-40. ISBN 978-9975-3298-4-2.
52. MALCOCI, L., MOCANU V. (coord.), CĂLCĂI, GH. et al. *Evoluția clasei mijlocii în Republica Moldova: premise socioeconomice și politice studiu sociologic* (Partea a II-a). Chisinau: Tipografia Centrală, 2019. 274 p. ISBN 978-9975-3298-4-2.
53. MANEA, L. Dizabilitatea ca factor de risc privind accesul la serviciile de educație. În: *Calitatea Vieții, XVII, nr. 1–2, 2006* [online]. pp. 41–50. [citat 14.08.2021]. Disponibil: <https://revistacalitateavietii.ro/journal/article/view/605/513>.
54. MANOLE, A. M. Coeziunea socială – o analiză post-criză. In: *Economie teoretică și aplicată. Volumul XIX*. 2012, nr. 11(576), pp. 111-118. ISSN 1841-8678.

55. MĂRGINEAN, I. *Măsurarea în sociologie*. București: Științifică și Enciclopedică, 1982. 228 p.
56. MICUS KOS A., HARAZ, S. Influența sărăciei asupra bunăstării copilului cu cerințe educaționale speciale. In: *The contemporary issues of the socio-humanistic sciences, Ed. 6, 11-12 decembrie 2015*, pp. 171-177. Chișinău: Print Caro, 2015. ISBN 978-9975-933-80-3.
57. MILICENCO, S. Concepția excluziunii sociale: argumente pentru noi modalități de abordare a problemei inegalității și deprivării. In: *Studia Universitatis Moldaviae (Seria Științe Sociale)*, 2007, nr. 3, pp. 242-247. ISSN 1814-3199.
58. Ministerul Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova. *Programul Familia*. [online]. Chișinău, 2023. [citată 22.04.2022]. Disponibil: <https://familia.gov.md/##asistenti-personali>.
59. MORĂRAȘU, L-M. Învățarea socială a identității personale la elevii din învățământul primar. In: *Materialele Conferinței Republicane a Cadrelor Didactice: Învățământul preșcolar. Învățământul primar, Vol. 4, 26-27 februarie 2022*. Chișinău: Tipografia Universității de Stat din Tiraspol, 2022, pp. 217-224. ISBN 978-9975-76-382-0.
60. MUNTEANU, P. Dizabilitatea - factor de excluziune socială. In: *Tendințe contemporane ale dezvoltării științei: viziuni ale tinerilor cercetători, Ediția 5, Vol.1*. Chișinău: Universitatea Academiei de Științe a Moldovei, 2016, pp. 114-119. ISBN 978-9975-933-83-4.
61. NEGURĂ, P. Persoanele fără adăpost din Chișinău: suport social precar și alienare instituțională. În: *Evoluția clasei mijlocii în Republica Moldova: premise socioeconomice și politice: Studiu sociologic (Partea II)*. pp. 106-124. Chișinău: Institutul de Cercetări Juridice și Politice al AȘM, 2019. ISBN 978-9975-3298-4-2.
62. NICOLESCU, C. E. Instrumente moderne de cercetare a fenomenologiei administrative prin intermediul dinamicii sistemelor în contextul analizei sistemice a politicilor publice. In: *Revista Transilvană de Științe Administrative*, 2011, nr.1 (28), pp. 121-143. ISSN 1454-1378 (print), ISSN 2247-8329 (online).
63. *O uniune a egalității: strategia privind drepturile persoanelor cu handicap 2021-2030*. Comunicare A Comisiei Către Parlamentul European, Consiliu, Comitetul Economic Și Social European Și Comitetul Regiunilor. Bruxelles, 03.3.2021 [online]. COM(2021) 101 final [citată 03.11.2023]. Disponibil: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/?uri=CELEX:52021DC0101>.
64. Organizația Mondială a Sănătății. *Raport Mondial Privind Dizabilitatea*. București: World Health Organization, 2012. 327 p. ISBN 978-973-0-13597-8.
65. Parlamentul European. *Politica socială și de ocupare a forței de muncă UE. Fișa descriptivă a Parlamentului European „Combaterea sărăciei, a excluziunii sociale și a*

discriminării” [online]. [citat 12.10.2023]. Disponibil: <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/ro/sheet/60/combaterea-saraciei-a-excluziunii-sociale-si-a-discriminarii>.

66. POPESCU-NEVEANU, P. Dictionar de psihologie. București: Albatros, 1978. 784 p.

67. POSTELNICU, E. Albert Bandura: Teoria socială a învățării. 2021. În: *EDICT – Revista educație i* [online]. ISSN 1582 – 909X. [citat 07.12.2022]. Disponibil: <https://edict.ro/albert-bandura-teoria-sociala-a-invatarii/>.

68. *Psihologie, filozofie și gândire despre viață*. Articole despre diferite aspecte ale psihologiei umane. Teoria câmpului lui Kurt Lewin. [online]. Blog despre filozofie și psihologie [citat 12.02.2022]. Disponibil: <https://ro.sainte-anastasiu.org/articles/psicologia/la-teora-de-campo-de-kurt-lewin.html>.

69. RACU A., COCIURCA P., **HARAZ S.** Educația incluzivă: evoluții și perspective. În: *Integrarea persoanelor cu dizabilități: Percepții și bariere*. pp. 77 -84. Chișinău: Pontos, 2014. 104 p. ISBN 978-9975-51-613-6.

70. RACU, A., BODORIN, C., **HARAZ S.** et al. *Asistența psihopedagogică a copiilor cu dizabilități și a familiilor în condițiile educației inclusive*. Ghid practic. Chișinău: UPS „Ion Creanga”, 2012. 96 p. ISBN 978-9975-46-117-7.

71. RACU, A., **HARAZ, S.**, CEBOTARU, N. Relația dintre factorii existențiali și calitatea vieții a persoanelor cu dizabilitati. In: *The contemporary issues of the socio-humanistic sciences: in the context of mentality's transformation, Ed. 7, 8-9 decembrie 2016*. Chișinău, 2017, pp. 469-473. ISBN 978-9975-108-27-0.

72. RACU, S., ABABII, A., **HARAZ, S.** *Shimbarea începe de la noi*. (Racu A. editor). Chișinău: Pontos, 2018. 104 p. ISBN 978-9975-51-919-9.

73. RACU, S., GRIGORIU, A., **HARAZ, S.** *Drepturile omului și problema dizabilităților. Reglementări internaționale și naționale privind drepturile omului, destinate persoanelor cu dizabilități și familiilor acestora*. Ghid. Chișinău: Serebia SRL, 2011. 280 p. ISBN 978-9975797221.

74. RADA, C. Structurile latente ale Distanței Sociale. In: *Calitatea Vieții, XXII*, 2011, nr. 1, pp. 60–82. ISSN (print): 1018-0839, ISSN (on-line): 1844-529.

75. Rezoluția Legislativă a Parlamentului European din 4 aprilie 2019 referitoare la propunerea de regulament al Parlamentului European și al Consiliului privind Fondul social european Plus (FSE+) (COM(2018)0382 – C8-0232/2018 – 2018/0206(COD)) [on-line]. În: *Texte adoptate, 4 aprilie 2019, Bruxelles. Fondul social european Plus (FSE+)****. [citat 29.10.2023] Disponibil: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2019-0350_RO.html.

76. Rezoluția Parlamentului European din 19 ianuarie 2017 referitoare la un pilon european al drepturilor sociale (2016/2095(INI)) [on-line]. În: *Texte adoptate, 19 ianuarie 2017, Strasbourg. Un pilon european al drepturilor sociale*. [citat 30.10.2023] Disponibil: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2017-0010_RO.html.

77. RUSNAC S., CLIVADĂ S. *Minoritățile sexuale: atitudini sociale și informarea populației*. Chișinău: Combinatul poligrafic, 2008. 65 p.

78. RUSNAC, S. *Consilierea psihologică în grup. Forme și metode*. Chișinău: ULIM, 2005. 11 p. ISBN 9975-934-52-8.

79. RUSNAC, S. Dificultăți de formare a conceptului de sine în condițiile dizabilității fizice. În: *Didactica Pro, revistă de teorie și practică educațională*, 2007, nr. 1-2 (41-42), pp. 14-20. ISSN 1810-6455.

80. RUSNAC, S. *Preocupări contemporane ale psihologiei sociale*. Chișinău: F.E.P. Tipografia Centrală, 2007. 264 p. ISBN 978-9975-78-566-2.

81. RUSNAC, S., BÎTCA, L., KHORY, J. și al. Psihologia socială despre problemele secolului XXI. În: *Psihologia socială în secolul XXI: provocări, tendințe, perspective, 4-5 mai 2017*. Chișinău: Universitatea Liberă Internațională din Moldova, 2017, pp. 6-31. ISBN 978997531684-2.

82. RUSNAC, V. Ghid pentru asistența copiilor cu necesități speciale la o etapă precoce. În: *Revista Didactica Pro, revistă de teorie și practică educațională*, 2002, nr. 1(11), pp. 36-38. ISSN 1810-6455.

83. RUSOV, V., COTOS, L. *Cercetare pedagogică: Suport de curs*. Bălți: Universitatea de Stat „Alec Russo”, 2020. 128 p. ISBN 978-9975-3470-2-0.

84. SACALIUC, N. *Andragogie* (curs de prelegeri pentru studenții Ciclului II, studii superioare de masterat) [online]. Bălți, 2012. [citat 27.11.2022] Disponibil: <http://tinread.usarb.md:8888/tinread/fulltext/socoliuc/andragogie.pdf>.

85. SĂLĂVĂSTRU, D. *Psihologia educației*. Iași: Polirom, 2004, 284 p. ISBN 9736815536.

86. SCHUSTER, CH. *Niklas Luhmann. Schimbări de paradigmă în teoria sistemelor*. Cluj – Napoca: Presa Universitară Clujeană, 2021. 190 p. ISBN 978-606-37-1243-2.

87. SECRII, V., BALICA, N. Asistența psihosocială a familiei cu copii cu dizabilități. În: *Asistența psihosocială în contextul noilor realități pe timp de pandemie, 16 aprilie 2021*. Chișinău: Universitatea Pedagogică de Stat Ion Creangă, 2021, pp. 114-120. ISBN 978-9975-46-545-8.

88. ȘLEAHTIȚCHI, M., GAVRILIȚĂ, L. Stresul și particularitățile manifestării lui în mediul mamelor care au în îngrijire copii cu afecțiuni neuromotorii. În: *Vector European*, 2020, nr. 1, pp. 178-186. ISSN 2345-1106.

89. ȘLEAHTIȚCHI, M., HARAZ, S. Dizabilitatea copilului ca factor care plasează familia în riscul de excluziune socială. In: *The contemporary issues of the socio-humanistic sciences. Ediția a VI-a, 11-12 decembrie, 2015. Vol. 2.* Chișinău: Biotehdesign, 2016, pp. 192-198. ISBN 978-9975-933-79-7.

90. ȘLEAHTIȚCHI, M., RACU, A., HARAZ, S. Interpretarea actuală a dizabilității și atitudinii față de familiile care au în componență copii cu dizabilități. In: *Ghid teoretico - practic pentru asistența socială multifuncțională comunitară.* Cap. III. pp.75- 97. Consult. șt. Racu A. Chișinău: Pontos, 2018, 432 p. ISBN 978-9975-51-927-4.

91. ȘLEAHTIȚCHI M., HARAZ S. Atitudini față de familiile care îngrijesc copil/copii cu dizabilități. În: *Materialele Conferinței Științifice Internaționale: Mediul social contemporan între reprezentare, interpretare și schimbare = Contemporary social environment between representation, interpretation and change.* BRICEAG S.(coord.), 15 decembrie 2017, Vol. 1. Bălți: Tipografia Universității de Stat Alecu Russo, 2018, pp.111-115. ISBN 978-9975-50-221-4.

92. SOLOMON, A. *Departate de trunchi. Douăsprezece feluri de dragoste. Părinți, copii și căutarea identității.* București: Humanitas, 2015. 892 p. ISBN 978-973-50-4967-6.

93. SPINEI, A., SPINEI, I., BURLACU, V. Dizabilitatea copiilor – factor de risc privind accesul la serviciile stomatologice. În: *Revista Română de medicină dentară. Volumul XXII, nr. 3.* [online]. 2019. [citat 22.01.2023]. Disponibil: <https://rjd.ro/ro/volumul-xxii/nr-3-2019/dizabilitatea-copiilor-%E2%80%92-92-factor-de-risc-privind-accesul-la-serviciile-stomatologice/>.

94. STEMPOVSCHI E., HARAZ, S. Asistența socială acordată familiilor care au în componență copil cu dizabilități. În: *Fenomenul sărăciei în condițiile societății în tranziție. Conferința Științifică. Internațională,* 2014, 23-25 octombrie, pp. 236-247. Chișinău: Garomont Studio, 2015. 320 p. ISBN 978-9975-115-69-8.

95. SURDU, L. Mecanismele de construcție și deconstrucție a stigmatizării, în cazul romilor din România. In: *Calitatea Vieții,* 2010, nr. 1–2, XXI, pp. 51–70. ISSN:1018-0389 (print), ISSN 1844-5292 (on-line).

96. TRIPON, C., GHIOLȚAN, C. Despre rezistența la schimbare. In: *Revista Transilvană de științe administrative,* 1999, nr. 1(2), pp.94-115. ISSN 1454-1378 (print), ISSN: 2247-8329 (on-line).

97. ȚUȚU, M-C. *Psihologia personalității. Ed. a 4-a.* București: Fundația România de Măine, 2007. 180 p. ISBN 978-973-725-932-5.

98. VACULOVSCI, D., VREMEȘ M., CRAEVSCHI-TOARTĂ V. *Raportul Național de Dezvoltare Umană 2010/2011: Republica Moldova de la Excluziune Socială la o Dezvoltare Umană Incluzivă.* Chișinău: Nova-imprim SRL, 2011. 168 p. ISBN 978-9975-4131-8-3.

99. VOUGIOUKA, A. *Excluziune Sociala&Incluziune Sociala. Modul educational 2*. Proiectul „O intervenție integrată în vederea consolidării antreprenoriatului social al femeilor vulnerabile”. Bistrița: Asociația AFI-ProFamilia, 2013. 117 p.
100. VULCAN, C. *Psihologie socială I*. Note de curs. [online]. 2019, 53 p. [citată 23.03.2023] Disponibil: https://www.academia.edu/6577175/Psihologie_social%C4%83_I_Note_de_curs.
101. ZAMFIR, C., VLASCEANU, L. *Dictionarul de Sociologie*. Bucuresti: Babel, 1993. 770 p. ISBN 973-48-1011-1.
102. ABBOTT, M. J., RAPEE, R. M. Post-Event Rumination and Negative Self-Appraisal in Social Phobia Before and After Treatment. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 2004, no.113(1), pp.36–144. ISSN 1939843X, 0021843X.
103. ABRAMS, D., HOGG, M. A. Comments on the motivational status of self-esteem in social identity and intergroup discrimination. In: *European Journal of Social Psychology*, 1988, no. 18(4), pp.317–334. ISSN1099-0992.
104. AIDEN, H., MCCARTHY, A. Current attitudes towards disabled people [online]. London: SCOPE, 2014, 20 p. [citată 17.02.2023]. Disponibil: https://research-information.bris.ac.uk/ws/portalfiles/portal/88783477/Aiden_and_McCarthy_2014.pdf.
105. AIVALIOTI, I., PEZIRKIANIDIS, Ch. The Role of Family Resilience on Parental Well-Being and Resilience Levels. In: *Psychology*, 2020, no.11, pp.1705-1728. ISSN 2152-7180.
106. ALBERT, M. Luhmann and Systems Theory. In: *Oxford Research Encyclopedia of Politics*. [online]. Oxford, 2013 [citată 09.04.2023]. ISSN 2473-4039. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228637.013.7>.
107. ALLMAN, D. The Sociology of Social Inclusion. In: *SAGE Open*, 2013, no.3(1), pp. 2158244012471957. ISSN 2158-2440.
108. ALLPORT, G. W. Attitudes, handbook of social psychology. În: *Murchison C. (Ed.), Handbook of Social Psychology*. Worcester MA: Clark Univ. Press., 1935, pp.798-844. ISBN 0598977465, 9780598977465.
109. ANABY, D., HAND, C., BRADLEY, L. et al. The effect of the environment on participation of children and youth with disabilities: A scoping review. In: *Disability and Rehabilitation*, 2013, no. 35(19), pp.1589-1598. ISSN 0963-8288.
110. ANDERSON, R., LOWE, G., CARTER, I. Human behavior in the social environment: A social system approach. New York: McGrae-Hill, 1999. 428 p. ISBN: 9780203789629.
111. APPLETON-DYER, S., FIELD, A. *Understanding the factors that contribute to social exclusion of disabled people: Rapid review for-Think Differently*. Executive summary

[online]. Ponsonby, 2014, 62 p. [citat 12.07.2022] Disponibil: <https://www.odi.govt.nz/assets/Guidance-and-Resources-files/Understanding-the-factors-that-contribute-to-the-exclusion-of-disabled-people-November-2014.pdf>.

112. *Appreciative inquiry by application*. [online]. Disponibil: <https://appreciativeinquiry.champlain.edu/by-application/>.

113. *Appreciative Inquiry. Empower participants*. [online]. Cooperrider Center for Appreciative Inquiry, 2022. [citat 22.08.2022]. Disponibil: <https://grassroots.caritas.eu/appreciative-inquiry/>.

114. ARIMITSU, K., HOFMANN, S. G. Effects of compassionate thinking on negative emotions. In: *Cognition and Emotion*, 2017, no. 31(1), pp.160–167. ISSN 0269-9931 (print), ISSN 1464-0600 (on line).

115. ASHKANASY, N. M. Rotter's Internal-External Scale: Confirmatory Factor Analysis and Correlation with Social Desirability for Alternative Scale Formats. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1985, no. 48(5), pp.1328-1341. ISSN 0022-3514.

116. ASSANE D. Preface. In: *Estivill Jordi. Concepts and strategies for combating social exclusion. An overview*. (prefață la Estivill, J.). Geneva: International Labour Office, 2003. 131 p. ISBN 92-2-113652-3.

117. ATKINSON, A. B., HILLS, J. *Exclusion, employment and opportunity*. London: Centre for Analysis of Social Exclusion, 1998. 124 p. ISSN 1460-5023.

118. ATKINSON, J. W., BIRCH, D. *The dynamics of action*. New York: Wiley, 1970. 380 p. ISBN 0471036242.

119. AUTISSIER, D., JOHNSON, K., METAIS-WIERSCH, E. Du Changement à la Transformation. In: *Question (s) de Management, no.(2), 2018*, pp.45-54. ISSN: 2262-7030.

120. BAK KRONBORG, C. Definitions and Measurement of Social Exclusion —A Conceptual and Methodological Review. In: *Advances in Applied Sociology*, 2018, no.8, pp. 422-443. ISSN 2165-4328 (print), ISSN2165-4336 (on-line).

121. BALES, R.F., PARSONS, T. *Family, Socialization and Interaction Process*. London: Routledge (1st Edition, First Published1956), 2013. 440 p. ISBN 9781315824307.

122. BANDURA, A. *Social learning theory*. New Jork: Prentice Hall, 1977. 247 p. ISBN 0138167443.

123. BARBOSA, M. A. M, CHAUD, M. N., GOMES M. M. F. Experiences of mothers of disabled children: a phenomenological study. In: *Acta Paulista de Enfermagem*, 2008, no. 21(1), pp. 46-52. ISSN 0103-2100 (print), ISSN 1982-0194 (on-line).

124. BARNES, C. Rehabilitation for Disabled People: a „sick” joke?. In: *Scandinavian Journal of Research*, 2003, Vol. 5 (1), pp.7-23. ISSN 1501-7419 (print), ISSN 1745-3011 (on-line).
125. BARNES, M., HEADY CH., MIDDLETON S. et al. Poverty and Social Exclusion in Europe. In: *The Journal of Social Policy*, 2002, Volume 32, Issue 3, pp. 465-466. ISSN 0047-2794 (print), ISSN 1469-7823 (on-line).
126. BARRY, B. *Social Exclusion, Social Isolation, and the Distribution of Income* [online]. London, 1998. 28 p. [citat 12.03.2022] Disponibil: <https://sticerd.lse.ac.uk/dps/case/cp/Paper12.pdf>.
127. BAUM, A. Stress, intrusive imagery, and chronic distress. In: *Health Psychology*, 1990, no.9(6), pp. 653–675. ISSN 0278-6133 (print), ISSN 1930-7810 (on-line).
128. BAXTER, C., CUMMINS, R. A., YIOLITIS, L. Parental stress attributed to family members with and without disability: A longitudinal study. In: *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, no. 25 (2), 2000, pp.105-118. ISSN 1366-8250 (print), ISSN 1469-9532 (on-line).
129. BEAVERS R., HAMPSON R. B. The Beavers Systems Model of Family Functioning. In: *Journal of Family Therapy*, 2002, no. 22, pp. 128-143. ISSN 0163-4445 (print), ISSN 1467-6427 (on-line).
130. BÉLAND, D. The social exclusion discourse: Ideas and policy change. In: *Policy & Politics*, 2007, no.35(1), pp. 123–139. ISSN 1470-8442.
131. BERESFORD, B, RHODES D. *Housing and Disabled Children. What do we know about the housing circumstances of disabled children* [online]. Joseph Rowntree Foundation, 2008. [citat 12.06.2022]. Disponibil: <http://www.jrf.org.uk/publications/housing-and-disabled-children>.
132. BERGMAN, M. *Social Exclusion and Poverty between Theory and Empiricism: The Mapping of Two Social Science Constructs* [online]. 2010. [citat 22.09.2020]. Disponibil: <https://www.uj.ac.za/wp-content/uploads/2021/10/bergman-2009-concept-mapping-1.pdf>.
133. BERNSTEIN, M. J., CLAYPOOL, H. M., YOUNG, S. G. et al. Never let them see you cry: self-presentation as a moderator of the relationship between exclusion and self-esteem. In: *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2013, no.39 (10), pp.1293–1305. ISSN 0146-1672 (print), ISSN 1552-7433 (online).
134. BERTALANFFY, L. VON. General Systems theory: A New Approach to Unity of Science (Symposium). In: *Human Biology*, no.23 (4), 1951c, pp. 303-361. ISSN 0018-7143 (print), ISSN 1534-6617 (online).

135. BERTALANFFY, L. VON. *General Systems theory: Foundations, development, applications*. New York: George Braziller, 1968. 296 p. ISBN 13978-0807604533.
136. BESTER, C. *The identification of resilience in, and the development of a corresponding intervention programme for families with a parent living with major depressive disorder*: doct. thesis in philosophy. Stellenbosch, 2009, 338 p.
137. BHALLA, A., LAPEYRE, F. Social Exclusion: Towards an Analytical and Operational Framework. In: *Development and Change*, 1997, Vol. 28, pp.413-433. ISBN 978-0-19-521114-6.
138. BLACK, K., LOBO, M. A. Conceptual Review of Family Resilience Factors. In: *Journal of Family Nursing*, 2008, no.14 (1), p.33- 55. ISSN 1074-8407 (print), ISSN 1552-549X (online).
139. BOGARDUS, E. Measuring social distance. In: *Journal of Applied Sociology*, [online]. 1925, 9, p. 299-308 [citat 12.03.2018]. Disponibil: https://brocku.ca/MeadProject/Bogardus/Bogardus_1925c.html.
140. BÖHNKE, P. *Perceptions of Social Integration and Exclusion in an Enlarged Europe*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004. 64 p. ISBN 92-897-0246-X2004.
141. BONANNO, G. A. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? In: *American Psychologist*, 2004, Vol.59(1), pp. 20–28. ISSN 0003-066X (print), ISSN 1935-990X (online).
142. BRADSHAW, J. K., BALDWIN, P., ROWE, A. *The Drivers of Social Exclusion: A Review of the Literature for the Social Exclusion Unit in the Breaking Cycle Series*. London: ODPM Publications, 2004. 104 p. ISBN 185 1127 259.
143. BREINER, H., FORD, M., GADSDEN V. L. (Editors). *Parenting Matters. Supporting Parents of Children Ages 0-8*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016. 506 p. ISBN 13 978-0-309-38854-2, ISBN 10 0-309-38854-6.
144. BRINKMANN, K. How to Raise Teachers' Motivation through "Nudges" and Attribution Theory. In: *Open Journal of Social Sciences*, 2017, Vol. 5, pp.11-20. ISSN 2327-5952 (print), ISSN 2327-5960 (online).
145. BROERMAN, R. Test of Self-Conscious Affect (TOSCA). In: *Zeigler-Hill, V., Shackelford, T.K. (eds.) et al. Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. New York: Springer, Cham., 2020, pp. 5455–5457. ISBN 978-3-319-24610-9 (print), ISBN 978-3-319-24612-3 (online).

146. BRONFENBRENNER, U., DEVEREUX E. C. Family authority structure and adolescent behavior. In: *Proceedings of the Sixteenth Annual International Congress of Psychology*, 1961a, No.1, pp. 414-418. ISSN 0001-6918.
147. BRONFENBRENNER, U. Social ecology of human development. In: *F. Richardson (Ed.), Brain and intelligence: The ecology of child development*. Hyattsville: National Educational Press, 1973, pp. 113– 129. ISBN 087971008X, 9780879710088.
148. BRONFENBRENNER, U. Socialization and social class through time and space. In: *M. Maccoby, T. Newcomb, & E. Hartley (eds.), et al. Readings in social psychology. 3rd edition*. New York: Holt, 1958, pp. 400-425. OCLC Number/Unique Identifier 1110910534.
149. BRONFENBRENNER, U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press, 1979. 352 p. ISBN 0-674-22457-4.
150. BRONFENBRENNER, U. Toward an experimental ecology of human development. In: *American psychologist*, 1977, No.32(7), pp. 513–531. ISSN 1935-990X.
151. BRUTO da COSTA A. The Measurement of Poverty in Portugal. In: *Journal of European Social Policy*, 1994, Volume 4(2), pp.95–115. ISSN 0958-9287(print), ISSN 1461-7269 (online).
152. BRYNE, D. *Social Exclusion*. Buckingham: Open University Press, 1999. 158 p. ISBN 0335199755.
153. BURCHARDT T., LE GRAND J., PIACHAUD D. Degrees of Exclusion: Developing a Dynamic, Multidimensional Measure. In: *Understanding Social Exclusion*. Oxford: Oxford University Press, 2002, pp. 30-43. ISBN 9780199251940.
154. BURCHARDT, T. Social Exclusion: Concepts and Evidence. In: *Gordon D., Townsend P. (Eds.). Breadline Europe. The Measurement of Poverty*. Bristol: University Press, 2000, 480 p. ISBN 978-1861342928.
155. BURNES, B. The Origins of Lewin’s Three-Step Model of Change. In: *The Journal of Applied Behavioral Science*, 2020, no.56 (1), pp.32–59. ISSN 00218863.
156. BUSHE, G. R. Appreciative inquiry: Theory and critique. In: *Boje, D., Burnes, B. and Hassard, J. (eds.). The Routledge Companion to Organizational Change*. Oxford: Routledge, 2011, pp. 87-103. ISBN 9781138386051.
157. BYBEE, J., ZIGLER, E., BERLINER, D. et al. Guilt, guilt-evoking events, depression, and eating disorders. In: *Current Psychology*, 1996, no.15(2), pp.113-127. ISSN 07378262.
158. BYNNER, J. Risks and outcomes of social exclusion insights from longitudinal data. London: Institute of Education University, 1999. 29 p. Corpus ID 10955375.

159. CARSON, J. E. External relational attributions: Attributing causes to others' relationships. In: *Journal of Organizational Behavior*, 2019, no.40(5), pp.541–553. ISSN 0160-8061 (print), ISSN: 1540-8604 (online).
160. CHAIKEN, S., TROPE, Y. (eds). *Dual-process Models in Social Psychology*. New York: Guilford, 1999. 657 p. ISBN 9781572304215.
161. CHAPIN, M. Family Resilience and the Fortunes of War. In: *Social Work in Health Care*, 2011, no. 50 (7), pp. 527-542. ISSN 0098-1389 (print), ISSN 1541-034X (online).
162. CHIU, S. J., LIN, I. F., CHOU, Y.T. et al. Family quality of life among Taiwanese children with developmental delay before and after early intervention. In: *Journal of Intellectual Disability Research*, 2020, no.64, pp.589–601. ISSN1365-2788.
163. CILLIERS, E. J. Reflecting on Social Learning Tools to Enhance the Teaching-Learning Experience of Generation Z Learners. In: *Frontiers in Education*, 2020, Volume 5. ISSN 2504-284X.
164. CLARKE, H. *Preventing Social Exclusion of Disabled Children and Their Families. Literature review paper produced for the National Evaluation of the Children's Fund*. Research Report No 782. Birmingham: The University of Birmingham, 2006. 56 p. ISBN 1 84478 775 3.
165. COOPERRIDER, D. L. WHITENY, D. *A Positive Revolution in Change: Appreciative Inquiry*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, 2001. 96 p. ISBN-13 978-1576753569.
166. COOPERRIDER, D. L., SRIVASTVA, S. Appreciative inquiry in organizational life. In: *Woodman, R. W., Pasmore, W.A. (eds). Research in Organizational Change and Development*, Vol. 1. Stamford, CT: JAI Press, 1987, pp.129-169. ISBN 0-89232-4749-9.
167. CRAWFORD, M. Ecological Systems theory: Exploring the development of the theoretical framework as conceived by Bronfenbrenner. In: *Journal Pub Health*, 2020, Issue Pract. 4(2):170. pp -1-6. ISSN 2581-7264.
168. CROCKER, J., LUHTANEN, R. Collective self-esteem and ingroup bias. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, no.58(1), pp.60–67. ISSN 0022-3514.
169. CYRAN-GRZEBYK, B., PERENC. L., WYSZYŃSKA, J. et al The Influence of Family Crisis Coping Strategies on Family Quality of Life in the Assessment of Patients with Idiopathic Scoliosis. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2023, Vol.20(2) pp.11-77. ISSN 1661-7827 (print), ISSN 1660-4601 (online).
170. DANFORD, J. W. Adam Smith, Equality, and the Wealth of Sympathy. In: *American Journal of Political Science*, 1980, Vol. 24, no. 4, pp. 674-695. ISSN 1540-5907.

171. DE HAAN, A. *Social Exclusion: Towards a Holistic Understanding of Deprivation*. London: Department for International Development, 1999, 21 p. OCLC Number/Unique Identifier 1160090883.
172. DI GIULIO, P., PHILIPPOV, D., JASCHINSKI, I. Families with disabled children in different European countries. In: *Families and Societies, Working Paper Series*, 2014, no.23, 44 p. Corpus ID: 146526754.
173. DISABILITY AND SOCIAL EXCLUSION IN THE EUROPEAN UNION. *Time for change, tools for change. Final study report* [online]. 2000 [citat 21.04.2022]. Disponibil: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO7040/disability_and_social_exclusion_report.pdf.
174. DUFFY, K. *Social exclusion and human dignity in Europe: background report for the proposed initiative by the Council of Europe: activity II 1b On human dignity and social exclusion*. Strasbourg: Council of Europe, 1995. 98 p. OCLC Number/Unique Identifier 44474586.
175. DUQUE-ORTIZ, C., ARIAS-VALENCIA, M. M. The family in the intensive care unit in the face of a situational crisis. In: *Enferm. Intensiva*, 2022, no.33, pp.4–19. ISSN 2529-9840.
176. DURKHEIM, E. *The Division of Labour in Society*. New York: Fourth Printing, 1964. 462 p. ISBN 13 9781137031822.
177. DURKHEIM, E. *The Rules of Sociological Method*. New York: The Free Press, 1982. 269 p. ISBN 13 978-0-02-907930-0.
178. EBERLY, M. B., HOLLEY, E. C., JOHNSON, M. D. Beyond internal and external: A dyadic theory of relational attributions. In: *Academy of Management Review*, 2011, no.36(4), pp.731–753. ISSN 0363-7425 (print), ISSN 1930-3807(online).
179. EDDY, L. L., ENGEL, J. M. The Impact of Child Disability Type on the Family. In: *Rehabilitation Nursing Journal*, 2008, Volume 33(3), pp. 98-103. ISSN 0278-4807 (print), ISSN 2048-7940 (online).
180. EDELMANN, R. J., ASENDORPF, J. B., CONTARELLO, A. et al. Self-Reported Verbal and Non-Verbal Strategies for Coping with Embarrassment in 5 European Cultures. In: *Social Science Information*, 1987, no.26(4), pp.869–883. ISSN 0539-0184 (print), ISSN 1461-7412 (online).
181. ELFENBEIN, H. A., EISENKRAFT, N., DING, W.W. Do we know who values us? Dyadic meta-accuracy in the perception of professional relationships. In: *Psychological Science*, 2009, no.20, pp.1081–1083. ISSN 09567976 (print), ISSN14679280 (online).
182. EMERSON, E., HATTON, C. The socio-economic circumstances of children at risk of disability in Britain. In: *Disability&Society*, 2007, no.22, pp.563-580. ISSN 0968-7599 (print), ISSN1360-0508 (online)

183. ESTIVILL, J. *Concepts and strategies for combating social exclusion. An overview*. Geneva: International Labour Office, 2003. 131 p. ISBN 92-2-113652-3.
184. FERGUSON, P. Mapping the family: disability studies and the exploration of parental response to disability. In: *Albrecht G. L., Seelman K., Bury M. Handbook of disability*. London: Sage Publications, Inc., 2001. pp. 373-3958. ISBN 0761916520.
185. FISKE, S. T., TAYLOR, S. E. *Social cognition* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill, 1991. 528 p. ISBN 13 978-0070211919.
186. FOERSTER, H. Von. *Understanding. Essays on Cybernetics and Cognition*. New York: Springer, 2003. 362 p. ISBN 0-387-95392-2.
187. *Force Field Analysis - Kurt Lewin's model*. [online]. 2020 [citat 09.09.2022]. Disponibil: <https://www.housingdiversitynetwork.co.uk/wp-content/uploads/Force-Field-Analysis.pdf>.
188. FOREHAND, R., JONES, D. J, PARENT, J. Behavioral parenting interventions for child disruptive behaviors and anxiety: what's different and what's the same. In: *Clinical psychology review*, 2013, no. 33 (1), pp. 133–45. ISSN 0272-7358 (print), ISSN 1873-7811 (online).
189. FREEDMAN, G., WILLIAMS KIPLING, D., BEER, J. S. Softening the Blow of Social Exclusion: The Responsive Theory of Social Exclusion. In: *Front Psychol. Sec. Personality and Social Psychology*, 2016, Volume 7, pp.15-70. ISSN 1664-1078 (online).
190. GANNON, B., NOLAN, B. The impact of disability transitions on social inclusion. In: *Social science & medicine*, 2007, Vol. 64(7), pp.1425-37. ISSN 0277-9536 (print), ISSN 1873-5347 (online).
191. GARRIS, C. P., OHBUCHI, K., OIKAWA, H. Consequences of interpersonal rejection: a cross-cultural experimental study. In: *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 2011, Vol.42, pp.1066–1083. ISSN 0022-0221 (print), ISSN 1552-5422 (online).
192. GEORGAS, J. Family and Culture. In: *Encyclopedia of Applied Psychology, 1st Edition*. South Florida: Academic Press, 2004. 2688 p. ISBN 9780080547749.
193. GERBER, J., WHEELER, L. On being rejected: a meta-analysis of experimental research on rejection. In: *Perspectives on Psychological Science*, 2009, no.4, pp.468–488. ISSN 1745-6916 (print), ISSN: 1745-6924 (online).
194. GILBERT, P., PEHL, J., ŞI ALLAN, S. The phenomenology of shame and guilt: An empirical investigation. In: *British Journal of Medical Psychology*, 1994, no.67, pp. 23–36. ISSN 0007-1129.
195. GOFFMAN, E. Embarrassment and Social Organization. In: *American Journal of Sociology*, 1956, no.62, pp.264-271. ISSN:00029602.

196. GOFFMAN, E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New York, Touchstone Book, 1963. 168 p. ISBN 0671622447.
197. GONSALKORALE, K., WILLIAMS, K. D. The KKK won't let me play: ostracism even by a despised outgroup hurt. In: *European Journal of Social Psychology*, 2007, Vol.37, pp.1176–1186. ISSN 1099-0992.
198. GOODLEY, D. *Disability Studies: An Interdisciplinary Introduction*. London: SAGE Publications Ltd., 2011, 232 p. ISBN 9781847875587, ISBN 9781847875570.
199. GORDON, D. Measuring absolute and overall poverty. In: *D. Gordon & P. Townsend (Eds) Breadline Europe: the measurement of poverty*. Bristol, UK: Policy Press, 2000, pp 49–78. ISBN 978-1861342928.
200. GORDON, J. *Attribution Theory – Explained. What is Attribution Theory?* [online]. August 29th, 2023 [citat 08.09.2023]. Disponibil: https://thebusinessprofessor.com/en_US/management-leadership-organizational-behavior/attribution-theory-definition.
201. GORE, CH., FIGUEIREDO, J. B. *Social exclusion and anti-poverty strategies: project on the patterns and causes of social exclusion and the design of policies to promote integration: a synthesis of findings*. Geneva: International Institute for Labour Studies, 1996. 31 p. ISBN/ISSN 9290145870.
202. GREEFF, A. P., NOLTING, C. Resilience in Families of Children With Developmental Disabilities. In: *Families Systems & Health*, 2013, no.31(4), pp.396-405. ISSN 1091-7527 (print), ISSN 1939-0602 (online).
203. GROCE, N., KETT, M., LANG, R., TRANI, J. Disability and poverty: The need for a more nuanced understanding of implications for developing policy and practice. In: *Third World Quarterly*, 2011, no.32(8), pp.1493-1513. ISSN: 0143-6597 (print). ISSN 1360-2241 (online).
204. GROSS, J. J. Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences, In: *Psychophysiology*, 2002, Vol. 39, pp. 281-291. ISSN 0048-5772 (print), ISSN 1540-5958 (online).
205. GROSSMAN, B. R., MAGAÑA, S. Introduction to the special issue: Family Support of Persons with Disabilities Across the Life Course. In: *Journal of Family Social Work*, 2016, no.19(4), pp. 237-251. ISSN 1540-4072.
206. GUILDFORD, J. *Making the case for social and economic inclusion*. Prepared for the Population and Public Health Branch, Atlantic Regional Office [online]. Halifax, 2000 [citat 30.07.2023]. Disponibil: <http://www.hcsc.gc.ca/hppb/regions/atlantic/documents/index.html#socil>.
207. GUZMAN, E. J. *Social Judgment Theory (SJT). Explaining Theories of Persuasion Advanced Communication Theories and Models* [online]. 28 p. 2021 [citat 22.08.2023].

Disponibil:

<https://www.academia.edu/>

[22273150/Social Judgment Theory SJT Explaining Theories of](https://www.academia.edu/22273150/Social_Judgment_Theory_SJT_Explaining_Theories_of) .

208. HAMMERSLEY, H. *Poverty and Social Exclusion of Persons with Disabilities European Human Rights Report*. Issue 4 [online]. Brussels 2020 [citat 01.08.2023]. Disponibil: <https://www.edf-feph.org/>.

209. HARAZ, S. Disability of the Child - Factor of the Risk of Social Exclusion of Parents (Experimental Research of Constataion). In: *Moldavian Journal for Education and Social Psychology*, 2019, no.3(1), pp.21-33. ISSN 2559-7620 (print), ISSN 2668-0653 (online).

210. HARAZ, S., MELENTIEVA, A. The determination of cognitive, affective and behavioral components of the attitude towards the family caring for child/children with disabilities. În: *International Conference with the support of the European Commission, Jean Monnet Programme of the European Union, University of Oradea „A social Europe for youth: education to employment”*, 18-20 mai, 2017. Oradea, 2017, p. 366-377. ISBN 978-963-473-977-7.

211. HARAZ, S., RABIA A. A. The reluctance of the school environment towards children with special educational needs in the ordinary class. In: *The contemporary issues of the socio-humanistic sciences in the context of mentality's transformation*, Ed. 7. Chişinău: Print-Caro SRL, 2016. pp. 197-202. ISBN 978-9975-108-27-0.

212. HARAZ, S., VICOL, T. The Assurance of the Quality of Social Services Through Supervision or Accreditation and Possible Ethical Dilemmas: The Case of the Republic of Moldova. In: *Ethical Issues in Social Work Practice*. December 2017, 328 p, (Chapter 13). pp.236-259. ISBN 13 9781522530909, ISBN 10 15225309908, EISBN 13 9781522530916.

213. HARDER, D. W., CUTLER, L., ROCKART, L. Assessment of shame and guilt and their relationships to psychopathology. In: *Journal of personality assessment*, 1992, no.59(3), pp. 584-604. ISSN 0022-3891(print), ISSN 1532-7752 (online).

214. HASTINGS, R. P, BECK, A. Practitioner review: stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 2004, Vol.45(8), pp. 1338–1349. ISSN 0021-9630 (print), ISSN 1469-7610 (online).

215. HASTORF, A. H., SCHNEIDER, D. J., POLEFKA, J. *Person Perception*. Michigan: Addison-Wesley, 1970. 113 p. ISBN 0201027534, 9780201027532

216. HAWKLEY, L. C., WILLIAMS, K. D., CACIOPPO, J. T. Responses to ostracism across adulthood. In: *The Journal of Cognitive Neuroscience*, 2011, Vol.6, pp.234–243. ISSN 0898-929X, E-ISSN 1530-8898.

217. HAWLEY, D. R., DE HAAN, L. Toward a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. In: *Family Process*, 1996, no.35(3), pp.283–298. ISSN 0014-7370 (print), ISSN 1545-5300 (online).

218. HEIDER, F. *The Psychology of Interpersonal Relationships*. New York: John Wiley & Sons, 1958. 322 p. eBook ISBN9780203781159.
219. HEWITT-TAYLOR, J. The impact of having a child with complex and continuing health needs on employment. In: *Journal of Children's and Young People's Nursing*, 2007a, no.1, Issue 5, pp. 195–200. ISSN 1753-1594 (print), ISSN 2052-2886 (online).
220. HOBSON, L., NOYES, J. Fatherhood and children with complex healthcare needs: qualitative study of fathering, caring and parenting. In: *BMC nursing*, . 2011, No.10(1) pp.1-3. ISSN 1472-6955.
221. HUTCHISON, P., ABRAMS D., CHRISTIAN, J. The Social Psychology of Exclusion. In: *Multidisciplinary Handbook of Social Exclusion Research*. Edited by D. Abrams, J. Christian and D. Gordon. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd, 2007, 270 p. pp.29-57. ISBN 978-0-470-09513-3.
222. International Encyclopedia of the Social Sciences. *Social Judgment Theory*. New York: Macmillan Reference, 2008, 673 p. ISBN13 9780028659657
223. IQBAL M. Z. Vulnerability of Appreciative Inquiry (AI) in Collaborative Open and Distance Learning (AICODL) for Achieving Developmental Goals. In: *Commonwealth of Learning (COL)*. [online]. Burnaby, 2006 [citat 06.08.2023]. Disponibil: <https://oasis.col.org/server/api/core/bitstreams/16170a2f-e821-4db5-9117-86f3050eec57/content>.
224. ISLAM, R. M. Rights of the People with Disabilities and Social Exclusion in Malaysia. In: *International Journal of Social Science and Humanity*, 2015, Vol.5, no.2, pp.171-177. ISSN 2010-3646.
225. JAMIESON, J. P., HARKINS, S. G., WILLIAMS, K. D. Need threat can motivate performance after ostracism. In: *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2010, Vol.36, pp.690–702. ISSN 0146-1672 (print), ISSN 1552-7433 (online).
226. JEFFREY L. W., PHELAN, J. C. Stigma and Status: The Interrelation of Two Theoretical Perspectives. In: *Soc Psychol Q*, 2012, no.75(4), pp. 310–333. ISSN 18649335, 21512590.
227. JENKINS S. P., RIGG J. A. *Disability and disadvantage: selection, onset and duration effects*. London: School of Economics, Centre for Analysis of Social Exclusion, 2003, 28 p. ISBN 978-973-0-13597-8.
228. KELLEY, H. H. The processes of causal attribution. In: *American Psychologist*, 1973, no. 28(2), pp.107–128. ISSN 1935-990X.

229. KHAN, S., COMBAZ, E., MCASLAN FRASER, E. *Social exclusion: topic guide*. Revised edition [online]. Birmingham, 2015. 60 p. [citat 02.08.2023]. Disponibil: <https://gsdrc.org/wp-content/uploads/2015/08/SocialExclusion.pdf>.
230. KLANFER, J. *L'Exclusion sociale, étude de la marginalité dans les sociétés occidentales*. Paris: Bureau de recherches sociales Rouen, 1965. 263 p. OCLC Number/Unique Identifier 460092770.
231. KNOBE, J., MALLE, B. F. Self and Other in the Explanation of Behavior. In: *Psychologica Belgica*, 2002, no.42(1), pp.113-130., ISSN 0033-2879 (print), ISSN 2054-670X (online).
232. KNOWLES, S. *Andragogy in Action*. San Francisco: Jossey-Bass, 1984. 444 p. ISBN 9780875896212, 0875896219.
233. KOEGEL, L. K, KOEGEL, R. L, HURLEY, C, et al. Improving social skills and disruptive behavior in children with autism through self-management. In: *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1992, Vol.25(2), pp.341–353. ISSN 0021-8855 (print), ISSN 1938-3703 (online).
234. KRAMER, J. M., OLSEN, S., MERMELSTEIN, M. et al. Youth with disabilities' perspectives of the environment and participation: a qualitative meta-synthesis. In: *Child Care, Health and Development*, 2012, Vol.38 (6), pp.763-777. ISSN 0305-1862 (print), ISSN 1365-2214 (online).
235. KRONAUER, M. *Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus*. Frankfurt: Campus Verlag, 2010. 284 p. ISBN 9783593391762.
236. LALVANI, P., POLVERE L. Historical perspectives on studying families of children with disabilities: A case for critical research. In: *Disability Studies Quarterly (DSQ)*, 2013, Vol. 33, no. 3. ISSN 1041-5718 (print), ISSN 2159-8371 (online).
237. LAZARUS, R. S. Coping theory and research: past, present and future. In: *Psychosomatic Medicine*, 1993, no. 55(3), pp.234-47. ISSN 0033-3174 (print), ISSN 1534-7796 (online).
238. LEARY, M. R. Responses to social exclusion: social anxiety, jealousy, loneliness, depression, and low self-esteem. In: *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1990, Vol.9, pp.221–229. ISSN 0736-7236.
239. LENOIR, R. *Les Exclus: un Français sur dix*. Paris: Seuil, 1974. ISBN 2.02.010769-4.
240. LESTER, D. The Role of Shame in Suicide. In: *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1997, no.27(4), pp.352–361. ISSN 1943-278X (online).

241. LEUNG, W. S. J., LEVITAS, J. *What is Social Judgment Theory?* [online]. 2023. [citat 012.09.2023]. Disponibil: <https://study.com/learn/lesson/social-judgement-theory-background-examples.html>.
242. LEVIN, S., VAN LAAR, C., *The Experience of Stigma: Individual, Interpersonal, and Situational Influences*. 1st Edition. London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2005. 18 p. eBook ISBN: 9781410617057.
243. LEVITAS, R. The Concept and Measurement of Social Exclusion. In: *C. Pantazis, D. Gordon, & R. Levitas (Eds.), Poverty and Social Exclusion in Britain*. Chapter 5, pp. 123-160. Bristol: The Policy Press, 2006. ISBN 978-1861343734.
244. LEVITAS, R. The New Durkheimian Hegemony. In: *The Inclusive Society?* London: Palgrave Macmillan, 1998. pp 178–189. ISBN 978-0-333-73087-4 (print), ISBN 978-0-230-37252-8 (online).
245. LEVITAS, R., PANTAZIS C., FAHMY E. et al. *The Multidimensional Analysis of Social Exclusion* [online]. Bristol: University of Bristol, 2007, 246 p. [citat 12.02.2023]. Disponibil: <https://dera.ioe.ac.uk/id/eprint/6853/1/multidimensional.pdf>.
246. LEWIN, K. *Field Theory in Social Science*. New York: Harper and Raw, 1951. 346 p. OCLC Number/Unique Identifier:166116.
247. LINK, B. G, CULLEN, F. T, STRUENING E. L. et al. Modified Labeling Theory Approach in the Area of Mental Disorders: An Empirical Assessment. In: *American Sociological Review*, 1989, Vol.54, no.3, pp. 400-423. ISSN 00031224.
248. LINK, B. G, PHELAN, J. C. Conceptualizing Stigma. In: *Annual Review of Sociology; Palo Alto*, 2001, Vol. 27, pp.363-385. ISSN 0360-0572 (print), ISSN 1545-2115 (online).
249. LOEB, M, EIDE, H. Living conditions among people with activity limitations in Malawi: a national representative study. Blantyre: University of Malawi, 2004. 180 p. ISBN 82-14-03510-4.
250. LUHMANN, N. *Social systems*. Stanford, CA: Stanford University Press. 1995. 684 p. ISBN 9780804726252.
251. LUTHAR, S. S. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In: *D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*, 2006, Vol. 3 (2nd edition). pp. 739–795. New York: Wiley. ISBN 13 978047123736-5.
252. MACK, J., LANSLEY, S. Poor Britain. In: *Journal of Social Policy*, 1985, Vol.14, Issue 4, pp. 575 – 578. ISSN: 0047-2794 (print), ISSN: 1469-7823 (online).
253. MALIKEN, A. C, KATZ, L. F. Exploring the impact of parental psychopathology and emotion regulation on evidence-based parenting interventions: a transdiagnostic approach to

improving treatment effectiveness. In: *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2013, Vol.16 (2), pp. 173–86. ISSN 1096-4037 (print), ISSN 1573-2827 (online).

254. MARCYNYSZYN, L. A., MAHER, E. J., CORWIN, T. W. Getting with the (evidence-based) program: An evaluation of the Incredible Years parenting training program in child welfare. In: *Children and Youth Services Review*, 2011, Vol.33(5), pp.747–757. ISSN 0190-7409.

255. MARQUES, J. M., YZERBYT, V. Y. The black sheep effect: judgemental extremity towards ingroup members in inter- and intra-group situations. In: *European Journal of Social Psychology*, 1988, no.18, pp. 287–292. ISSN 1099-0992.

256. MARTINKO, M. J., MACKEY J. D. Attribution theory: An introduction to the special issue. In: *Journal of Organizational Behavior*, 2019, no.40(5). pp. 523-527. ISSN 0160-8061 (print), ISSN 1540-8604 (online).

257. MASTEN, A. S., CICCHETTI, D. Resilience in development: Progress and transformation. In: *D. Cicchetti (Ed.), Developmental psychopathology: Risk, resilience, and intervention*, Vol. 4, 3rd ed, 2016. pp. 271–333. ISBN 978-1-118-12093-4.

258. MATTHEW, C. Stigma. In: *Core Concepts in Sociology*. J. Michael Ryan (Editor). Hoboken: Wiley-Blackwell, 2018. pp.318-322. ISBN 978-1-119-16862-1.

259. MCCUBBIN H. I., PATTERSON, J. M. The Family Stress Process: The Double ABCX Model of adjustment and adaptation. In: *Journal Marriage & Family Review*, Volume 6, Issue 1-2, pp.7–37. ISSN 0149-4929 (print), ISSN1540-9635 (online).

260. MCLEOD, S. *Attribution Theory In Psychology: Definition & Examples*. [online]. 2023 [citat 03.09.2023]. Disponibil: <https://www.simplypsychology.org/attribution-theory.html>.

261. MEYER, S., WARD, P. R., REWORKING the sociology of trust: making a semantic distinction between trust and dependence. In: *The Australian Sociological Association, Annual Conference, The Future of Sociology, 1 – 4 Decembr*. Canberra: Australian National University, 2009, pp.1-16. ISBN 978-0-646-52501-3.

262. MEYER, S., WARD, P., COVENEY, J., ROGERS, W. Trust in the health system: An analysis and extension of the social theories of Giddens and Luhmann. In: *Health Sociology Review*, 2008, no.17(2), pp.177–186. ISSN 1446-1242 (print), ISSN 1839-3551 (online).

263. MILBERG, A., LILJEROOS, M., WÅHLBERG, R. et al. Sense of support within the family: a cross-sectional study of family members in palliative home care. In: *BMC Palliat Care*, 2020, no.19(1):120, pp.1-16. ISSN 1472-684X.

264. MILIBAND, D. *Social Exclusion: The Next Steps Forward* [online]. London: ODPM, 2006 [citat 19.03.2022]. Disponibil: <https://www.theguardian.com/society/2006/feb/21/local-government-politics1>.

265. MILLER, T. Falling back into Gender? Men's Narratives and Practices around First-time Fatherhood. In: *Sociology*. 2011, no.45(6), pp.1094- 1109. ISSN 00029602 (print), ISSN15375390 (online).
266. MILNER, P., BRAY, A., CLELAND, G. et al. Community participation: People with disabilities finding their place. In: *Disability and Society*, 2009, no. 24(1), pp. 47-62. ISSN 0968-7599 (print), ISSN 1360-0508 (online).
267. MITRA, S., POSARAC, AL., BRANDON, V. Disability and Poverty in Developing Countries: A Snapshot from the World Health Survey. In: *Social Protection Discussion Paper, 1109*. Washington: World Bank, 2011. ISSN 2357-3848.
268. MOLDEN, D. C., LUCAS, G. M., GARDNER, W. L. et al. Motivations for prevention or promotion following social exclusion. Being rejected versus being ignored. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 2009, Vol.96, pp.415–431. ISSN 0022-4545 (print), ISSN 1940-1183 (online).
269. MORGAN, D. H. J. *Social Theory and the Family*. London: Routledge, 1975. 280 p. ISBN 0710081790.
270. MUDDIMAN, D. *Theories of social exclusion and the public library* [online]. Working Paper 1. 2000, pp.1-15 [citat 23.07.2022]. Disponibil: <https://core.ac.uk/download/pdf/11879329.pdf>.
271. MUKESH, K. *Fundamental Attribution Error* [online]. Tutorial, 2022 [citat 12.04.2023] Disponibil: <https://www.tutorialspoint.com/fundamental-attribution-error>.
272. MURPHY, M. A. The family with a handicapped child: a review of the literature. In: *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 1982, no.3(2), pp.73-82. ISSN 1536-7312.
273. National Child Traumatic Stress Network. *Family Resilience and Traumatic Stress* [online]. A Guidefor Mental Health Providers [citat 02.03.2023]. Disponibil: https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//family_resilience_and_traumatic_stress_providers.pdf.
274. NEELY-BARNES, S. L., DIA, D. A. Families of children with disabilities: A review of literature and recommendations for interventions. In: *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 2008, no. 5(3), pp.93-107. ISSN 15544893.
275. NICHOLLS, A., MURDOCK, A. The Nature of Social Innovation. In: *Nicholls, A., Murdock, A. (eds) Social Innovation*. London: Palgrave Macmillan, 2012. pp. 1-30. ISBN 978-1-349-32735-5 (print), ISBN 978-0-230-36709-8 (online).
276. NUNES, A. C., LUIZ, E. A. M., BARBA, P. C. Family quality of life: An integrative review on the family of people with disabilities. In: *Cien Saude Colet*, 2021, Vol.26, pp.2873–2888. ISSN 1413-8123 (print), ISSN 1678-4561 (online).

277. O'GRADY, A. P., PLEASENCE, N. J., BALMER, A. et al. Disability, social exclusion and the consequential experience of justifiable problems. In: *Disability and Society*, 2004, Vol. 19, no. 3, pp. 259-272. ISSN: 0968-7599 (print), ISSN:1360-0508 (online).
278. OLIVER, M. Understanding the Hegemony of Disability. In: *Understanding Disability*. London: Palgrave, 1996. Ch.9, pp. 126–144. ISBN 978-0-333-59916-7 (print), ISBN 978-1-349-24269-6 (online).
279. OMIDVAR, R., RICHMOND, T. *Immigrant Settlement and Social Inclusion in Canada*. Toronto: The Laidlaw Foundation, 2003. 30 p. ISBN 0-9731957-0-3.
280. OSGOOD, C. E., SUCI, G. C., TANNENBAUM, P. H. *The Measurement of Meaning*. Urbana, IL: University of Illinois Press, 1957. ISBN:= 978-0-252-74539-3.
281. PANTAZIS, C., GORDON, D., LEVITAS, R. Poverty and Social Exclusion in Britain: The Millennium Survey. In: *Journal of Social Policy*, 2006, no.36(03), pp. 512–513. ISSN 0047-2794 (print), ISSN 1469-7823 (online).
282. PARENT DALE, F., LEWIS BONNIE, L. Social Exclusion: A Useful Concept for Applied Sociology in the United States? In: *Journal of Applied Sociology*, 2002, Vol. 19, no. 2, pp. 100-123. ISSN 07490232.
283. PARK, A., CURTICE, J., THOMSON, K. et al. *British social attitudes: The 23rd report: Perspectives on a changing society*. London: SAGE Publications Ltd, 2007. 20 p. ISBN 9781412934329 (Print), ISBN 9781849208680 (online).
284. PARPAN-BLASER, ANNE., HÜTTEMANN, MATTHIAS. Social innovation in social work. In: *Encyclopedia of Social Innovation*. Lebanon: Elgar Encyclopedias in Business and Management, 2023. pp. 272–276. ISBN 9781800373341 (print), ISBN 9781800373358 (online).
285. PATTERSON, G. R., CHAMBERLAIN, P., REID, J. B. A comparative evaluation of a parent-training program. In: *Behavior Therapy*, 1982, no.13(5), pp.638–650. ISSN 0005-7894 (print), ISSN 1878-1888 (online).
286. PATTERSON, J. M. Families experiencing stress: I. The Family Adjustment and Adaptation Response model: II. Applying the FAAR model to health-related issues for intervention and research. In: *Family Systems Medicine*, 1988, no.6(2), pp. 202–237. ISSN 0736-1718.
287. PEACE R. Social exclusion: A concept in need of definition? In: *Social Policy Journal of New Zealand*, 2001, no.16(16), pp.17-36. ISSN 1177-9837.
288. PERRY A. A Model of Stress in Families of Children with Developmental Disabilities: Clinical and Research Applications. In: *Journal on Developmental Disabilities*, 2004, Volume 11, no.1, pp.1-16. ISSN 1188-9136.

289. PLODER, A., EDER, A. Semantic Differential. In: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (Second Edition). Florida: James D. Wright, 2015, pp. 563-571. ISBN 978-0-08-097087-5.
290. POCOCK, D. F. Inclusion and exclusion: A process in the caste system of Gujarat. In: *Southwestern Journal of Anthropology*, 1957, no.13, pp.19-31. ISSN 00384801.
291. PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. In: *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1982, Vol.19(3), pp.276–288. ISSN 0033-3204 (print), ISSN 1939-1536 (online).
292. PURBA, N., SIMANJUNTAK H. Father's Acceptance and Rejection of Children with Disabilities. In: *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, volume 538. Proceedings of the 5th International Conference on Early Childhood Education (ICECE 2020). Amsterdam: Atlantis Press, 2021. pp. 287-292. ISSN 2352-5398.
293. QUIRKE, J. *Social exclusion a brief discussion, setting out claims to support or reject the paradigm* [online]. Academia.edu., 2014 [citat 12.02.2022]. Disponibil: <https://www.academia.edu/35958714>.
294. RAMASUBRAMANIAN S., MURPHY, CH. J. Experimental Studies of Media Stereotyping Effects. Chapter 17. In: *Laboratory Experiments in the Social Sciences* (Second Edition), 2014, pp. 385-402. ISBN 9780124046818 (print), ISBN 9780124051867 (online).
295. RATAN S., PARWEEN, S. Disability and Exclusion: Social, Education and Employment Perspectives. In: *Bhutan Journal of Research and Development*, 2021, no. 10(2), pp.29-46. ISSN: 2072-9065 (print).
296. REISE, S. P., WALLER, N. G. Traitedness and the assessment of response pattern scalability. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1993, Vol.65(1), pp.143–151. ISSN 0022-3514 (print), ISSN: 1939-1315 (online).
297. ROBERTS, A. R. (ed.). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research*. Oxford: University press, 2005. 872 p. ISBN-10 0195179919, ISBN-13 978-0195179910.
298. ROMERO-CANYAS, R., DOWNEY, G., REDDY, K. S. et al. Paying to belong: when does rejection trigger ingratiation? In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 2010, Vol 99(1), pp.802–823. ISSN 0022-4545 (print), ISSN 1940-1183 (online).
299. ROOM, G. Social Exclusion, Solidarity and the Challenge of Globalization. In: *International Journal of Social Welfare*, 1999, no.8 (3), pp.166-174. ISSN 1468-2397.
300. ROSA, E. M., TUDGE, J. R. H. Urie Bronfenbrenner's theory of human development: Its evolution from ecology to bioecology. In: *Journal of Family Theory and Review*, 2013, no.5(6), pp.243–258. ISSN 1756-2589.

- 301.ROŞCA, V. I. Implications of Lewin's Field Theory on Social Change. In: *Proceedings of the International Conference on Business Excellence*. 2020 Volume 14, pp. 617–625. ISSN 2558-9652.
- 302.ROTTER, J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. In: *Psychological Monographs: General and Applied*, 1966, no.80(1), pp. 1-28. ISSN 0096-9753.
- 303.SAKAKIBARA, K. The Disablement Score: An Intersubjective Severity Scale of the Social Exclusion of Disabled People. In: *Societies*, 2018; Vol. 8(1):12, pp.1-13 ISSN 2075-4698.
- 304.SANDERS, M., CALAM, R., DURAND, M. Does self-directed and web-based support for parents enhance the effects of viewing a reality television series based on the Triple P-Positive Parenting Programme? In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2008, Vol.49(9), pp.924–932. ISSN 0021-9630 (print), ISSN 1469-7610 (online).
- 305.SCHIRMER, W., MICHAILAKIS, D. The Luhmannian approach to exclusion/inclusion and its relevance to Social Work. In: *Journal of Social Work*, 2015, pp. 45-64. ISSN 0037-8046 (print), ISSN 1545-6846 (online).
- 306.SCHMADER, T., LICKEL, B. Stigma and Shame: Emotional Responses to the Stereotypic Actions of One's Ethnic Ingroup. In: *Levin, S. Laar van C. (Eds.), Stigma and group inequality: Social psychological perspectives*. 1st Edition. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2006. pp. 261–285. ISBN 9780805844160.
- 307.SCHMITT, J. Attribution Theory. In: *Wiley Encyclopedia of Management*. New Jersey: John Wiley & Sons, Ltd., 2015. pp.1-4. ISBN 9781119972518 (print), ISBN 9781118785317 (online).
- 308.SCHWARZ, N. Social judgment and attitudes: warmer, more social, and less conscious. In: *European Journal of Social Psychology*, 2000, no.30, pp.149-176. ISSN1099-0992.
- 309.SELTZER, M. M., GREENBERG, J. S., FLOYD F. J. et al. Life course impacts of parenting a child with a disability. In: *American Journal on Mental Retardation*, 2001, no.106, pp. 265–286. ISSN 0895-8017.
- 310.SEN, A. Poverty Re-examined. In: *Economics and Philosophy*, 1992, Vol.11(01), pp.182-189. ISSN 0266-2671 (print), ISSN 1474-0028 (online).
- 311.SEN, A. *Social exclusion: concept, application, and scrutiny*. Social Development Papers no. 1. Manila: Asian Development Bank, 2000. 54 p. ISBN 971-561-274-1.
- 312.SHERIF M., HOVLAND C. I. *Social Judgment: Assimilation and Contrast Effects in Communication and Attitude Change*. New Haven, CT: Yale University Press, 1961. 218 p. ISBN 13: 978-0313224386.

313. SHERIF, C. W., SHERIF, M., NEBERGALL, R. E. *Attitude and attitude change. The social judgment-involvement approach*. Philadelphia: W. B. Saunders, 1965. 264 p. ISBN-13 978-0313232602.
314. SHERIF, C. W., SHERIF M. (eds.). *Attitude, Ego-Involvement, and Change*. New York: Wiley, 1967. 316 p. OCLC Number/Unique Identifier 885383.
315. SILVER, H. Social exclusion and social solidarity: Three Paradigm. În: *International Labour Review*, 1994, Vol. 133, no. 5-6, pp.531-578. ISSN 0020-7780, 1564-913X.
316. SILVER, H. Reconceptualizing Social Disadvantage: Three Paradigms of Social Exclusion. In: *Social Exclusion: Rhetoric, Reality, Responses*. Geneva: International Institute for Labour Studies, 1995. pp.57-81. ISBN 92-9014-5374.
317. SINGER, G. H., ETHRIDGE, B. L., ALDANA, S. I. Primary and secondary effects of parenting and stress management interventions for parents of children with developmental disabilities: A meta-analysis. In: *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 2007, no.13(4), pp. 357–369. ISSN 1080-4013 (print), ISSN 1098-2779 (online).
318. SMITH, S. W., ATKIN, CH. K., MARTELL D. et al. A Social Judgment Theory Approach to Conducting Formative Research in a Social Norms Campaign. In: *Communication Theory*, 2006, no.16, pp.141–152. ISSN 1468-2885 (online), ISSN 1050-3293 (print).
319. SPITZBERG, B. H., MANUSOV, V. Attribution Theory. Finding Good Cause in the Search for Theory. In: *Engaging Theories in Interpersonal Communication. Multiple Perspectives*. New York: Routledge, 2021. pp.37-50. eBook ISBN: 9781003195511.
320. STRUNGĂ, AL-C. Osgood's semantic differential: a review of the Romanian social sciences literature. In: *Social Sciences and Education Research Review*, 2014, Vol.2, pp.22-28. ISSN 2392-9683, ISSN-L 2392-9683.
321. STUNTZNER, S., HARTLEY, M. T. *Resilience, Coping, & Disability: The Development of a Resilience Intervention*. In: *American Counseling Association Conference, March 2014* [online]. Honolulu, 2014 [citat 16.02.2022]. Disponibil: https://www.counseling.org/docs/default-source/vistas/article_44.pdf?sfvrsn=8.
322. TAJFEL, H., TURNER, J. C. An integrative theory of intergroup conflict. In: *W.G. Austin & S. Worchel (eds), The Social Psychology of Intergroup Relations*. Monterey: Brooks/Cole, 1979. pp. 33–47. ISBN: 9780818502781.
323. TANGNEY, J. E., MILLER, R. S., FLICKER, L. Are shame, guilt and embarrassment distinct emotions? In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1996, no.70(6). pp.1256–1269. ISSN 0022-3514.

324. TANGNEY, J. P. Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 1996, no.34(9), pp.741-754. ISSN: 0005-7967 (print), ISSN 1873-622X(online).
325. TANGNEY, J. P. Situational determinants of shame and guilt in young adulthood. In: *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1992, no.18(2), pp. 199-206. ISSN 0146-1672 (print), ISSN: 1552-7433 (online).
326. TENG, F., CHEN, Z. Does social support reduce distress caused by ostracism? It depends on the level of one's self-esteem. In: *Journal of Experimental Social Psychology*, 2012, Vol.48, pp.1192–1195. ISSN: 0022-1031 (print), ISSN: 1096-0465 (online).
327. *The Emotional Experience of Families of Children with Disabilities* [online]. Virtual Lab School [citat 12.05.2022]. Disponibil: <https://www.virtuallabschool.org/preschool/family-engagement/lesson-4/act/18466>.
328. The Iris Center. *Family Engagement: Collaborating with Families of Students with Disabilities* [online]. Module [citat 11.02.2021]. Disponibil: <https://iris.peabody.vanderbilt.edu/module/fam/>.
329. *The Normative Theory of Social Exclusion: Perspectives from Political Philosophy* [online]. [citat 14.07.2022]. Disponibil: <https://www.ucl.ac.uk/~ucesswo/IJSSP%20ms.doc>.
330. The Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS). *Fundamental Principles of Disability* [online]. The Disability Alliance, London, 1997 [citat 29.07.21] Disponibil: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/UPIAS-fundamental-principles.pdf>.
331. THOMPSON, H. E. Blind Effect of Social Judgment [online]. University of Oklahoma [citat 12.03.2021]. Disponibil: https://www.academia.edu/5151379/Social_Judgement_Theory.
332. THORAT, S., SABHARWAL, N. S. *Caste and Social Exclusion: Issues Related to Concept, Indicators and Measurement* [online]. Working Paper Series, Volume II, Number 01. IIDS and UNICEF, 2010 [citat 23.01.2022]. Disponibil: <http://dalitstudies.org.in/media/cawb5dhg/working-paper-on-social-exclusion.pdf>.
333. TIWARI A. *Impact of Child Disability on Family Dynamics* [online]. May 2021 [citat 27. 01.2023]. Disponibil: <https://udaipurtimes.com/people/the-impact-of-child-disability-on-family-dynamics/cid2976121.htm>.
334. TOTSIKA. V., HASTINGS, R.P., EMERSON, E. et al. Is there a bidirectional relationship between maternal well-being and child behavior problems in autism spectrum disorders? Longitudinal analysis of a population-defined sample of young children. In: *Autism Research*, 2013, no.6(3), pp.201-11. ISSN 1939-3792 (print), ISSN 1939-3806 (online).

335. TRACY, J. L., ROBINS, R. W. Putting the Self Into Self-Conscious Emotions: A Theoretical Model. In: *Psychological Inquiry*, 2004, no.15, pp. 103-125. ISSN 1047-840X (print), ISSN 1532-7965 (online).
336. *Triple P Positive Parenting Program*. 2023 [citat 13.06.2023]. Disponibil: <https://www.triplep-parenting.net/global/triple-p/?cdsid=eb32dltkonlob90divfji2vqjp>.
337. TUDGE, J. R. H., MOKROVA, I. L., HATFIELD, B. E. Uses and misuses of Bronfenbrenner's bioecological theory of human development. In: *Journal of Family Theory and Review*, 2009, no.1, pp.198– 210. ISSN 1756-2589.
338. UNICEF. *Seen, Counted, Included: Using data to shed light on the well-being of children with disabilities*. 2021 [citat 23.08.2023]. Disponibil: <https://data.unicef.org/resources/children-with-disabilities-report-2021/>.
339. United Nations Children's Fund (UNICEF). Fact Sheet Children with Disabilities. 2022 [citat 15.10.2023]. Disponibil: <https://www.unicef.org/reports/unicef-fact-sheet>.
340. United Nations. *Approaches to Measuring Social Exclusion*. New York: Geneva, 2022. 66 p. ISBN 978-92-1-117283-6 (print), ISBN: 978-92-1-001182-2 (online).
341. VAN BRAKEL, W. H. Measuring health-related stigma—a literature review. In: *Psychology, Health & Medicine*, 2006, Vol.11, pp.307-334. ISSN:1354-8506 (print), ISSN: 1465-3966 (online).
342. WALSH, F. Family resilience: a framework for clinical practice. In: *Family Process*, 2003a, no. 42(1), pp.1-18. ISSN 0014-7370 (print), ISSN 1545-5300 (online).
343. WALSH, F. *Strengthening family resilience* (3rd ed.). New York: Guilford Press, 2016. 400 p. ISBN 9781462529865.
344. WALSH, F. The concept of family resilience: crisis and challenge. In: *Family Process*, 1996, (35)3, pp.261-281. ISSN 0014-7370 (print), ISSN 1545-5300 (online).
345. WALSH, F. Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience. In: *Family Process*, 2007, 46 (2), pp.207–227. ISSN 0014-7370 (print), ISSN 1545-5300 (online).
346. WARBURTON, W. A., WILLIAMS, K. D., CAIRNS, D. R. When ostracism leads to aggression: the moderating effects of control deprivation. In: *Journal of Experimental Social Psychology*, 2006, Vol.42, pp. 213–220. ISSN: 0022-1031 (print), ISSN: 1096-0465 (online).
347. WARE, J, RAVAL, H. A qualitative investigation of fathers' experiences of looking after a child with a life-limiting illness, in process and in retrospect. In: *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2007, Vol.12(4), pp.549-65. ISSN 1359-1045 (print), ISSN 1461-7021 (online).
348. WATSON, S., GOMEZ, R., GULLONE, E. The Shame and Guilt Scales of the Test of Self-Conscious Affect–Adolescent (TOSCA-A): Factor Structure, Concurrent and Discriminant

Validity, and Measurement and Structural Invariance Across Ratings of Males and Females. In: *Assessment*, 2017, Vol.24(4), pp.517–527. ISSN 1073-1911.

349. WATSON, W. H. Family Systems. In: *Encyclopedia of Human Behavior* (Second Edition), 2012. pp. 184-193. ISSN 0005-7967 (print), ISSN 1873-622X (online).

350. WEBER, M. *Economy and Society: An Outline of Interpretative Sociology* (Vol. 1). New York: Bedminster Press, 1978. 1469 p. ISBN 0520035003, 9780520035003

351. WEBSTER-STRATTON, C. (editor). Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1984, Vol. 52(4), pp.666–678. ISSN 0022-006X (print), 1939-2117 (online).

352. WEISS, J. A., WINGSIONG, A., LUNSKY, Y. Defining crisis in families of individuals with autism spectrum disorders. In: *Autism: the international journal of research and practice*, 2014, no.18(8), pp.985–995. ISSN 1362-3613 (print), ISSN:1461-7005 (online).

353. WESSELMANN, E. D., BUTLER, F. A., WILLIAMS, K. D. Et al. Adding injury to insult: unexpected rejection leads to more aggressive responses. In: *Aggressive Behavior*, 2010, Vol.36, pp.232–237. ISSN 0096140x.

354. WHITING, M., NASH A. S., KENDALL, S., ROBERTS, S. A. Enhancing resilience and self-efficacy in the parents of children with disabilities and complex health needs. In: *Primary Health Care Research & Development*, 2014, no.20 (e33), pp.1–7. ISSN 1472-6963.

355. WHITNEY, D., TROSTEN-BLOOM, A. THE Power of Appreciative Inquiry. Second edition. San Francisco, CA: Berrett-Koehler, 2010. 336 p. ISBN-10 1605093289, ISBN-13 978-1605093284.

356. WILLIAMS, K. D. Ostracism: A temporal need-threat model. In: *M. P. Zanna (Ed.), Advances in experimental social psychology*, 2009, Vol. 41, pp. 275–314. ISBN 9780123744722, ISBN 9780080922645 (online).

357. WOODMAN, A. C. Trajectories of stress among parents of children with disabilities: A dyadic analysis. In: *Family Relations*, 2014, no. 63(1), pp.39–54. ISSN 0197-6664 (print), ISSN 1741-3729 (online).

358. World Health Organization, United Nations Children’s Fund (UNICEF). Global report on children with developmental disabilities. From the margins to the mainstream. Geneva, 2023. ISBN (WHO) 978-92-4-008023-2 (electronic version), ISBN (WHO) 978-92-4-008024-9.

359. WRIGHT, L. M., LEAHEY, M. *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (6th ed.). Philadelphia: FA Davis Company, 2013. 346 p. ISBN-13 978-0-8036-2130-5.

360. YAMAOKA, Y., TAMIYA, N., NOBUYUKI I. et al. The relationship between raising a child with a disability and the mental health of mothers compared to raising a child

without disability in Japan. In: *SSM - Population Health*, 2016, Volume 2, pp. 542-548. ISSN 2352-8273.

361. YANG, X. A Literature Review of the Influence of Social Exclusion on Consumer Behavior and Prospects. In: *American Journal of Industrial and Business Management*, 2019, no.9, pp.764-779. ISSN 2164-5167 (print), ISSN 2164-5175 (online).

362. YOUNG, S. G., BERNSTEIN, M. J., CLAYPOOL, H. M. Rejected by the nation: the electoral defeat of candidates included in the self is experienced as personal rejection. In: *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 2009, Vol. 9, no. 1, pp. 315–326. ISSN 15297489.

363. ZEEDYK, S. M., BLACHER, J. Longitudinal Correlates of Maternal Depression Among Mothers of Children With or Without Intellectual Disability. In: *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 2017, Vol.122(5), pp.374-391. ISSN 1944-7515 (print), ISSN: 1944-7558 (online).

ANEXE

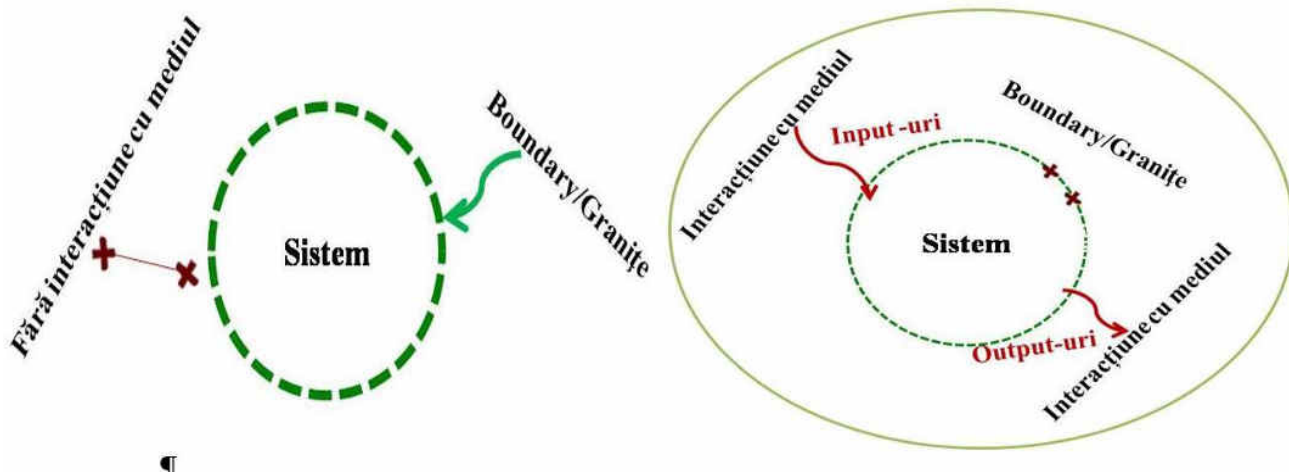
Anexa 1. Analize teoretice ale fenomenului exluziunii sociale

Anexa A 1.1. Bristol Social Exclusion Matrix

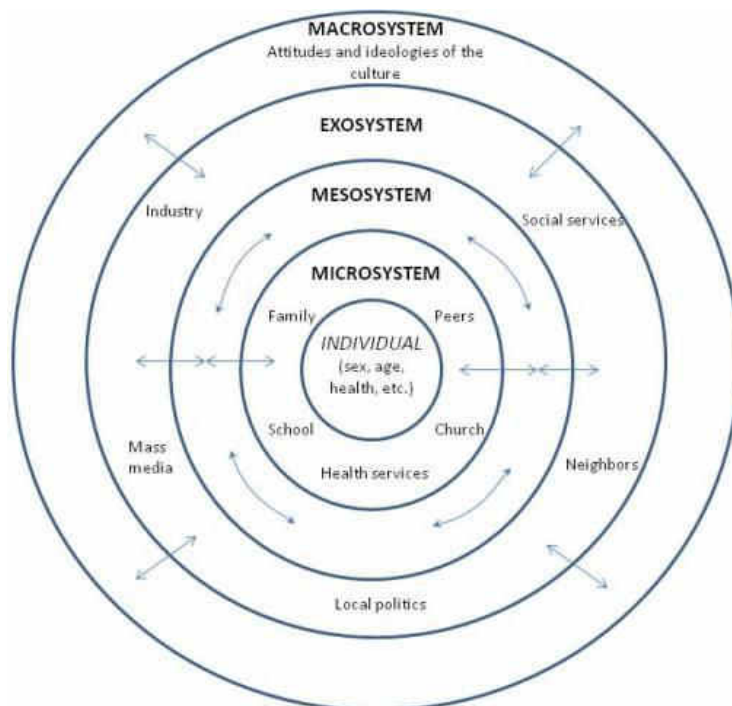
Resurse	Resurse materiale/economice
	Accesul la servicii publice și private
	Resurse sociale
Participare	Participare economică
	Participare socială
	Cultură, educație și competențe
	Participare civică și politică
Calitatea vieții	Sănătate
	Mediul de viață
	Nivelul criminalității și al incriminării

Sursa: [8].

Anexa A 1.2. Sisteme deschise și sisteme închise: granițe, intrări și ieșiri

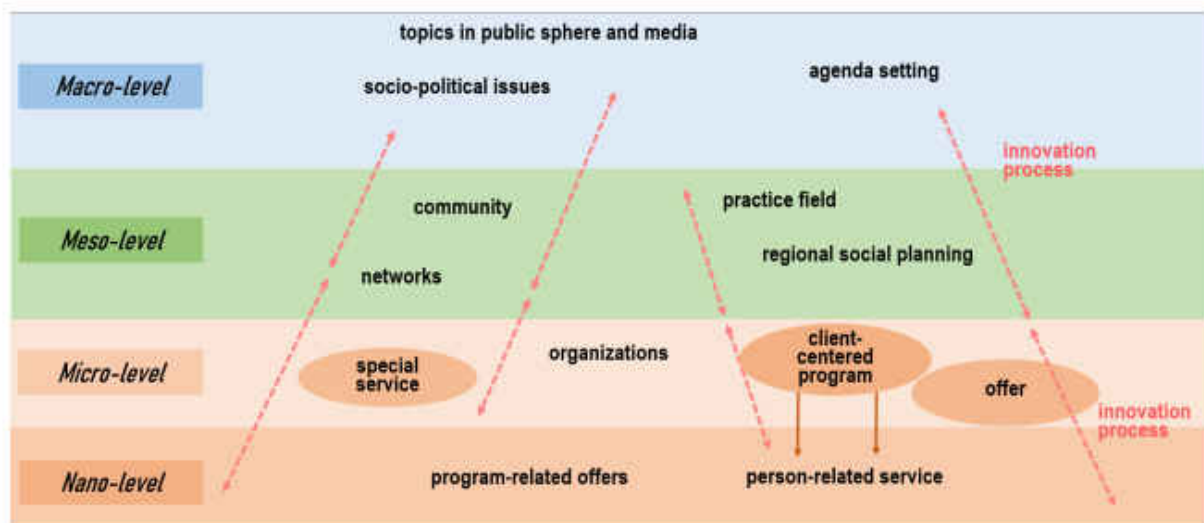


Anexa A 1.3. Teoria sistemelor ecologice: sisteme de mediu interconectate



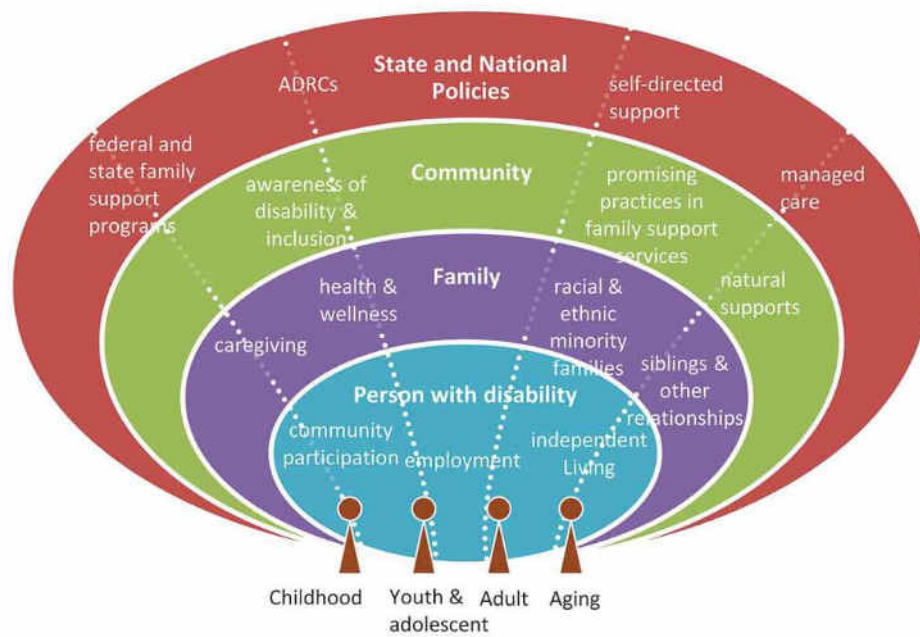
Sursa: [84].

Anexa A1.3a. Cadrul analitic pentru analiza interrelațiilor dintre diferite niveluri



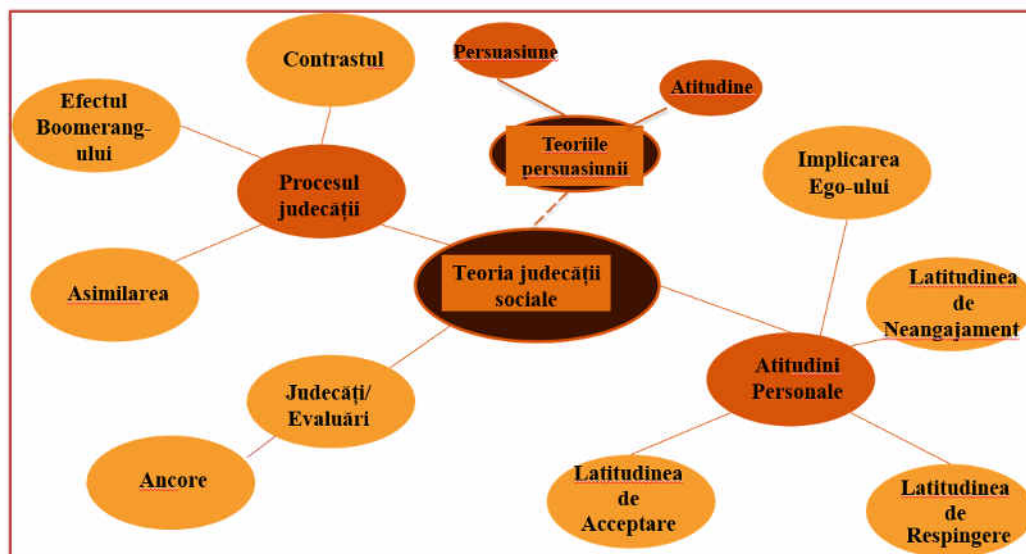
Sursa: [284, p.274].

Anexa A 1.4. Modelul ecologic care include următoarele niveluri: persoană cu dizabilități, familie, comunitate și politici de stat și naționale



Sursa: [127].

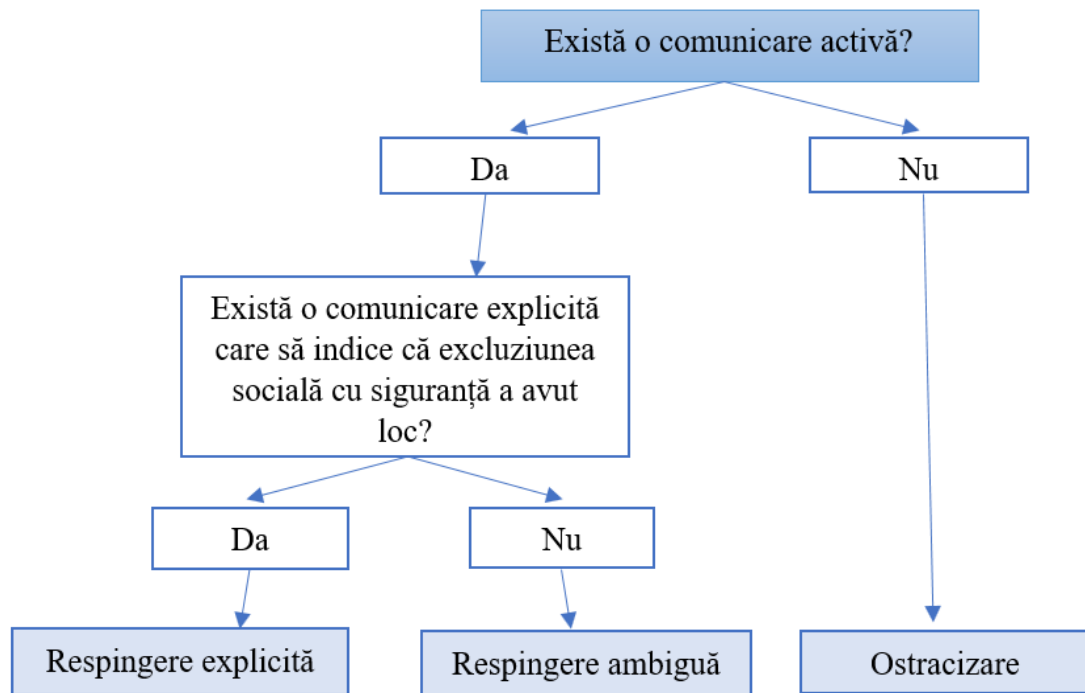
Anexa A 1.5. Teoria judecății




Sursa: [adaptat după 129].

Anexa A 1.6. Diferite forme de excluziune socială descrise de Teoria Responsivă a Excluziunii

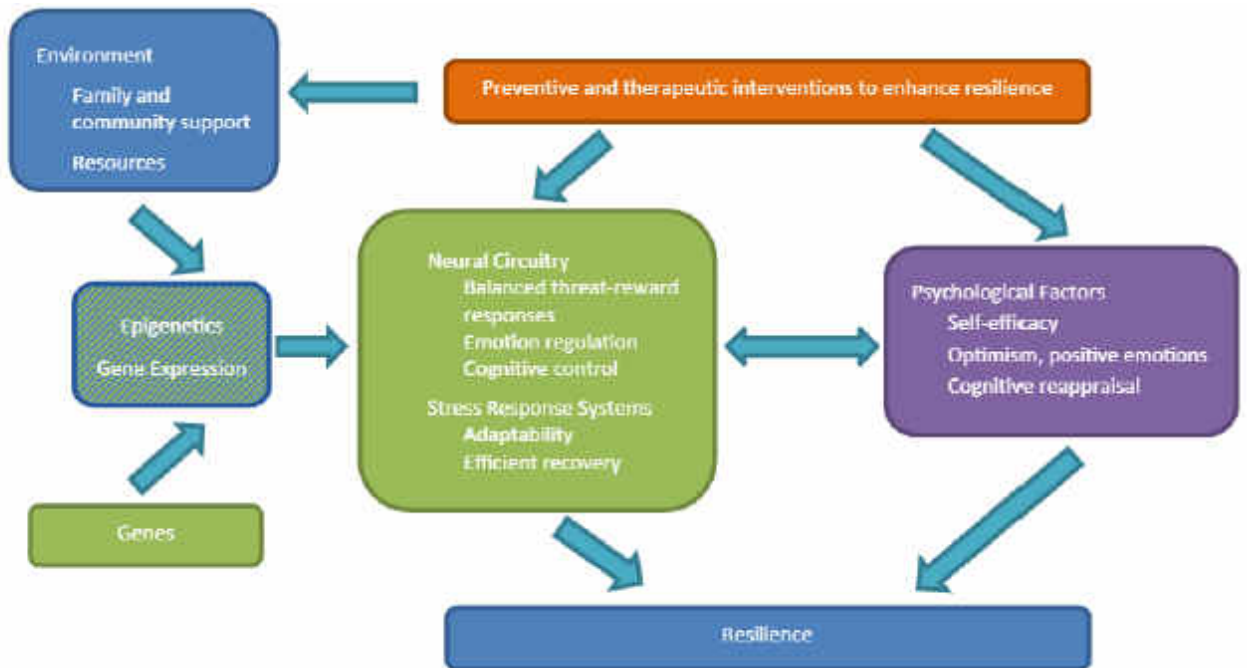
Sociale [adaptare după 111]



Anexa A 1.7. Dizabilitatea și procesul de excluziune socială: surse și factori [adaptat după 159, p.175].

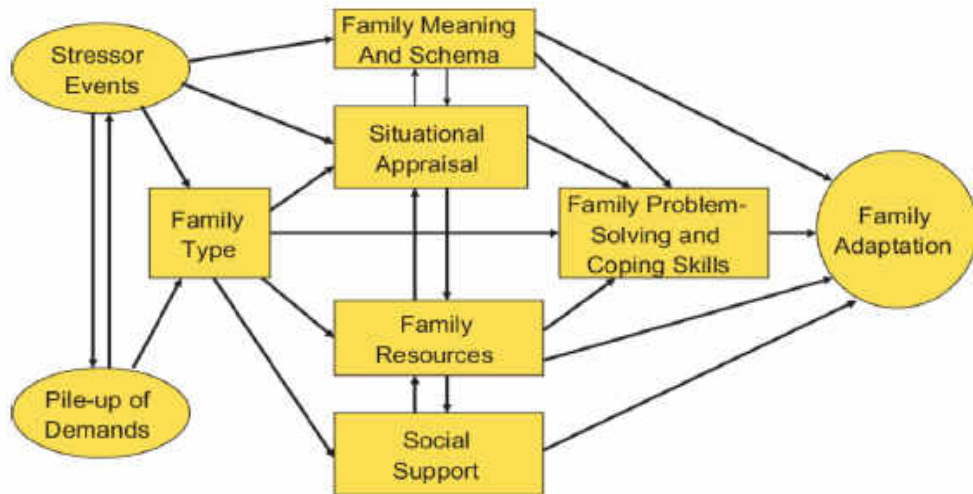
Nivelul familial/ Micro nivel		Nivel comunitar și social/ Mezzo nivel		Nivel instituțional și de stat/ Macro nivel	
surse	factori	surse	factori	surse	factori
		Vecini	Ruşine Teamă Prejudecăți Bariere culturale	Facilități publice	Lipsa capacităților Ignoranța Mediu social neprietenos Inaccesibilitatea transportului și a comunicațiilor
Părinți	Supra protejat Poveri/griji Lipsa oportunităților Sărăcie	Prieteni	Ruşine Teamă Lipsa capacităților Ignoranța/ Necunoaștere Segregare	Educație	Sărăcie Lipsa suportului guvernamental Lipsa infrastructurii adaptate Învățământul privat scump
Surori/ frați	Lipsa capacităților Ignoranța/ Necunoaștere	Lipsa de mișcare și transport	Lipsa capacităților Drumuri și transport neprietenos (neadaptate) Lipsa echipamentelor precum scaunul cu roțile / și altă tehnică <u>asistivă</u> Sărăcie	Servici de sănătate	Sărăcie Lipsa capacităților Ignoranța Mediu social neprietenos Inaccesibilitatea transportului și a comunicațiilor Lipsa transportului neadaptat Lipsa echipamentului medical și facilități aferente
Rude/familia extinsă	Teamă Ignoranța/ Necunoaștere Devalorizare	Sport și recreare	Ruşine Lipsa capacităților Lipsa de mișcare <u>Deprivare</u> Lipsa de sprijin/suport Devalorizare Stigma Sărăcie	Angajare	Lipsa educației Lipsa abilităților Lipsa de cotă Lipsa suportului guvernamental Devalorizare Ignoranța socială
Facilități pentru familie și recreare	Lipsa capacităților <u>Deprivare</u> Lipsa de grijă/sprijin	Rețele sociale	Ruşine Teamă Lipsa capacităților Ignoranța socială Devalorizare Lipsa demnității Bariere religioase și culturale Prejudicii sociale	Tehnologii <u>informaționale</u> și de <u>comunicație</u>	Lipsa suportului guvernamental Sărăcie Lipsa educației Inaccesibilitatea transportului și a comunicațiilor
				Facilități juridice	Lipsa suportului guvernamental Lipsa conștientizării Corupția Lipsa angajamentelor guvernamentale în coordonarea problemei
					
Dizabilitatea și procesul de excluziune socială					

Modelul biopsihosocial de reziliență



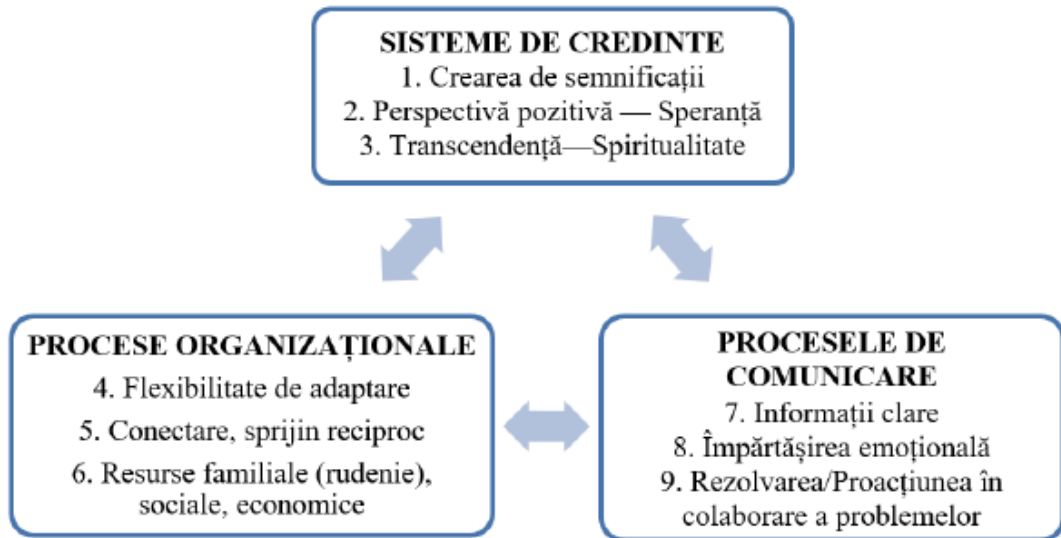
Sursa: [apud 321].

Family resilience model (McCubbin, Thompson, & McCubbin, 1996)



Sursa: [apud 73].

Anexa A 1.9. Procese cheie în reziliența familiei (adaptat după Walsh) [319].



Anexa 2. Metode și instrumente utilizate în cercetare

Anexa A 2.1. Model al Chestionarului pentru respondenți

Chestionar pentru respondenți care nu au în grija lor copii cu dizabilități

Stimate respondent, desfășurăm în prezent o cercetare menită să lămurească câteva aspecte importante cu privire la situația familiilor care au în grija lor copil/copii/persoană adultă cu dizabilități.

Ne propunem să identificăm atitudinile Dvs față de dizabilitate în general și față de familiile care îngrijesc copii/persoane cu dizabilități în particular, de aceea vă invităm să alocați câteva minute din timpul dvs pentru a completa acest chestionar.

Vă rugăm să ne oferiți următoarea informație despre Dvs:

Compartimentul 1. Date demografice

Sexul	masc		fem.		
Vârsta	16 - 18	19 - 25	26-35	36-55	56 - 75
mediul de proveniență	rural		urban		
Studii	Liceu	Student(ă)	Medii de specialitate	Superioare	
Angajare în câmpul muncii	angajat/ă		neangajat/ă		
Starea civilă	Celibatar/ă	Căsătorit/ă	Divorțat/ă	Concubinaj	
Nivelul socio-economic:	insuficient	scăzut	mediu		

Compartimentul 2. Scala distanței sociale

I. Vă rugăm să bifați doar câte o afirmație pentru fiecare grup de populație propus: **famiile care au în grija lor copil/copii cu dizabilități, persoane adulte cu dizabilități, copii cu dizabilități**. Selectați după principiu: ce fel de relații sunt acceptabile pentru mine cu aceste grupuri/persoane conform gradului de acceptare personală:

Nr. ord.	Afirmații	Cu familiile care are în grija lor copil/copii cu dizabilități	Cu persoane adulte cu dizabilități	Cu copii/adolescenți cu dizabilități
1.	Relații de căsătorie			
2.	Relații de prietenie			
3.	Să fiu vecin cu ei			
4.	Să fiu coleg			
5.	Să fiu locuitor al aceluiași oraș, sat			
6.	Să fiu cetățean al aceleiași țări			
7.	Să fiu cetățean al diferitor țări			

Compartimentul 3. Diferențialul semantic

Vă rugăm să bifați poziția corespunzătoare opiniei Dvs cu privire la abilitățile unei **persoane adulte cu dizabilități** în scala numerică propusă (bifați cu X pătrățelul cu cifra pentru care optați), alegând numărul conform apropierii – distanței de adjectivul din liste:

răbdător	1	2	3	4	5	nerăbdător
tolerant	1	2	3	4	5	intolerant
bun	1	2	3	4	5	rău
responsabil	1	2	3	4	5	iresponsabil
puternic	1	2	3	4	5	neputincios
independent	1	2	3	4	5	dependent
deștept	1	2	3	4	5	prost
amabil	1	2	3	4	5	grosolan
frumos	1	2	3	4	5	urât

capabil	1	2	3	4	5	incapabil
îngrijit	1	2	3	4	5	neglijent
timid	1	2	3	4	5	dezghețat
vesel	1	2	3	4	5	trist
modest	1	2	3	4	5	lăudăros
pașnic	1	2	3	4	5	agresiv
liniștit	1	2	3	4	5	agitat
rezonabil	1	2	3	4	5	irezonabil
activ	1	2	3	4	5	pasiv
adecvat	1	2	3	4	5	inadecvat
adorabil	1	2	3	4	5	repulsiv
afectuos	1	2	3	4	5	aspru
pozitivist	1	2	3	4	5	negativist
mărinimos	1	2	3	4	5	egoist
cărturar	1	2	3	4	5	agramat
amuzant	1	2	3	4	5	plictisitor
cu simțul umorului	1	2	3	4	5	supărăcios
prietenos	1	2	3	4	5	dușmănos
săritor la nevoie	1	2	3	4	5	indiferent
hotărât	1	2	3	4	5	nehotărât
harnic	1	2	3	4	5	leneș
comunicativ	1	2	3	4	5	taciturn
cuminte	1	2	3	4	5	obraznic
optimist	1	2	3	4	5	pesimist
sincer	1	2	3	4	5	mincinos

Vă rugăm să bifați poziția corespunzătoare opiniei Dvs cu privire la abilitățile **tatălui unui copil cu dizabilități** în scala numerică propusă (bifați cu X pătrățelul cu cifra pentru care optați), alegând numărul conform apropierii – distanței de adjectivul din liste:

răbdător	1	2	3	4	5	nerăbdător
tolerant	1	2	3	4	5	intolerant
bun	1	2	3	4	5	rău
responsabil	1	2	3	4	5	iresponsabil
puternic	1	2	3	4	5	neputincios
independent	1	2	3	4	5	dependent
deștept	1	2	3	4	5	prost
amabil	1	2	3	4	5	grosolan
frumos	1	2	3	4	5	urât
capabil	1	2	3	4	5	incapabil
îngrijit	1	2	3	4	5	neglijent
timid	1	2	3	4	5	dezghețat
vesel	1	2	3	4	5	trist
modest	1	2	3	4	5	lăudăros
pașnic	1	2	3	4	5	agresiv
liniștit	1	2	3	4	5	agitat
rezonabil	1	2	3	4	5	irezonabil
activ	1	2	3	4	5	pasiv
adecvat	1	2	3	4	5	inadecvat
adorabil	1	2	3	4	5	repulsiv
afectuos	1	2	3	4	5	aspru
pozitivist	1	2	3	4	5	negativist
mărinimos	1	2	3	4	5	egoist
cărturar	1	2	3	4	5	agramat
amuzant	1	2	3	4	5	plictisitor
cu simțul umorului	1	2	3	4	5	supărăcios
prietenos	1	2	3	4	5	dușmănos

săritor la nevoie	1	2	3	4	5	indiferent
hotărât	1	2	3	4	5	nehotărât
harnic	1	2	3	4	5	leneș
comunicativ	1	2	3	4	5	taciturn
cuminte	1	2	3	4	5	obraznic
optimist	1	2	3	4	5	pesimist
sincer	1	2	3	4	5	mincinos

Vă rugăm să bifați poziția corespunzătoare opiniei Dvs cu privire la abilitățile **mamei unui copil cu dizabilități** în scala numerică propusă (bifați cu X pătrățelul cu cifra pentru care optați), alegând numărul conform apropierii – distanței de adjectivul din liste:

răbdător	1	2	3	4	5	nerăbdător
tolerant	1	2	3	4	5	intolerant
bun	1	2	3	4	5	rău
responsabil	1	2	3	4	5	iresponsabil
puternic	1	2	3	4	5	neputincios
independent	1	2	3	4	5	dependent
deștept	1	2	3	4	5	prost
amabil	1	2	3	4	5	grosolan
frumos	1	2	3	4	5	urât
capabil	1	2	3	4	5	incapabil
îngrijit	1	2	3	4	5	neglijent
timid	1	2	3	4	5	dezghețat
vesel	1	2	3	4	5	trist
modest	1	2	3	4	5	lăudăros
pașnic	1	2	3	4	5	agresiv
liniștit	1	2	3	4	5	agitat
rezonabil	1	2	3	4	5	irezonabil
activ	1	2	3	4	5	pasiv
adecvat	1	2	3	4	5	inadecvat
adorabil	1	2	3	4	5	repulsiv
afectuos	1	2	3	4	5	aspru
pozitivist	1	2	3	4	5	negativist
mărinimos	1	2	3	4	5	egoist
cărturar	1	2	3	4	5	agramat
amuzant	1	2	3	4	5	plictisitor
cu simțul umorului	1	2	3	4	5	supărăcios
prietenos	1	2	3	4	5	dușmănos
săritor la nevoie	1	2	3	4	5	indiferent
hotărât	1	2	3	4	5	nehotărât
harnic	1	2	3	4	5	leneș
comunicativ	1	2	3	4	5	taciturn
cuminte	1	2	3	4	5	obraznic
optimist	1	2	3	4	5	pesimist
sincer	1	2	3	4	5	mincinos

Vă rugăm să bifați poziția corespunzătoare opiniei Dvs cu privire la abilitățile **unui copil cu dizabilități** în scala numerică propusă (bifați cu X pătrățelul cu cifra pentru care optați), alegând numărul conform apropierii – distanței de adjectivul din liste:

răbdător	1	2	3	4	5	nerăbdător
tolerant	1	2	3	4	5	intolerant
bun	1	2	3	4	5	rău
responsabil	1	2	3	4	5	iresponsabil
puternic	1	2	3	4	5	neputincios
independent	1	2	3	4	5	dependent
deștept	1	2	3	4	5	prost
amabil	1	2	3	4	5	grosolan

frumos	1	2	3	4	5	urât
capabil	1	2	3	4	5	incapabil
îngrijit	1	2	3	4	5	neglijent
timid	1	2	3	4	5	dezghețat
vesel	1	2	3	4	5	trist
modest	1	2	3	4	5	lăudăros
pașnic	1	2	3	4	5	agresiv
liniștit	1	2	3	4	5	agitat
rezonabil	1	2	3	4	5	irezonabil
activ	1	2	3	4	5	pasiv
adecvat	1	2	3	4	5	înadecvat
adorabil	1	2	3	4	5	repulsiv
afectuos	1	2	3	4	5	aspru
pozitivist	1	2	3	4	5	negativist
mărinimos	1	2	3	4	5	egoist
cărturar	1	2	3	4	5	agramat
amuzant	1	2	3	4	5	plictisitor
cu simțul umorului	1	2	3	4	5	supărăcios
prietenos	1	2	3	4	5	dușmănos
săritor la nevoie	1	2	3	4	5	indiferent
hotărât	1	2	3	4	5	nehotărât
harnic	1	2	3	4	5	leneș
comunicativ	1	2	3	4	5	taciturn
cuminte	1	2	3	4	5	obraznic
optimist	1	2	3	4	5	pesimist
sincer	1	2	3	4	5	mincinos

Compartimentul 4.

Vă rugăm să alegeți **o singură variantă** a afirmațiilor propuse care ar reflecta atitudinea dvs față de familiile care îngrijesc copil/copii cu dizabilități:

1. Condamn aceste familii
2. Nu accept aceste familii
3. Accept existența acestor familii
4. Susțin pozitiv existența acestor familii
5. Sunt indiferent în raport cu aceste familii
6. Respect aceste familii
7. Îmi este jale de aceste familii
8. Vreau să ajut aceste familii
9. Nu vreau să am contact cu aceste familii
10. Alte opțiuni:

Compartimentul 5. Factorii care provoacă apariția familiilor care au în grija lor copil/copii cu dizabilități

Vă rugăm să selectați factorii care pot fi cauză apariției familiilor care îngrijesc copil/copii cu dizabilități în țara noastră (opinia Dvs):

- expunerea la anumite substanțe toxice
- influențe negative ale mediului
- sărăcie
- probleme în timpul sarcinii
- cauze genetice
- contactarea unei boli contagioase de către mamă în timpul sarcinii
- naștere prematură
- malpraxis
- vaccinarea
- medicamente administrate copiilor ca tratament în cazul unor maladii
- criza familială

- consumarea băuturilor alcoolice
- consumarea drogurilor
- violența în familie
- nivelul de educație al părinților
- boli contactate de copil după naștere
- alte opinii

Vă mulțumesc mult.

Anexa A 2.2. Model al Cestionarului pentru părinți

Chestionar pentru respondenți (părinți) care au în grija lor copii cu dizabilități

Stimate respondent, desfășurăm în prezent o cercetare menită să lămurească câteva aspecte importante cu privire la situația familiilor care au în grija lor copil/copii/persoană adultă cu dizabilități. Vă invităm să alocați câteva minute din timpul Dvs pentru a completa acest chestionar.

Vă rugăm să ne oferiți următoarea informație despre Dvs:

Compartimentul 1. Date personale de identificare

Sexul	masc		fem.		
Vârsta	16 - 18	19 - 25	26-35	36-55	56 - 75
mediul de proveniență	rural		urban		
Studii	Liceu	Student(ă)	Medii de specialitate	Superioare	
Angajare în câmpul muncii	angajat/ă		neangajat/ă		
Starea civilă	Celibatar/ă	Căsătorit/ă	Divorțat/ă	Concubinaj	
Nivelul socio-economic	insuficient	scăzut	mediu		
Copii cu dizabilități	un copil/ mai mulți copii (1/2)		vârsta (ani)		

Compartimentul 2. Scala distanței sociale

I. Vă rugăm să bifați doar una dintre afirmațiile propuse. Selectați după principiul: ce fel de relații sunt acceptabile pentru mine cu familiile în situații similare cu a mea, conform gradului de acceptare personală:

Nr. ord.	Afirmații	
1	Relații de căsătorie	
2	Relații de prietenie	
3	Să fiu vecin cu ei	
4	Să fiu coleg	
5	Să fiu locuitor al aceluiași oraș, sat	
6	Să fiu cetățean al aceleiași țări	
7	Să fiu cetățean al diferitor țări	

Compartimentul 3. Diferențialul semantic

3.1. Vă rugăm să bifați poziția corespunzătoare opiniei Dvs cu privire la abilitățile unei **persoane adulte cu dizabilități** în scala numerică propusă (bifați cu X pătrățelul cu cifra pentru care optați), alegând numărul conform apropierii – distanței de adjectivul din liste:

răbdător	1	2	3	4	5	nerăbdător
tolerant	1	2	3	4	5	intolerant
bun	1	2	3	4	5	rău
responsabil	1	2	3	4	5	iresponsabil
puternic	1	2	3	4	5	neputincios
independent	1	2	3	4	5	dependent
deștept	1	2	3	4	5	prost
amabil	1	2	3	4	5	grosolan
frumos	1	2	3	4	5	urât

capabil	1	2	3	4	5	incapabil
îngrijit	1	2	3	4	5	neglijent
timid	1	2	3	4	5	dezghețat
vesel	1	2	3	4	5	trist
modest	1	2	3	4	5	lăudăros
pașnic	1	2	3	4	5	agresiv
liniștit	1	2	3	4	5	agitat
rezonabil	1	2	3	4	5	irezonabil
activ	1	2	3	4	5	pasiv
adecvat	1	2	3	4	5	inadecvat
adorabil	1	2	3	4	5	repulsiv
afectuos	1	2	3	4	5	aspru
pozitivist	1	2	3	4	5	negativist
mărinimos	1	2	3	4	5	egoist
cărturar	1	2	3	4	5	agramat
amuzant	1	2	3	4	5	plictisitor
cu simțul umorului	1	2	3	4	5	supărăcios
prietenos	1	2	3	4	5	dușmănos
săritor la nevoie	1	2	3	4	5	indiferent
hotărât	1	2	3	4	5	nehotărât
harnic	1	2	3	4	5	leneș
comunicativ	1	2	3	4	5	taciturn
cuminte	1	2	3	4	5	obraznic
optimist	1	2	3	4	5	pesimist
sincer	1	2	3	4	5	mincinos

3.2. Vă rugăm să bifați poziția corespunzătoare opiniei Dvs cu privire la abilitățile **tatălui unui copil cu dizabilități** în scala numerică propusă (bifați cu X pătrățelul cu cifra pentru care optați), alegând numărul conform apropierii – distanței de adjectivul din liste:

răbdător	1	2	3	4	5	nerăbdător
tolerant	1	2	3	4	5	intolerant
bun	1	2	3	4	5	rău
responsabil	1	2	3	4	5	iresponsabil
puternic	1	2	3	4	5	neputincios
independent	1	2	3	4	5	dependent
deștept	1	2	3	4	5	prost
amabil	1	2	3	4	5	grosolan
frumos	1	2	3	4	5	urât
capabil	1	2	3	4	5	incapabil
îngrijit	1	2	3	4	5	neglijent
timid	1	2	3	4	5	dezghețat
vesel	1	2	3	4	5	trist
modest	1	2	3	4	5	lăudăros
pașnic	1	2	3	4	5	agresiv
liniștit	1	2	3	4	5	agitat
rezonabil	1	2	3	4	5	irezonabil
activ	1	2	3	4	5	pasiv
adecvat	1	2	3	4	5	inadecvat
adorabil	1	2	3	4	5	repulsiv
afectuos	1	2	3	4	5	aspru
pozitivist	1	2	3	4	5	negativist
mărinimos	1	2	3	4	5	egoist
cărturar	1	2	3	4	5	agramat
amuzant	1	2	3	4	5	plictisitor
cu simțul umorului	1	2	3	4	5	supărăcios

prietenos	1	2	3	4	5	dușmănos
săritor la nevoie	1	2	3	4	5	indiferent
hotărât	1	2	3	4	5	nehotărât
harnic	1	2	3	4	5	leneș
comunicativ	1	2	3	4	5	taciturn
cuminte	1	2	3	4	5	obraznic
optimist	1	2	3	4	5	pesimist
sincer	1	2	3	4	5	mincinos

3.3. Vă rugăm să bifați poziția corespunzătoare opiniei Dvs cu privire la abilitățile *mamei unui copil cu dizabilități* în scala numerică propusă (bifați cu X pătrățelul cu cifra pentru care optați), alegând numărul conform apropierii – distanței de adjectivul din liste:

răbdător	1	2	3	4	5	nerăbdător
tolerant	1	2	3	4	5	intolerant
bun	1	2	3	4	5	rău
responsabil	1	2	3	4	5	iresponsabil
puternic	1	2	3	4	5	neputincios
independent	1	2	3	4	5	dependent
deștept	1	2	3	4	5	prost
amabil	1	2	3	4	5	grosolan
frumos	1	2	3	4	5	urât
capabil	1	2	3	4	5	incapabil
îngrijit	1	2	3	4	5	neglijent
timid	1	2	3	4	5	dezghețat
vesel	1	2	3	4	5	trist
modest	1	2	3	4	5	lăudăros
pașnic	1	2	3	4	5	agresiv
liniștit	1	2	3	4	5	agitat
rezonabil	1	2	3	4	5	irezonabil
activ	1	2	3	4	5	pasiv
adecvat	1	2	3	4	5	inadecvat
adorabil	1	2	3	4	5	repulsiv
afectuos	1	2	3	4	5	aspru
pozitivist	1	2	3	4	5	negativist
mărinimos	1	2	3	4	5	egoist
cărturar	1	2	3	4	5	agramat
amuzant	1	2	3	4	5	plictisitor
cu simțul umorului	1	2	3	4	5	supărăcios
prietenos	1	2	3	4	5	dușmănos
săritor la nevoie	1	2	3	4	5	indiferent
hotărât	1	2	3	4	5	nehotărât
harnic	1	2	3	4	5	leneș
comunicativ	1	2	3	4	5	taciturn
cuminte	1	2	3	4	5	obraznic
optimist	1	2	3	4	5	pesimist
sincer	1	2	3	4	5	mincinos

3.4. Vă rugăm să bifați poziția corespunzătoare opiniei Dvs cu privire la abilitățile *unui copil cu dizabilități* în scala numerică propusă (bifați cu X pătrățelul cu cifra pentru care optați), alegând numărul conform apropierii – distanței de adjectivul din liste:

răbdător	1	2	3	4	5	nerăbdător
tolerant	1	2	3	4	5	intolerant
bun	1	2	3	4	5	rău
responsabil	1	2	3	4	5	iresponsabil
puternic	1	2	3	4	5	neputincios
independent	1	2	3	4	5	dependent

deștept	1	2	3	4	5	prost
amabil	1	2	3	4	5	grosolan
frumos	1	2	3	4	5	urât
capabil	1	2	3	4	5	incapabil
îngrijit	1	2	3	4	5	neglijent
timid	1	2	3	4	5	dezghețat
vesel	1	2	3	4	5	trist
modest	1	2	3	4	5	lăudăros
pașnic	1	2	3	4	5	agresiv
liniștit	1	2	3	4	5	agitat
rezonabil	1	2	3	4	5	irezonabil
activ	1	2	3	4	5	pasiv
adecvat	1	2	3	4	5	inadecvat
adorabil	1	2	3	4	5	repulsiv
afectuos	1	2	3	4	5	aspru
pozitivist	1	2	3	4	5	negativist
mărinimos	1	2	3	4	5	egoist
cărturar	1	2	3	4	5	agramat
amuzant	1	2	3	4	5	plictisitor
cu simțul umorului	1	2	3	4	5	supărăcios
prietenos	1	2	3	4	5	dușmănos
săritor la nevoie	1	2	3	4	5	indiferent
hotărât	1	2	3	4	5	nehotărât
harnic	1	2	3	4	5	leneș
comunicativ	1	2	3	4	5	taciturn
cuminte	1	2	3	4	5	obraznic
optimist	1	2	3	4	5	pesimist
sincer	1	2	3	4	5	mincinos

Compartimentu 4.

Vă rugăm să alegeți o singură variantă a afirmațiilor propuse care ar reflecta atitudinea Dvs față de familiile care îngrijesc copil/copii cu dizabilități:

11. Condamn aceste familii
12. Nu accept aceste familii
13. Accept existența acestor familii
14. Susțin pozitiv existența acestor familii
15. Sunt indiferent în raport cu aceste familii
16. Respect aceste familii
17. Îmi este jale de aceste familii
18. Vreau să ajut aceste familii
19. Nu vreau să am contact cu aceste familii
20. Alte opțiuni: _____

Compartimentul 5. Test al afectelor care implică sinele

Veți găsi descrise câteva situații pe care le-ați întâlnit sau care vi se pot întâmpla. Sub fiecare dintre ele este trecut un set de afirmații (4-5) ce fac referire la ceea ce oamenii ar putea gândi sau simți în situațiile descrise.

Citiți mai întâi fiecare situație și apoi reacțiile corespunzătoare ei. Dvs. trebuie să vă imaginați că situațiile descrise vi se întâmplă în realitate și, de asemenea, să vă imaginați ce ați gândi sau simți în fiecare situație. Pe măsură ce citiți fiecare din cele 4 – 5 afirmații corespunzătoare situațiilor, vă rog să indicați – bifând una din cifrele de la 1 la 5 - cât de probabil este ca acea afirmație să fie adevărată pentru Dvs. în situația imaginată:

- «1» — niciodată nu așa face așa - nu este caracteristic pentru mine
«2» — puțin probabil, dar nu este exclus
«3» — «50 x 50» - uneori procedez așa, depinde de situație
«4» — foarte probabil că voi proceda, gândi sau simți așa

«5» — întotdeauna fac așa - este caracteristic pentru mine

Nu există răspunsuri bune sau greșite la aceste întrebări. Ce ne interesează este doar să aflăm cum v-ați simți și ce ați gândi în situațiile descrise.

1. Prietenul (prietena) tău vrea să împartă cu tine ceva important pentru el (ea), și conveniți să vă întâlniți la prânz. Dar, vă amintiți doar la 17.00 despre înțelegerea avută.

- a) Vă gândiți: «Eu nu sunt atent cu el (ea)». 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- b) Vă spuneți: «Nu-i nimic - el (ea) va înțelege!». 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- c) Vă străduiți cât mai repede să explicați și să soluționați neînțelegerea. 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- d) Vă justificați, gândindu-vă: «Șeful meu mi-a distras atenția exact înaintea prânzului». 1 - 2 - 3 - 4 - 5

2. Aflându-vă la locul de muncă, ați stricat un instrument sau echipament valoros, și fiindu-vă frică să pareți incompetent sau neîndemânatic, încercați să ascundeți acest fapt.

- a) Vă gândiți: «Această situație este neplăcută și mă deranjează. Eu trebuie să repar instrumentul sau să rog pe cineva, mai competent decât mine, să-l repare». 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- b) Începeți să vă gândiți la concediere. 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- c) Vă spuneți: «Cât de netrainice se fac lucrurile în ziua de azi!» 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- d) Vă spuneți: «E doar o întâmplare!» 1 - 2 - 3 - 4 - 5

3. Vă petreceți seara cu prietenii și vă simțiți în această seară deosebit de atractiv (ă) și spiritual (ă). Soția prietenului tău (soțul prietenei tale) te tratează cu simpatie neascunsă.

- a) Vă spuneți: «Un interes atât de vădit pentru mine din partea soției prietenului meu (soțului prietenei mele) poate să-l indispuină pe prietenul meu (prietena mea)». 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- b) Vă simțiți irezistibil (ă) în toate privințele. 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- c) Sunteți bucuros (ă) că ați lăsat o astfel de impresie foarte bună. 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- d) Vă spuneți: «Ar trebui să acord mai multă atenție prietenului meu (prietenei mele)». 1 - 2 - 3 - 4 - 5

4. Ați amânat prezentarea raportului activității realizate până în ultimul minut. În ultimul moment scrieți ceva "în grabă", și ca rezultat - raportul Dvs este foarte prost.

- a) Puneți la îndoială propriile competențe. 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- b) Vă gândiți: «De ce ziua are doar 24 de ore?!» 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- c) Vă spuneți: «Ar trebui să mi se „trântească” o mustrare!» 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- d) Vă spuneți: «Ce s-a făcut, s-a făcut!» 1 - 2 - 3 - 4 - 5

5. Comițeti o greșală gravă la locul de muncă, ceea ce duce la un "eșec", a întregului proiect, asupra căruia a lucrat organizația dvs. Dar, aflați că pentru "eșec" conducerea învinuiește nu pe Dvs, ci pe colegul dvs. colegul tău vina.

- a) Vă gândiți că conducerea dintr-un un motiv oarecare, nu-l place pe colegul dvs. 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- b) Vă spuneți: «Viața — o chestie nedreaptă!» 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- c) Vă țineți gura și vă evitați colegul căzut în «dizgrație». 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- d) Caracterul inadecvat al situației vă deranjează, și dvs sunteți gata să clarificați lucrurile, asumându-vă responsabilitatea pentru "eșec". 1 - 2 - 3 - 4 - 5

6. Veți avea o convorbire telefonică dificilă, de care depinde foarte mult. Și iată, de câteva zile, dvs amânați această convorbire. În cele din urmă (totul se termină odată!) Dvs telefonați, găsiți cuvintele potrivite, și convingeți interlocutorul de utilitatea solicitării. Rezultatul - problema a fost rezolvată.

- a) Vă spuneți: «Se pare că, dacă este necesar, eu pot fi convingător (e)». 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- b) Regrețați faptul, că ați amânat atât de mult timp această convorbire grea, chinându-vă pe sine, și posibil pe alții. 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- c) Vă considerați un laș (lașă). 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- d) Vă spuneți: «Sunt de lăudat!» 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- e) Vă gândiți: «Cum să evit pe viitor necesitatea de a face așa sunete dificile pentru mine?» 1 - 2 - 3 - 4 - 5

7. Decideți să urmați o dietă, dar, trecând pe lângă o cofetărie și simțind un miros extrem de apetisant, vă lăsați ispitei și cumpărați o chiflă „vieneză”.

- a) Vă spuneți: «Astăzi eu nu voi mânca mai mult nimic!» 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- b) Vă spuneți, justificând propria renunțare: «Ce miros! Eu nu am putut să trec pe alături!» 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- c) Simțiți dezgust pentru lipsa de voință și pierderea autocontrolului. 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- d) Vă spuneți: «Doar o singură dată! Oare aceasta are atât de multă însemnătate?» 1 - 2 - 3 - 4 - 5

8. În timpul odihnei la plajă Dvs jucați volei. Pasați mingea și nimeriți în fața colegului de joc.

- a) Vă simțiți jenat pentru faptul că nu puteți juca bine. 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- b) Vă gândiți, că «victimă» trebuie să învețe a juca. 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- b) Vă spuneți: «E doar o întâmplare!» 1 - 2 - 3 - 4 - 5

r) Vă cereți scuze și faceți tot posibilul, în măsura posibilităților, ca «victima» să se simtă mai bine. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

9. Ați decis să începeți o viață independentă. Din fericire, oamenii din jurul Dvs sunt buni și dispuși să vă ajute. Uneori ați fost nevoit să împrumutați bani, și de fiecare dată, cu prima ocazie, ați întors datoria.

a) Vă simțiți inconfortabil din cauza lipsei de experiență de viață și de incapacitatea de a rezolva independent problemele. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

b) Vă spuneți: «Se pare că am noroc!» 1 - 2 - 3 - 4 - 5

c) Ești obsedat de ideea întoarcerii datoriei, cât mai curând posibil. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

d) Vă spuneți: «Sunt de încredere!» 1 - 2 - 3 - 4 - 5

e) Sunteți mândru de sine, deoarece sunteți capabil să întoarceți datoriile. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

10. Conduceți mașina și brusc, călcați mortal o pisică, care a apărut de nicăieri pe drum.

a) Vă spuneți, (crucindu-vă): «Pisicile în genere nu trebuie să se afle pe drum!» 1 - 2 - 3 - 4 - 5

b) Vă spuneți: «Sunt un om oribil!» 1 - 2 - 3 - 4 - 5

c) Vă spuneți: «Este doar o coincidență nefericită de împrejurări!» 1 - 2 - 3 - 4 - 5

d) Vă întoarceți cu gândul înapoi din nou și din nou la acest caz și vă întrebați dacă ați fi putut evita acest lucru. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

11. Îeșiți de la susținerea unui examen (în timpul sesiunii sau o atestare la serviciu), cu ideea că într-adevăr v-ați descurcat foarte bine. Dar, deodată se dovedește că răspunsul Dvs a fost apreciat foarte slab.

a) Vă spuneți: «E doar un examen!» 1 - 2 - 3 - 4 - 5

b) Vă spuneți: «Nu am plăcut examinatorului, și nota –reflectă antipatia evidentă față de mine». 1 - 2 - 3 - 4 - 5

c) Vă gândiți, că ar trebui să vă pregătiți mai bine pentru examen. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

e) Vă simțiți stupid. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

12. Dvs și colegii dumneavoastră ați finalizat lucrul destul de dificil asupra unui proiect. Rezultatul este foarte înalt apreciat, dar conducerea, dintr-un motiv oarecare, decide să ofere o primă în bani doar dvs.

a) Credeți că conducerea este „mioapă” (nu vede departe). 1 - 2 - 3 - 4 - 5

b) Vă simțiți singur și rupt de colectiv. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

c) Credeți că, munca Dvs grea a fost just apreciată. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

d) Vă credeți un specialist de succes și vă mândriți cu sine. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

e) Credeți că, trebuie să refuzați premiul bănesc. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

13. În timpul unei petreceri vă permiteți să fiți lipsiți de tact și să vorbiți urât despre un amic (amică), care nu este prezent în această seară.

a) Vă spuneți: «Este doar pentru distracție și complet inofensiv!» 1 - 2 - 3 - 4 - 5

b) Vă simțiți o ființă fără valoare și josnică. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

c) Vă gândiți că dacă amicul tău (amica) ar fi la petrecere, el (ea) ar putea să-ți riposteze. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

d) Vă cereți scuze și încercați să subliniați abilitățile amicului (amicei) ridiculate. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

14. În timp ce lucrați la un proiect, ați admis o greșeală gravă pentru care au fost criticat (ă) atât de către superiorii, cât și de către subordonați.

a) Credeți că conducerea trebuia să stabilească mai bine sarcina dvs.. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

b) Simțiți dorința să fugiți și să vă ascundeți. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

c) Credeți că, dvs trebuia să clarificați mai bine problema și să îndepliniți respectiv sarcina. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

d) Vă spuneți: «Oricine poate face o greșeală!» 1 - 2 - 3 - 4 - 5

15. Ați răspuns la o solicitare de ajutor în organizarea unei serbări pentru copii orfani dintr-un orfelinat. După cum s-a dovedit, a fost nevoie de mult de timp și energie. Nu o singură dată v-a părut rău că v-ați apucat de asta, și v-ați gândit cum ați putea „abandona” totul. Într-un final, serbarea a avut loc - și Dvs ați fost martorul zâmbetelor fericite pe fețele copiilor.

a) Vă simțiți un (o) egoist (ă) și în genere un leneș (o leneșă). 1 - 2 - 3 - 4 - 5

b) Credeți că ați fost implicat în ceva, cu care Dvs nu ați dori să vă ocupați. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

c) Credeți că, Dvs trebuie să vă gândiți la problemele celor la care nu le-a mers în viață. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

d) Credeți că, este minunat că ați reușit să ajutați, măcar puțin, pe cineva. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

e) Simțiți o satisfacție majoră de sine și de ceea ce ați făcut. 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Compartimentul 6. Locul controlului „Scala Locus of control Rotter”

Vă rugăm să citiți cu atenție următoarele propoziții și să notați varianta pe care o considerați adevărată (în tabelul propus):

Întrebări

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
a																														
b																														

Nr.	Varianta „a”	Varianta „b”
1.	Copiii au necazuri pentru că părinții îi pedepsesc prea des.	Necazurile celor mai mulți copii din ziua de azi provin din faptul că părinții îi lasă prea liberi.
2.	Multe eșecuri din viața se datorează în parte ghinionului.	Eșecurile oamenilor rezultă din greșelile pe care chiar ei le fac.
3.	Unul din motivele pentru care există războaie este insuficiența implicare în politică a cetățenilor.	Vor exista întotdeauna războaie, indiferent cât am încerca să le prevenim.
4.	În cursul vieții, orice individ poate câștiga stima și respectul pe care le merită.	Din păcate, valoarea unui om este adesea necunoscută, oricât de mult s-ar strădui el.
5.	Ideea că profesorii sunt nedreți cu studenții/elevii este un nonsens.	Majoritatea studenților/elevilor nu realizează în ce măsură notele lor sunt întâmplătoare.
6.	Fără o porție sănătoasă de noroc nu poți fi un lider eficient.	Oamenii capabili care nu reușesc să se impună n-au reușit să profite de ocaziile care li s-au oferit.
7.	Unora pur și simplu nu le plac, oricât te-ai strădui.	Oamenii care nu pot să se facă plăcuți de ceilalți nu știu să se poarte.
8.	Ereditatea are rolul principal în determinarea personalității.	Experiența vieții determină ceea ce este un individ.
9.	Nu o dată mi-am dat seama că ceea ce trebuia să se întâmple s-a și întâmplat.	Lăstate la voia întâmplării, problemele nu mi s-au rezolvat niciodată la fel de sigur că și atunci când hotărâam să acționez eu însumi pentru a le rezolva.
10.	În cazul unui student/elev foarte bine pregătit poate fi rar vorba de o examinare nedreaptă.	De multe ori întrebările de examen tind să fie atât de departe de cursul predate, încât studiul este într-adevăr fără folos.
11.	Obținerea unui succes este o chestiune de muncă serioasă, norocul având prea puțin de-a face cu asta.	Obținerea unui loc de muncă depinde de a fi la locul potrivit și la momentul potrivit.
12.	Omul de rând poate influența deciziile guvernamentale.	Lumea este condusă de câțiva oameni puternici, iar omul de rând are prea puțină importanță.
13.	Când îmi fac planuri, sunt aproape întotdeauna sigur că voi putea să le îndeplinesc.	Nu este întotdeauna înțelept să îți faci planuri pe termen lung, pentru că oricum multe întâmplări țin de șansă sau neșansă.
14.	Există unii oameni care pur și simplu nu sunt buni.	În orice om există ceva bun.
15.	În cazul meu, a obține ce vreau are puțin de-a face cu norocul, sau chiar deloc.	De multe ori putem foarte bine să decidem ce e de făcut dând cu banul.
16.	A deveni șef depinde de cât de norocos este cineva pentru a se găsi la locul potrivit înaintea celorlalți.	Reușita oamenilor în a face ce trebuie depinde de abilitatea lor, norocul având puțină importanță, sau deloc.
17.	Atâta timp cât problemele mondiale sunt îngrijorătoare, cei mai mulți dintre noi suntem victime ale unor forțe pe care nici nu le înțelegem, nici nu le controlăm.	Participând activ la viața publică, oamenii pot gestiona evenimentele din lume.
18.	Cei mai mulți oameni nu își dau seama cât de mult viața lor depinde de circumstanțe fortuite.	De fapt, un astfel de lucru ca norocul nu există.
19.	Ar trebui întotdeauna să recunoști greșelile tale.	De regulă, este mai bine să nu evidențiezi greșelile tale
20.	Este dificil să știi dacă plac sau nu unei persoane.	Numărul tău de prietenii depinde de cât de mult placii altor persoane.

21.	După ce ni se întâmplă neazuri, ele sunt echilibrate de evenimente plăcute	Cele mai multe eșecuri sunt un rezultat al lipsei de capacități, al ignoranței, lenei, sau a toate cele trei cauze combinate.
22.	Dacă s-ar face destule eforturi, formalismul și nesimțirea ar putea fi eradicate.	Există lucruri cu care e greu de luptat, astfel încât formalismul și nesimțirea nu pot fi eradicate.
23.	Uneori este greu de înțeles, pe ce se bazează liderii atunci când promovează un om la mențiune.	Mențiunile se fac în funcție de aportul în muncă a omului.
24.	Un lider bun se așteaptă ca subordonații să decidă ce ar trebui să facă.	Un lider bun face clară sarcina pentru fiecare angajat.
25.	Simt de multe ori că am o influență redusă asupra a ceea ce se întâmplă cu mine.	Nu cred că soarta sau hazardul pot juca un rol important în viața mea.
26.	. Oamenii sunt singuri din cauza că nu dau dovadă de atitudini de prietenie față de ceilalți.	Este inutil să insiști în a câștiga simpatia oamenilor: în cazul în care placi, placi pur și simplu.
27.	Caracterul unei persoane depinde în primul rând pe voința lui.	Caracterul unei persoane se formează în linii mari în colectiv.
28.	Ce se întâmplă cu mine ține de voința mea.	Uneori simt ca viața mea evoluează într-o direcție care nu depinde de voința mea
29.	Eu de multe ori nu pot înțelege de ce managerii procedează într-un mod, și nu altfel.	În cele din urmă, de gestionarea proasta a organizației sunt responsabile persoanele care lucrează în aceasta

Răspunsurile dvs. sunt confidențiale. Vă mulțumim pentru colaborare

Anexa 3. Calcule statistice în cercetarea de constatare

Anexa A 3.1. Compararea statistică a mediilor (t-Student pentru eșantioane independente) a distanțelor sociale acceptate de lotul 1 și 2 în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Familii copil cu dizabilitati	Equal variances assumed	-.645	797	.519	-.08006	.12409	-.32364	.16352
	Equal variances not assumed	-.686	418.933	.493	-.08006	.11667	-.30940	.14928
Persoana adulta cu dizabilitati	Equal variances assumed	.982	797	.326	.13331	.13577	-.13319	.39981
	Equal variances not assumed	.978	367.849	.329	.13331	.13633	-.13477	.40138
Copil cu dizabilitati	Equal variances assumed	16.798	797	.000	1.76344	.10498	1.55736	1.96951
	Equal variances not assumed	24.979	794.267	.000	1.76344	.07060	1.62486	1.90202

Anexa A 3.2. Compararea statistică a mediilor (t-Student pentru eșantioane independente) a distanțelor sociale acceptate de bărbați și femei în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Familii copil cu dizabilitati	Equal variances assumed	.982	796	.326	.11683	.11892	-.11660	.35026
	Equal variances not assumed	.961	439.222	.337	.11683	.12154	-.12205	.35570
Persoana adulta cu dizabilitati	Equal variances assumed	-1.027	796	.305	-.13376	.13021	-.38935	.12183
	Equal variances not assumed	-1.019	453.373	.309	-.13376	.13123	-.39165	.12414
Copil cu dizabilitati	Equal variances assumed	-.038	796	.970	-.00445	.11707	-.23425	.22535
	Equal variances not assumed	-.039	485.928	.969	-.00445	.11455	-.22953	.22063

Anexa A 3.3. Compararea statistică multiplă (ANOVA-Bonferroni) a distanțelor sociale acceptate de persoanele de diverse vârste în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate

Multiple Comparisons								
Dependent Variable		(I) Varsta	(J) Varsta	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Familii copil cu dizabilitati	Bonferroni	1.00	2.00	-.05006	.16505	1.000	-.5147	.4145
			3.00	-.02008	.16115	1.000	-.4737	.4335
			4.00	-.21759	.14938	1.000	-.6381	.2029
			5.00	.01274	.23080	1.000	-.6369	.6624
		2.00	1.00	.05006	.16505	1.000	-.4145	.5147
			3.00	.02998	.17502	1.000	-.4627	.5227
			4.00	-.16753	.16426	1.000	-.6299	.2948
			5.00	.06281	.24069	1.000	-.6147	.7403
		3.00	1.00	.02008	.16115	1.000	-.4335	.4737

			2.00	-.02998	.17502	1.000	-.5227	.4627
			4.00	-.19751	.16034	1.000	-.6488	.2538
			5.00	.03283	.23804	1.000	-.6372	.7029
		4.00	1.00	.21759	.14938	1.000	-.2029	.6381
			2.00	.16753	.16426	1.000	-.2948	.6299
			3.00	.19751	.16034	1.000	-.2538	.6488
			5.00	.23033	.23024	1.000	-.4178	.8784
		5.00	1.00	-.01274	.23080	1.000	-.6624	.6369
			2.00	-.06281	.24069	1.000	-.7403	.6147
			3.00	-.03283	.23804	1.000	-.7029	.6372
			4.00	-.23033	.23024	1.000	-.8784	.4178
Persoana adulta cu dizabilitati	Bonferroni	1.00	2.00	.50182	.17984	.054	-.0044	1.0081
			3.00	.38150	.17559	.301	-.1128	.8758
			4.00	.37808	.16277	.204	-.0801	.8363
			5.00	.38042	.25149	1.000	-.3275	1.0883
		2.00	1.00	-.50182	.17984	.054	-1.0081	.0044
			3.00	-.12033	.19071	1.000	-.6572	.4165
			4.00	-.12375	.17898	1.000	-.6276	.3801
			5.00	-.12140	.26227	1.000	-.8597	.6169
		3.00	1.00	-.38150	.17559	.301	-.8758	.1128
			2.00	.12033	.19071	1.000	-.4165	.6572
			4.00	-.00342	.17471	1.000	-.4952	.4884
			5.00	-.00108	.25938	1.000	-.7312	.7290
		4.00	1.00	-.37808	.16277	.204	-.8363	.0801
			2.00	.12375	.17898	1.000	-.3801	.6276
			3.00	.00342	.17471	1.000	-.4884	.4952
			5.00	.00234	.25088	1.000	-.7038	.7085
		5.00	1.00	-.38042	.25149	1.000	-1.0883	.3275
			2.00	.12140	.26227	1.000	-.6169	.8597
			3.00	.00108	.25938	1.000	-.7290	.7312
			4.00	-.00234	.25088	1.000	-.7085	.7038
Copil cu dizabilitati	Bonferroni	1.00	2.00	-.04962	.16003	1.000	-.5001	.4008
			3.00	.14351	.15624	1.000	-.2963	.5833
			4.00	.56015*	.14484	.001	.1524	.9678
			5.00	-.33524	.22378	1.000	-.9652	.2947
		2.00	1.00	.04962	.16003	1.000	-.4008	.5001
			3.00	.19313	.16970	1.000	-.2846	.6708
			4.00	.60977*	.15926	.001	.1615	1.0581
			5.00	-.28561	.23337	1.000	-.9425	.3713
		3.00	1.00	-.14351	.15624	1.000	-.5833	.2963
			2.00	-.19313	.16970	1.000	-.6708	.2846
			4.00	.41664	.15546	.075	-.0210	.8542
			5.00	-.47874	.23080	.384	-1.1284	.1709

	4.00	1.00	-.56015*	.14484	.001	-.9678	-.1524
		2.00	-.60977*	.15926	.001	-1.0581	-.1615
		3.00	-.41664	.15546	.075	-.8542	.0210
		5.00	-.89538*	.22323	.001	-1.5238	-.2670
	5.00	1.00	.33524	.22378	1.000	-.2947	.9652
		2.00	.28561	.23337	1.000	-.3713	.9425
		3.00	.47874	.23080	.384	-.1709	1.1284
		4.00	.89538*	.22323	.001	.2670	1.5238

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Anexa A 3.4. Compararea statistică a mediilor (t-Student pentru eșantioane independente) a distanțelor sociale acceptate de respondenții din medii de reședință rural și urban în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Familii copil cu dizabilitati	Equal variances assumed	2.108	795	.035	.23882	.11329	.01645	.46120
	Equal variances not assumed	2.145	640.314	.032	.23882	.11133	.02021	.45744
Persoana adulta cu dizabilitati	Equal variances assumed	-.661	795	.509	-.08236	.12451	-.32678	.16205
	Equal variances not assumed	-.663	612.957	.507	-.08236	.12415	-.32618	.16145
Copil cu dizabilitati	Equal variances assumed	1.662	795	.097	.18587	.11185	-.03370	.40543
	Equal variances not assumed	1.638	580.763	.102	.18587	.11350	-.03706	.40879

Anexa A 3.5. Compararea statistică a mediilor (t-Student pentru eșantioane independente) a distanțelor sociale acceptate de respondenții cu nivel diferit de studii în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Familii copil cu dizabilitati (1 și 2)	Equal variances assumed	2.108	795	.035	.23882	.11329	.01645	.46120
	Equal variances not assumed	2.145	640.314	.032	.23882	.11133	.02021	.45744
Persoana adulta cu dizabilitati (2 și 3)	Equal variances assumed	2.563	498	.011	.41890	.16344	.09779	.74001
	Equal variances not assumed	2.624	380.993	.009	.41890	.15964	.10501	.73279
Persoana adulta cu dizabilitati (1 și 3)	Equal variances assumed	3.660	484	.000	.60325	.16484	.27937	.92713
	Equal variances not assumed	3.849	365.112	.000	.60325	.15671	.29508	.91142

Anexa A 3.6. Compararea statistică a mediilor (t-Student pentru eșantioane independente) a distanțelor sociale acceptate de respondenții angajați sau neangajați în câmpul muncii în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Familii copil cu dizabilitati	Equal variances assumed	-.917	797	.360	-.10034	.10948	-.31525	.11457
	Equal variances not assumed	-.923	793.452	.356	-.10034	.10875	-.31381	.11312
Persoana adulta cu dizabilitati	Equal variances assumed	-3.891	797	.000	-.46213	.11877	-.69527	-.22900
	Equal variances not assumed	-3.904	796.843	.000	-.46213	.11838	-.69451	-.22975
Copil cu dizabilitati	Equal variances assumed	-.380	797	.704	-.04094	.10780	-.25254	.17067
	Equal variances not assumed	-.379	787.074	.705	-.04094	.10792	-.25277	.17090

Anexa A 3.7. Compararea statistică multiplă (ANOVA-Bonferroni) a distanțelor sociale acceptate de persoanele cu statut marital (civil) diferit în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate

Multiple Comparisons								
Dependent Variable		(I) Stare civila	(J) Stare civila	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Familii copil cu dizabilitati	Bonferroni	1.00	2.00	-.10203	.11477	1.000	-.4056	.2015
			3.00	-.17256	.22617	1.000	-.7708	.4256
			4.00	-.02005	.38429	1.000	-1.0365	.9964
		2.00	1.00	.10203	.11477	1.000	-.2015	.4056
			3.00	-.07053	.22521	1.000	-.6662	.5251
			4.00	.08198	.38373	1.000	-.9329	1.0969
		3.00	1.00	.17256	.22617	1.000	-.4256	.7708
			2.00	.07053	.22521	1.000	-.5251	.6662
			4.00	.15251	.43038	1.000	-.9858	1.2908
		4.00	1.00	.02005	.38429	1.000	-.9964	1.0365
			2.00	-.08198	.38373	1.000	-1.0969	.9329
			3.00	-.15251	.43038	1.000	-1.2908	.9858
Persoana adulta cu dizabilitati	Bonferroni	1.00	2.00	.24263	.12534	.320	-.0889	.5741
			3.00	-.03683	.24700	1.000	-.6901	.6165
			4.00	.36731	.41968	1.000	-.7427	1.4773
		2.00	1.00	-.24263	.12534	.320	-.5741	.0889
			3.00	-.27945	.24595	1.000	-.9300	.3711
			4.00	.12469	.41907	1.000	-.9837	1.2331
		3.00	1.00	.03683	.24700	1.000	-.6165	.6901
			2.00	.27945	.24595	1.000	-.3711	.9300
			4.00	.40414	.47002	1.000	-.8390	1.6473
		4.00	1.00	-.36731	.41968	1.000	-1.4773	.7427
			2.00	-.12469	.41907	1.000	-1.2331	.9837

Copil cu dizabilitati	Bonferroni	1.00	3.00	-.40414	.47002	1.000	-1.6473	.8390
			2.00	.14839	.11267	1.000	-.1496	.4464
			3.00	.47759	.22202	.191	-.1096	1.0648
		2.00	4.00	.10177	.37724	1.000	-.8960	1.0995
			1.00	-.14839	.11267	1.000	-.4464	.1496
			3.00	.32920	.22108	.821	-.2555	.9139
		3.00	4.00	-.04662	.37669	1.000	-1.0429	.9497
			1.00	-.47759	.22202	.191	-1.0648	.1096
			2.00	-.32920	.22108	.821	-.9139	.2555
		4.00	4.00	-.37582	.42248	1.000	-1.4932	.7416
			1.00	-.10177	.37724	1.000	-1.0995	.8960
			2.00	.04662	.37669	1.000	-.9497	1.0429
			3.00	.37582	.42248	1.000	-.7416	1.4932

Anexa A 3.8. Compararea statistică multiplă (ANOVA-Bonferroni) a distanțelor sociale acceptate de persoanele cu statut economic diferit în raport cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate

Multiple Comparisons							
Bonferroni							
Dependent Variable	(I) Stare economic a	(J) Stare economic a	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Familii copil cu dizabilitati	1.00	2.00	.01990	.12020	1.000	-.2685	.3083
		3.00	.24694	.18724	.563	-.2023	.6961
	2.00	1.00	-.01990	.12020	1.000	-.3083	.2685
		3.00	.22703	.19783	.754	-.2476	.7016
	3.00	1.00	-.24694	.18724	.563	-.6961	.2023
		2.00	-.22703	.19783	.754	-.7016	.2476
Persoana adulta cu dizabilitati	1.00	2.00	.25586	.13130	.155	-.0591	.5709
		3.00	.29366	.20454	.454	-.1970	.7843
	2.00	1.00	-.25586	.13130	.155	-.5709	.0591
		3.00	.03779	.21611	1.000	-.4807	.5562
	3.00	1.00	-.29366	.20454	.454	-.7843	.1970
		2.00	-.03779	.21611	1.000	-.5562	.4807
Copil cu dizabilitati	1.00	2.00	.12882	.11804	.826	-.1544	.4120
		3.00	-.31527	.18388	.260	-.7564	.1259
	2.00	1.00	-.12882	.11804	.826	-.4120	.1544
		3.00	-.44409	.19428	.068	-.9102	.0220
	3.00	1.00	.31527	.18388	.260	-.1259	.7564
		2.00	.44409	.19428	.068	-.0220	.9102

Anexa A 3.9. Compararea statistică a mediilor (t-Student pentru eșantioane independente) a atitudinilor față de persoanele adulte cu dizabilități ale respondenților din Loturile 1 și 2

t-test for Equality of Means

		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Abilități social-comunicative	Equal variances assumed	2.276	797	.023	.16009	.07035	.02200	.29817
	Equal variances not assumed	2.548	469.300	.011	.16009	.06283	.03663	.28355
Activism și implicare socială	Equal variances assumed	1.420	797	.156	.09676	.06815	-.03702	.23054
	Equal variances not assumed	1.593	471.519	.112	.09676	.06075	-.02261	.21613
Abilități social-afective	Equal variances assumed	1.830	797	.068	.11616	.06346	-.00841	.24072
	Equal variances not assumed	2.052	470.682	.041	.11616	.05660	.00493	.22738
Autoprezentare	Equal variances assumed	1.631	797	.103	.11259	.06902	-.02290	.24808
	Equal variances not assumed	1.813	461.205	.071	.11259	.06212	-.00948	.23466

Anexa A 3.10. Compararea statistică a mediilor (t-Student pentru eșantioane independente) a atitudinilor față de tații copiilor cu dizabilități ale respondenților din Loturile 1 și 2

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Abilități social-comunicative	Equal variances assumed	1.247	797	.213	.10323	.08278	-.05925	.26571
	Equal variances not assumed	1.410	480.362	.159	.10323	.07319	-.04059	.24705
Activism și implicare socială	Equal variances assumed	1.408	797	.160	.11521	.08182	-.04540	.27582
	Equal variances not assumed	1.607	490.545	.109	.11521	.07171	-.02568	.25610
Abilități social-afective	Equal variances assumed	.065	797	.948	.00434	.06704	-.12725	.13594
	Equal variances not assumed	.072	464.741	.942	.00434	.06013	-.11382	.12251
Autoprezentare	Equal variances assumed	.897	797	.370	.06876	.07667	-.08174	.21925
	Equal variances not assumed	1.014	480.322	.311	.06876	.06779	-.06445	.20197

Anexa A 3.11. Compararea statistică a mediilor (t-Student pentru eșantioane independente) a atitudinilor față de mamele copiilor cu dizabilități ale respondenților din Loturile 1 și 2

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Abilități social-comunicative	Equal variances assumed	2.453	797	.014	.21593	.08802	.04315	.38871
	Equal variances not assumed	2.774	480.232	.006	.21593	.07784	.06298	.36888
Activism și implicare socială	Equal variances assumed	1.730	797	.084	.14901	.08613	-.02007	.31808
	Equal variances not assumed	1.972	489.132	.049	.14901	.07558	.00051	.29750
Abilități social-afective	Equal variances assumed	.741	797	.459	.05283	.07131	-.08714	.19281
	Equal variances not assumed	.845	490.386	.398	.05283	.06250	-.06997	.17564
Autoprezentare	Equal variances assumed	2.028	797	.043	.17035	.08399	.00548	.33522
	Equal variances not assumed	2.281	474.413	.023	.17035	.07467	.02363	.31707

Anexa A 3.12. Compararea statistică a mediilor (t-Student pentru eșantioane independente) a atitudinilor față de copiii cu dizabilități ale respondenților din Loturile 1 și 2

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Abilități social-comunicative	Equal variances assumed	1.468	797	.142	.11348	.07728	-.03822	.26518
	Equal variances not assumed	1.658	478.559	.098	.11348	.06844	-.02101	.24797
Activism și implicare socială	Equal variances assumed	1.074	797	.283	.08380	.07802	-.06935	.23695
	Equal variances not assumed	1.191	459.154	.234	.08380	.07035	-.05446	.22205
Abilități social-afective	Equal variances assumed	1.442	797	.150	.10205	.07077	-.03687	.24098
	Equal variances not assumed	1.654	496.499	.099	.10205	.06171	-.01919	.22330
Autoprezentare	Equal variances assumed	1.299	797	.194	.10038	.07730	-.05136	.25212
	Equal variances not assumed	1.454	469.276	.147	.10038	.06904	-.03529	.23605

Anexa A 3.13. Excluziunea socială (prin distanțe sociale) și atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor din grupurile dezavantajate prin dizabilitate

		Familii copil cu dizabilitati	Persoana adulta cu dizabilitati	Copil cu dizabilitati
Personă adultă cu dizabilități calități social comunicative	Pearson Correlation	-.021	.019	.046
	Sig. (2-tailed)	.559	.597	.192
	N	799	799	799
Personă adultă cu dizabilități activism implicare sociale	Pearson Correlation	.013	.021	.030
	Sig. (2-tailed)	.717	.548	.403
	N	799	799	799
Personă adultă cu dizabilități calități social afective	Pearson Correlation	-.027	.017	.054
	Sig. (2-tailed)	.451	.628	.126
	N	799	799	799
Personă adultă cu dizabilități autoprezentare	Pearson Correlation	-.005	.024	.018
	Sig. (2-tailed)	.894	.494	.603
	N	799	799	799
Tatăl copilului cu dizabilități abilități social comunicative	Pearson Correlation	.000	.007	.004
	Sig. (2-tailed)	.990	.841	.907
	N	799	799	799
Tatăl copilului cu dizabilități activism implicare sociale	Pearson Correlation	.015	.015	.016
	Sig. (2-tailed)	.666	.668	.654
	N	799	799	799
Tatăl copilului cu dizabilități calități social afective	Pearson Correlation	.014	-.010	-.019
	Sig. (2-tailed)	.699	.781	.590
	N	799	799	799
Tatăl copilului cu dizabilități autoprezentare	Pearson Correlation	.001	.000	-.006
	Sig. (2-tailed)	.981	.994	.859
	N	799	799	799
Mama copilului cu dizabilități calități social comunicative	Pearson Correlation	-.022	.012	.076*
	Sig. (2-tailed)	.536	.744	.033
	N	799	799	799
Mama copilului cu dizabilități activism implicare sociale	Pearson Correlation	-.011	.036	.073*
	Sig. (2-tailed)	.755	.306	.040
	N	799	799	799
Mama copilului cu dizabilități calități social afective	Pearson Correlation	.000	.013	.033
	Sig. (2-tailed)	.993	.709	.349
	N	799	799	799
	Pearson Correlation	-.022	.020	.052

Mama copilului cu dizabilități <i>autoprezentare</i>	Sig. (2-tailed)	.529	.572	.140
	N	799	799	799
Copilul cu dizabilități calități <i>social comunicative</i>	Pearson Correlation	.032	-.005	.078*
	Sig. (2-tailed)	.365	.881	.028
	N	799	799	799
Copilul cu dizabilități <i>activism implicare sociale</i>	Pearson Correlation	.048	-.013	.048
	Sig. (2-tailed)	.174	.713	.173
	N	799	799	799
Copilul cu dizabilități calități <i>social afective</i>	Pearson Correlation	.031	.010	.062
	Sig. (2-tailed)	.376	.772	.079
	N	799	799	799
Copilul cu dizabilități <i>autoprezentare</i>	Pearson Correlation	.030	.011	.048
	Sig. (2-tailed)	.401	.766	.171
	N	799	799	799

Anexa A 3.14. Heteroexcluziunea (prin distanțe sociale) și atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor din grupurile dezavantajate prin dizabilitate

		Familii copil cu dizabilitati	Persoana adulta cu dizabilitati	Copil cu dizabilitati
Personă adultă cu dizabilități <i>abilități social comunicative</i>	Pearson Correlation	-.019	.026	.056
	Sig. (2-tailed)	.654	.528	.176
	N	588	588	588
Personă adultă cu dizabilități <i>activism implicare sociale</i>	Pearson Correlation	.037	.057	.050
	Sig. (2-tailed)	.370	.171	.222
	N	588	588	588
Personă adultă cu dizabilități <i>abilități social afective</i>	Pearson Correlation	-.028	.029	.060
	Sig. (2-tailed)	.499	.479	.148
	N	588	588	588
Personă adultă cu dizabilități <i>autoprezentare</i>	Pearson Correlation	.005	.043	.039
	Sig. (2-tailed)	.898	.297	.342
	N	588	588	588
Tatăl copilului cu dizabilități <i>abilități i social comunicative</i>	Pearson Correlation	.009	.024	.050
	Sig. (2-tailed)	.833	.560	.222
	N	588	588	588
Tatăl copilului cu dizabilități <i>activism implicare sociale</i>	Pearson Correlation	.034	.034	.070
	Sig. (2-tailed)	.409	.410	.090
	N	588	588	588
Tatăl copilului cu dizabilități <i>abilități social afective</i>	Pearson Correlation	.028	.018	-.003
	Sig. (2-tailed)	.495	.669	.946
	N	588	588	588
Tatăl copilului cu dizabilități <i>autoprezentare</i>	Pearson Correlation	.019	.023	.026
	Sig. (2-tailed)	.642	.585	.525
	N	588	588	588
Mama copilului cu dizabilități calități <i>social comunicative</i>	Pearson Correlation	-.016	.028	.120**
	Sig. (2-tailed)	.694	.493	.004
	N	588	588	588
Mama copilului cu dizabilități <i>activism implicare sociale</i>	Pearson Correlation	-.014	.052	.119**
	Sig. (2-tailed)	.743	.210	.004
	N	588	588	588
Mama copilului cu dizabilități <i>abilități social afective</i>	Pearson Correlation	-.015	.035	.064
	Sig. (2-tailed)	.723	.403	.121
	N	588	588	588
Mama copilului cu dizabilități <i>autoprezentare</i>	Pearson Correlation	-.022	.039	.091*
	Sig. (2-tailed)	.600	.342	.028
	N	588	588	588
Copilul cu dizabilități <i>abilități social comunicative</i>	Pearson Correlation	.029	.013	.091*
	Sig. (2-tailed)	.481	.746	.027
	N	588	588	588
Copilul cu dizabilități <i>activism implicare sociale</i>	Pearson Correlation	.039	.000	.056
	Sig. (2-tailed)	.345	1.000	.179

	N	588	588	588
Copilul cu dizabilități <i>abilități social afective</i>	Pearson Correlation	.037	.028	.079
	Sig. (2-tailed)	.376	.498	.057
	N	588	588	588
Copilul cu dizabilități <i>autoprezentare</i>	Pearson Correlation	.033	.033	.077
	Sig. (2-tailed)	.424	.428	.063
	N	588	588	588

Anexa A 3.15. Autoexcluziunea (prin distanțe sociale) și atitudinile față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor din grupurile dezavantajate prin dizabilitate

		Familii copil cu dizabilitati	Persoana adulta cu dizabilitati	Copil cu dizabilitati
Personă adultă cu dizabilități <i>abilități social comunicative</i>	Pearson Correlation	0.005	-0.039	0.042
	Sig. (2-tailed)	0.945	0.573	0.545
	N	211	211	211
Personă adultă cu dizabilități <i>activism implicare sociale</i>	Pearson Correlation	0.002	0.021	0.013
	Sig. (2-tailed)	0.981	0.760	0.855
	N	211	211	211
Personă adultă cu dizabilități <i>abilități social afective</i>	Pearson Correlation	-0.071	-0.074	0.050
	Sig. (2-tailed)	0.304	0.288	0.471
	N	211	211	211
Personă adultă cu dizabilități <i>autoprezentare</i>	Pearson Correlation	-0.033	-0.050	0.009
	Sig. (2-tailed)	0.638	0.466	0.901
	N	211	211	211
Tatăl copilului cu dizabilități <i>abilități social comunicative</i>	Pearson Correlation	-0.050	0.016	0.047
	Sig. (2-tailed)	0.469	0.812	0.499
	N	211	211	211
Tatăl copilului cu dizabilități <i>cu activism implicare sociale</i>	Pearson Correlation	-0.033	0.007	0.029
	Sig. (2-tailed)	0.632	0.918	0.676
	N	211	211	211
Tatăl copilului cu dizabilități <i>abilități social afective</i>	Pearson Correlation	-0.044	0.107	0.001
	Sig. (2-tailed)	0.521	0.121	0.985
	N	211	211	211
Tatăl copilului cu dizabilități <i>autoprezentare</i>	Pearson Correlation	-0.039	0.019	-0.013
	Sig. (2-tailed)	0.571	0.789	0.846
	N	211	211	211
Mama copilului cu dizabilități <i>abilități social comunicative</i>	Pearson Correlation	-0.032	-0.008	0.041
	Sig. (2-tailed)	0.648	0.907	0.551
	N	211	211	211
Mama copilului cu dizabilități <i>activism implicare sociale</i>	Pearson Correlation	-0.043	0.035	0.007
	Sig. (2-tailed)	0.538	0.613	0.919
	N	211	211	211
Mama copilului cu dizabilități <i>abilități social afective</i>	Pearson Correlation	-0.028	0.023	0.034
	Sig. (2-tailed)	0.688	0.739	0.624
	N	211	211	211
Mama copilului cu dizabilități <i>autoprezentare</i>	Pearson Correlation	-0.052	0.034	0.036
	Sig. (2-tailed)	0.453	0.619	0.605
	N	211	211	211
Copilul cu dizabilități <i>abilități social comunicative</i>	Pearson Correlation	0.074	-0.073	0.074
	Sig. (2-tailed)	0.284	0.291	0.285
	N	211	211	211
Copilul cu dizabilități <i>activism implicare sociale</i>	Pearson Correlation	0.108	-0.036	0.040
	Sig. (2-tailed)	0.118	0.605	0.564
	N	211	211	211
Copilul cu dizabilități <i>abilități social afective</i>	Pearson Correlation	0.042	-0.029	0.023
	Sig. (2-tailed)	0.544	0.676	0.735
	N	211	211	211
	Pearson Correlation	0.069	0.012	0.064

Copilul cu dizabilități autoprezentare	Sig. (2-tailed)	0.320	0.863	0.354
	N	211	211	211

Anexa A 3.16. Mărimea efectului global în asocierea variabilelor în funcție de emoțiile de autoreferință a părinților

Scale TOSCA-3	Valori joase		Valori medii		Valori înalte	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
	Culpabilitate	20	9,5%	123	58,3%	68
Rușine	24	11,4%	167	79,1%	20	9,5%
Externalizare	35	16,6%	165	78,2%	11	5,2%
Detășare	18	8,5%	167	79,1%	26	12,4%
Alfa-mândrie	33	15,6%	123	58,3%	55	26,1%
Beta-mândrie	28	13,3%	119	56,4%	64	30,3%

Anexa A 3.17. Reprezentarea descriptivă: numărul de cazuri, media și abaterea standard în funcție de emoțiile de auto-referință a părinților

	Culpabilitate	Rușine	Izolare socială	Detășare	Alfa-mândrie	Beta-mândrie
N părinți	211	211	211	211	211	211
Missing	0	0	0	0	0	0
Mean	2,52	2,10	1,97	2,29	2,37	2,50
Std. Error of mean	,06924	,05547	,05290	,05393	,06800	,07074
Std.Deviation	1,00571	,80571	,76836	,78337	,98772	1,02750
Variance	1,011	,649	,590	,614	,976	1,056
Minimum	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00

Notă: Interpretarea distanței până la 1,15 – valori joase; 1,16-3,15 – valori medii; 3,16-5,0 – valori înalte

Anexa A 3.18. Analiza (descriptivă) a variabilelor dintre emoțiilor autoreferențiale și sexul participanților

	Genul	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Culpabilitate	F	160	2,3569	,98656	,13815
	M	51	2,5750	1,00908	,07977
Rușine	F	160	2,0373	,70766	,09909
	M	51	2,1256	,83547	,06605
Izolare socială	F	160	1,8784	,64879	,09085
	M	51	2,0000	,80236	,06343
Detășare	F	160	2,1941	,55872	,07824
	M	51	2,2794	,84296	,06664
Alfa-mândrie	F	160	2,2118	,90014	,12605
	M	51	2,4188	1,01158	,07997
Beta-mândrie	F	160	2,5333	,95303	,13345
	M	51	2,4937	1,05280	,0323

Anexa A 3.19. Rezultatele analizei de varianță în funcție de emoțiile autoreferențiale și vârsta participanților

ANOVA						
Vârsta		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Culpabilitate	Intergrup	,191	1	,191	,188	,665
	Intragrup	212,215	209	1,015		
	Total	212,405	210			
Rușine	Intergrup	,289	1	,289	,443	,506
	Intragrup	136,037	209	,651		

	Total	136,326	210			
Izolare socială	Intergrup	,021	1	,021	,035	,852
	Intragrup	123,957	209	,593		
	Total	123,978	210			
Detaşare	Intergrup	,837	1	,837	1,367	,244
	Intragrup	128,034	209	,613		
	Total	128,871	210			
Alfa-mândrie	Intergrup	,038	1	,038	,038	,845
	Intragrup	204,836	209	,980		
	Total	204,874	210			
Beta-mândrie	Intergrup	,538	1	,538	,508	,477
	Intragrup	221,170	209	1,058		
	Total	221,708	210			

Anexa A 3.20. Rezultatele analizei de varianță în funcție de emoțiile autoreferențiale și mediul de reședință a participanților (ANOVA)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Culpabilitate	Intergrup	4,696	1	4,696	4,725	,031
	Intragrup	207,709	210	,994		
	Total	212,405	211			
Rușine	Intergrup	2,937	1	2,937	4,603	,033
	Intragrup	133,389	210	,638		
	Total	136,326	211			
Izolare socială	Intergrup	4,217	1	4,217	7,359	,007
	Intragrup	119,761	210	,573		
	Total	123,978	211			
Detaşare	Intergrup	3,970	1	3,970	6,643	,011
	Intragrup	124,902	210	,598		
	Total	128,871	211			
Alfa-mândrie	Intergrup	4,218	1	4,218	4,393	,037
	Intragrup	200,656	210	,960		
	Total	204,874	211			
Beta-mândrie	Intergrup	2,485	1	2,485	2,369	,125
	Intragrup	219,223	210	1,049		
	Total	221,708	211			

Anexa A 3.21. Analiza (descriptivă) a variabilelor dinre emoțiile autoreferențiale și nivelul de studii a participanților (1-studii medii generale 2-studii medii speciale)

	Nivel de studii	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Culpabilitate	1	72	2,3903	,95757	,11285
	2	83	2,5072	1,04050	,11421
Rușine	1	72	2,0583	,74828	,08819
	2	83	2,1518	,79822	,08762
Izolare socială	1	72	2,0042	,76184	,08978
	2	83	1,9518	,69411	,07619
Detaşare	1	72	2,3472	,78147	,09210
	2	83	2,2663	,71521	,07850
Alfa-mândrie	1	72	2,4500	,96342	,11354
	2	83	2,3253	1,03627	,11375
Beta-mândrie	1	72	2,5611	,05277	,12407
	2	83	2,5012	,99676	,10941

Anexa A 3.22. Analiza (descriptivă) a variabilelor dintre emoțiile autoreferențiale și nivelul de studii a participanților (1-studii medii generale 3-studii superioare)

	Nivel de studii	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Culpabilitate	1	72	2,3903	,95757	,11285
	3	56	2,7143	1,00171	,13386
Rușine	1	72	2,0583	,74828	,08819
	3	56	2,0929	,89419	,11949
Izolare socială	1	72	2,0042	,76184	,08978
	3	56	1,9554	,88563	,11835
Detașare	1	72	2,3472	,78147	,09210
	3	56	2,1339	,87517	,11695
Alfa-mândrie	1	72	2,4500	,96342	,11354
	3	56	2,3286	,95531	,12766
Beta-mândrie	1	72	2,5611	,05277	,12407
	3	56	2,4321	1,05332	,14076

Anexa A 3.23. Rezultatele analizei de varianță în funcție de emoțiile autoreferențiale și nivelul de studii a participanților (ANOVA)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Culpabilitate	Intergrup	3,338	2	1,669	1,660	,193
	Intragrup	209,067	208	1,005		
	Total	212,405	210			
Rușine	Intergrup	,347	2	,173	,265	,767
	Intragrup	135,979	208	,654		
	Total	136,326	210			
Izolare socială	Intergrup	,123	2	,062	,104	,902
	Intragrup	123,854	208	,595		
	Total	123,978	210			
Detașare	Intergrup	1,441	2	,720	1,176	,311
	Intragrup	127,431	208	,613		
	Total	128,871	210			
Alfa-mândrie	Intergrup	,722	2	,361	,368	,693
	Intragrup	204,151	208	,981		
	Total	204,874	210			
Beta-mândrie	Intergrup	,525	2	,262	,247	,782
	Intragrup	221,183	208	1,063		
	Total	221,708	210			

Anexa A 3.24. Analiza (descriptivă) a variabilelor dinre emoțiile autoreferențiale și angajarea/neangajarea în câmpul muncii a participanților

	1. Angajat 2. Neangajat	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Culpabilitate	1	132	2,5970	,99961	,08701
	2	79	2,3975	1,00982	,11361
Rușine	1	132	2,1030	,77479	,06744
	2	79	2,1063	,85999	,09676
Izolare socială	1	132	1,9508	,73459	,06394
	2	79	2,0038	,82547	,09287
Detașare	1	132	2,2167	,76250	,06637
	2	79	2,3291	,81715	,09194
Alfa-mândrie	1	132	2,4273	,97785	,08511
	2	79	2,2709	1,00258	,11280
Beta-mândrie	1	132	2,5182	1,01949	,08874
	2	79	2,4785	1,04681	,11778

Anexa A 3.25. Rezultatele analizei de varianță în funcție de emoțiile autoreferențiale și angajarea/neangajarea în câmpul muncii a participanților (ANOVA)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Culpabilitate	Intergrup	1,967	1	1,967	1,954	,164
	Intragrup	210,438	209	1,007		
	Total	212,405	210			
Rușine	Intergrup	,001	1	,001	,001	,977
	Intragrup	136,326	209	,652		
	Total	136,326	210			
Izolare socială	Intergrup	,139	1	,139	,235	,629
	Intragrup	123,839	209	,593		
	Total	123,978	210			
Detașare	Intergrup	,625	1	,625	1,018	,314
	Intragrup	128,246	209	,614		
	Total	128,871	210			
Alfa-mândrie	Intergrup	1,209	1	1,209	1,240	,267
	Intragrup	203,665	209	,974		
	Total	204,874	210			
Beta-mândrie	Intergrup	,078	1	,078	,073	,787
	Intragrup	221,630	209	1,060		
	Total	221,708	210			

Anexa A 3.26. Analiza (descriptivă) a variabilelor dintre emoțiile autoreferențiale și statutul marital a participanților (1-necăsătoriți 2- căsătoriți)

	1-necăsătoriți 2- căsătoriți	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Culpabilitate	1	58	2,6328	1,06596	,13997
	2	153	2,4804	,98228	,07941
Rușine	1	58	2,2983	,88347	,11601
	2	153	2,0307	,76445	,06180
Izolare socială	1	58	2,1483	,82616	,10848
	2	153	1,9033	,73694	,05958
Detașare	1	58	2,4810	,83466	,10960
	2	153	2,1745	,74873	,06053
Alfa-mândrie	1	58	2,6241	1,12270	,14742
	2	153	2,2719	,91698	,07413
Beta-mândrie	1	58	2,8103	1,04725	,13751
	2	153	2,3869	,99886	,08075

Anexa A 3.27. Rezultatele analizei de varianță în funcție de emoțiile autoreferențiale și statutul marital a participanților (ANOVA)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Culpabilitate	Intergrup	,976	1	,976	,965	,327
	Intragrup	211,429	210	1,012		
	Total	212,405	211			
Rușine	Intergrup	3,011	1	3,011	4,720	,031
	Intragrup	133,315	210	,638		
	Total	136,326	211			
Izolare socială	Intergrup	2,525	1	2,525	4,344	,038
	Intragrup	121,453	210	,581		
	Total	123,978	211			
Detașare	Intragrup	3,952	1	3,952	6,611	,011
	Intragrup	124,920	210	,598		
	Total	128,871	211			
Alfa-mândrie	Intergrup	5,218	1	5,218	5,462	,020
	Intragrup	199,655	210	,955		
	Total	204,874	211			
Beta-mândrie	Intergrup	7,540	1	7,540	7,358	,007

	Intragrup	214,168	210	1,025		
	Total	221,708	211			

Anexa A 3.28. Analiza (descriptivă) a variabilelor dintre emoțiile autoreferențiale și nivelul socio-economic a participanților (1-venituri joase 2-venituri joase și medii)

	1-venituri joase 2-venituri joase și medii	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Culpabilitate	1	102	2,4353	,99778	,09880
	2	109	2,6037	1,01086	,09682
Rușine	1	102	2,1206	,82646	,08183
	2	109	2,0890	,78932	,07560
Izolare socială	1	102	2,0039	,84747	,08391
	2	109	1,9394	,68867	,06596
Detășare	1	102	2,3422	,83553	,08273
	2	109	2,1807	,72642	,06958
Alfa-mândrie	1	102	2,3373	1,01746	,10074
	2	109	2,3982	,96283	,09222
Beta-mândrie	1	102	2,5216	1,03145	,10213
	2	109	2,4862	1,02826	,09849

Anexa A 3.29. Rezultatele analizei de varianță în funcție de emoțiile autoreferențiale și nivelul socio-economic a participanților (1-venituri joase 2-venituri joase și medii) (ANOVA)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Culpabilitate	Intergrup	1,494	1	1,494	1,480	,225
	Intragrup	210,911	210	1,009		
	Total	212,405	211			
Rușine	Intergrup	,053	1	,053	,081	,777
	Intragrup	136,274	210	,652		
	Total	136,326	211			
Izolare socială	Intergrup	,219	1	,219	,370	,544
	Intragrup	123,759	210	,592		
	Total	123,978	211			
Detășare	Intergrup	1,373	1	1,373	2,251	,135
	Intragrup	127,498	210	,610		
	Total	128,871	211			
Alfa-mândrie	Intergrup	,195	1	,195	,200	,655
	Intragrup	204,678	210	,979		
	Total	204,874	211			
Beta-mândrie	Intergrup	,066	1	,066	,062	,804
	Intragrup	221,642	210	1,060		
	Total	221,708	211			

Anexa A 3.30. Analiza (descriptivă) a variabilelor dintre emoțiile autoreferențiale și numărul copiilor cu dizabilități (1- un copil 2- doi și mai mulți)

	1- un copi 2- doi și mai mulți	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Culpabilitate	1	177	2,5644	1,00534	,07557
	2	34	2,3029	,99346	,17038
Rușine	1	177	2,1441	,79700	,05991
	2	34	1,8971	,83102	,14252
Izolare socială	1	177	2,0034	,78189	,05877
	2	34	1,800	,67868	,11639
Detășare	1	177	2,2927	,77511	,05826
	2	34	2,0824	,81407	,13961
Alfa-mândrie	1	177	2,4181	,98310	,07389
	2	34	2,1118	,98620	,16913
Beta-mândrie	1	177	2,5672	1,01916	,07660
	2	34	2,1706	1,02115	,17513

Anexa A 3.31. Rezultatele analizei de varianță în funcție de emoțiile autoreferențiale și numărul copiilor cu dizabilități (1- un copil 2- doi și mai mulți) (ANOVA)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Culpabilitate	Intergrup	1,950	1	1,950	1,936	,166
	Intragrup	210,455	209	1,007		
	Total	212,405	210			
Rușine	Intergrup	1,740	1	1,740	2,702	,102
	Intragrup	134,586	209	,644		
	Total	136,326	210			
Izolare socială	Intergrup	1,180	1	1,180	2,008	,158
	Intragrup	122,798	209	,588		
	Total	123,978	210			
Detășare	Intergrup	1,261	1	1,261	2,066	,152
	Intragrup	127,610	209	,611		
	Total	128,871	210			
Alfa-mândrie	Intergrup	2,676	1	2,676	2,766	,098
	Intragrup	202,197	209	,967		
	Total	204,874	210			
Beta-mândrie	Intergrup	4,487	1	4,487	4,317	,039
	Intragrup	217,221	209	1,039		
	Total	221,708	210			

Anexa A 3.32. Analiza (descriptivă) a variabilelor dintre emoțiile autoreferențiale a părinților și sexul copiilor (1- masculin 2- feminin)

	1- masculin 2- feminin	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Culpabilitate	1	108	2,5667	1,02574	,09870
	2	103	2,4757	,98712	,09726
Rușine	1	108	2,1333	,84167	,08099
	2	103	2,0738	,76913	,07578
Izolare socială	1	108	2,0065	,79217	,07623
	2	103	1,9330	,74457	,07337
Detășare	1	108	2,2981	,77327	,07441
	2	103	2,2175	,79551	,07838
Alfa-mândrie	1	108	2,4241	,1,02263	,09840
	2	103	2,3107	,95125	,09373
Beta-mândrie	1	108	2,5352	1,06948	,10291
	2	103	2,4699	,98567	,09712

Anexa A 3.33 Analiza (descriptivă) a variabilelor între emoțiile auto- referențiale a părinților și sexul copiilor (1- masculin 2- feminin) (ANOVA)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Culpabilitate	Intergrup	,436	1	,436	,430	,513
	Intragrup	211,969	209	1,014		
	Total	212,405	210			
Rușine	Intergrup	,187	1	,187	,287	,593
	Intragrup	136,139	209	,651		
	Total	136,326	210			
Izolare socială	Intergrup	,285	1	,285	,481	,489
	Intragrup	123,693	209	,592		
	Total	123,978	210			
Detășare	Intergrup	,343	1	,343	,558	,456
	Intragrup	128,528	209	,615		
	Total	128,871	210			
Alfa-mândrie	Intergrup	,678	1	,678	,694	,406
	Intragrup	204,196	209	,977		

	Total	204,874	210			
Beta-mândrie	Intergrup	,225	1	,225	,212	,646
	Intragrup	221,483	209	1,060		
	Total	221,708	210			

Anexa A 3.34. Repartizarea copiilor cu dizabilități în funcție de segmentul de vârstă

	Segmentul de vârstă	Frequency	Percent %	Valid Percent %	Cumulative Percent
Valid	0-3 ani	6	,8	2,8	2,822
	4-6 ani	41	5,1	19,4	3
	7-10 ani	35	4,4	16,6	38,9
	11-14 ani	44	5,5	20,9	59,7
	15-18 ani	50	6,3	23,7	83,4
	m.mare de 18 ani	35	4,4	16,6	100.0
Total		211	26,4	100.0	
Missing System		588	73,6		
Total		799	100,0		

Anexa A 3.35. Rezultatele analizei de varianță în funcție de emoțiile auto-referențiale a părinților și segmentul de vârstă a copiilor (ANOVA)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Culpabilitate	Intergrup	2,709	4	,677	,665	,617
	Intragrup	209,697	206	1,018		
	Total	212,405	210			
Rușine	Intergrup	3,929	4	,982	1,528	,195
	Intragrup	132,397	206	,643		
	Total	136,326	210			
Izolare socială	Intergrup	2,797	4	,699	1,189	,317
	Intragrup	121,180	206	,588		
	Total	123,978	210			
Detășare	Intergrup	1,003	4	,251	,404	,806
	Intragrup	127,868	206	,621		
	Total	128,871	210			
Alfa-mândrie	Intergrup	3,184	4	,796	,813	,518
	Intragrup	201,690	206	,979		
	Total	204,874	210			
Beta-mândrie	Intergrup	2,420	4	,605	,568	,686
	Intragrup	219,287	206	1,065		
	Total	221,708	210			

Anexa A 3.36. Corelarea variabilelor prin intermediul coeficientului de concordanță W Kendall

Kendall's tau-b		Culpabilitate	Rușine	Izolare socială	Detășare	Alfa-mândrie	Beta-mândrie
Gen	Correlation Coefficient	,072	,025	,034	,027	,066	-,015
	Sig. (2-tailed)	,209	,668	,553	,644	,261	,791
	N	211	211	211	211	211	211
Vârsta	Correlation Coefficient	-,019	-,046	,009	-,079	,006	-,050
	Sig. (2-tailed)	,738	,424	,876	,170	,917	,386
	N	211	211	211	211	211	211
Mediul de proveniență	Correlation Coefficient	-,123*	-,139*	-,162**	-,154**	-,123*	-,095
	Sig. (2-tailed)	,032	,016	,005	,008	,034	,102
	N	211	211	211	211	211	211
Nivel de educație	Correlation Coefficient	,095	,000	-,048	-,094	-,045	-,050

	Sig. (2-tailed)	,080	,996	,382	,085	,415	,361
	N	211	211	211	211	211	211
Angajare/neangajare în câmpul muncii	Correlation Coefficient	-,081	-,009	,024	,044	-,071	-,017
	Sig. (2-tailed)	,160	,882	,681	,448	,225	,766
	N	211	211	211	211	211	211
Statut marital	Correlation Coefficient	-,053	-,111	-,113	-,133*	-,126*	-,154**
	Sig. (2-tailed)	,359	,055	,052	,021	,031	,008
	N	211	211	211	211	211	211
Nivel socio economic	Correlation Coefficient	,078	-,018	-,020	-,076	,036	-,008
	Sig. (2-tailed)	,175	,751	,729	,187	,533	,889
	N	211	211	211	211	211	211
N copii cu dizabilitate	Correlation Coefficient	-,089	-,106	-,080	-,082	-,095	-,119*
	Sig. (2-tailed)	,121	,066	,166	,155	,103	,041
	N	211	211	211	211	211	211
sex/copii	Correlation Coefficient	-,035	-,022	-,034	-,035	-,044	-,020
	Sig. (2-tailed)	,545	,701	,555	,548	,450	,735
	N	211	211	211	211	211	211
Vârsta/copii	Correlation Coefficient	,027	,079	,054	-,016	,049	,026
	Sig. (2-tailed)	,599	,125	,299	,762	,354	,619
	N	211	211	211	211	211	211
<i>Notă: Corelarea este semnificativă de la pragul de 0.01 (între 2 ranguri)</i>							

Anexa A 3.37. Corelarea variabilelor privind distanțele sociale și emoțiile autoreferențiale prin intermediul coeficientului de corelație Pearson

		Familii copil cu dizabilitati	Persoana adulta cu dizabilitati	Copil cu dizabilitati
Culpabilitate	Pearson Correlation	-.155*	.021	.103
	Sig. (2-tailed)	.025	.760	.136
	N	211	211	211
Rusine	Pearson Correlation	-.098	.029	.028
	Sig. (2-tailed)	.156	.674	.683
	N	211	211	211
Izolare sociala	Pearson Correlation	-.037	.060	.062
	Sig. (2-tailed)	.592	.384	.368
	N	211	211	211
Detasare	Pearson Correlation	-.026	-.001	.045
	Sig. (2-tailed)	.703	.984	.516
	N	211	211	211
Alfa mandrie	Pearson Correlation	-.071	.048	.077
	Sig. (2-tailed)	.302	.491	.264
	N	211	211	211
Beta mandrie	Pearson Correlation	-.085	.042	.082
	Sig. (2-tailed)	.217	.541	.237
	N	211	211	211

Anexa A 3.38. Corelarea variabilelor privind atitudinile privind abilitățile care asigură participarea socială și emoțiile autoreferențiale prin intermediul coeficientului de corelație Pearson

		Culpabilitate	Rusine	Izolare sociala	Detasare	Alfa mandrie	Beta mandrie
Persoană adultă cu dizabilități abilități social comunicative	Pearson Correlation	-.002	.004	.032	-.001	.017	.041
	Sig. (2-tailed)	.972	.959	.640	.984	.808	.554
	N	211	211	211	211	211	211
Persoană adultă cu dizabilități activism implicare sociale	Pearson Correlation	.007	.068	.108	.069	.110	.081
	Sig. (2-tailed)	.920	.322	.117	.318	.110	.241
	N	211	211	211	211	211	211
Persoană adultă cu dizabilități abilități social afective	Pearson Correlation	.014	.027	.104	.063	.079	.067
	Sig. (2-tailed)	.840	.693	.133	.364	.256	.334
	N	211	211	211	211	211	211
Persoană adultă cu dizabilități autoprezentare	Pearson Correlation	-.015	.027	.056	.055	.034	.030
	Sig. (2-tailed)	.832	.694	.415	.428	.619	.666
	N	211	211	211	211	211	211
Tatăl copilului cu dizabilități abilități social comunicative	Pearson Correlation	.054	.068	.087	.076	.055	.082
	Sig. (2-tailed)	.435	.325	.206	.271	.425	.236
	N	211	211	211	211	211	211
Tatăl copilului cu dizabilități activism implicare sociale	Pearson Correlation	-.018	-.005	.013	-.005	.019	.019
	Sig. (2-tailed)	.793	.945	.852	.941	.781	.787
	N	211	211	211	211	211	211
Tatăl copilului cu dizabilități abilități social afective	Pearson Correlation	.021	.060	.113	.074	.032	.107
	Sig. (2-tailed)	.758	.387	.101	.282	.643	.120
	N	211	211	211	211	211	211
Tatăl copilului cu dizabilități autoprezentare	Pearson Correlation	.022	.016	.028	.009	.012	.031
	Sig. (2-tailed)	.753	.821	.689	.899	.868	.657
	N	211	211	211	211	211	211
Mama copilului cu dizabilități	Pearson Correlation	.048	.054	.095	.060	.046	.077
	Sig. (2-tailed)	.487	.436	.170	.384	.502	.264

<i>abilități social comunicative</i>	N	211	211	211	211	211	211
Mama copilului cu dizabilități activism implicare sociale	Pearson Correlation	.045	.043	.072	.034	.048	.024
	Sig. (2-tailed)	.517	.533	.297	.621	.489	.724
	N	211	211	211	211	211	211
Mama copilului cu dizabilități abilități social afective	Pearson Correlation	.055	.052	.105	.039	.036	.069
	Sig. (2-tailed)	.430	.451	.129	.577	.606	.318
	N	211	211	211	211	211	211
Mama copilului cu dizabilități autoprezentare	Pearson Correlation	.061	.070	.088	.066	.037	.065
	Sig. (2-tailed)	.380	.314	.201	.344	.596	.350
	N	211	211	211	211	211	211
Copilul cu dizabilități abilități social comunicative	Pearson Correlation	.017	.012	.056	-.028	-.005	-.032
	Sig. (2-tailed)	.803	.864	.415	.681	.943	.645
	N	211	211	211	211	211	211
Copilul cu dizabilități activism implicare sociale	Pearson Correlation	.013	.034	.080	-.015	-.008	-.024
	Sig. (2-tailed)	.848	.620	.249	.827	.906	.729
	N	211	211	211	211	211	211
Copilul cu dizabilități abilități social afective	Pearson Correlation	.049	.044	.093	.030	.004	.032
	Sig. (2-tailed)	.480	.528	.181	.668	.954	.640
	N	211	211	211	211	211	211
Copilul cu dizabilități autoprezentare	Pearson Correlation	.041	.045	.086	.006	-.016	-.010
	Sig. (2-tailed)	.557	.516	.211	.927	.821	.881
	N	211	211	211	211	211	211

Anexa A 3.39. Compararea statistică a mediilor (t-Student pentru eșantioane independente) a emoțiilor autoreferențiale ale părinților care au în grijă copii cu dizabilități cu locul controlului extern și intern (Lotul 2)

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Culpabilitate	Equal variances assumed	4.851	209	.000	.98704	.20348	.58591	1.38817
	Equal variances not assumed	4.833	94.063	.000	.98704	.20422	.58156	1.39252
Rusine	Equal variances assumed	6.162	209	.000	1.01830	.16527	.69249	1.34410
	Equal variances not assumed	6.090	92.729	.000	1.01830	.16720	.68626	1.35033
Izolarea sociala	Equal variances assumed	6.953	209	.000	1.12657	.16202	.80717	1.44596
	Equal variances not assumed	8.227	135.983	.000	1.12657	.13694	.85576	1.39737
Detasare	Equal variances assumed	5.775	209	.000	.91394	.15825	.60198	1.22590
	Equal variances not assumed	6.104	105.391	.000	.91394	.14972	.61708	1.21079
Alfa_mandrie	Equal variances assumed	5.060	209	.000	1.01387	.20036	.61888	1.40886
	Equal variances not assumed	5.147	97.715	.000	1.01387	.19700	.62292	1.40482
Beta_mandrie	Equal variances assumed	5.238	209	.000	1.02949	.19655	.64202	1.41695
	Equal variances not assumed	5.433	101.485	.000	1.02949	.18949	.65362	1.40536

Anexa 3.40. Analiza corelației dintre emoțiile autoreferențiale și LC a părinților

		LC extern	LC intern
Culpabilitate	Pearson Correlation	,373**	-,373**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	211	211
Rușine	Pearson Correlation	,427**	-,427**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	211	211
Izolare socială	Pearson Correlation	,431**	-,431**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	211	211
Dețasare	Pearson Correlation	,402**	-,402**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	211	211
Alfa-mândrie	Pearson Correlation	,398**	-,398**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	211	211
Beta-mândrie	Pearson Correlation	,374**	-,374**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	211	211
<i>Notă:</i> Corelarea este semnificativă de la pragul de 0.01 (între 2 ranguri)			

Anexa A 3.41. Compararea mediilor privind distanțele sociale adoptate în funcție de locul controlului extern și intern

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Familii copil cu dizabilitati	Equal variances assumed	-.023	209	.982	-.00501	.22000	-.43872	.42870
	Equal variances not assumed	-.022	86.001	.983	-.00501	.23270	-.46761	.45758
Persoana adulta cu dizabilitati	Equal variances assumed	2.181	209	.030	.57716	.26466	.05542	1.09890
	Equal variances not assumed	2.407	115.546	.018	.57716	.23982	.10214	1.05217
Copil cu dizabilitati	Equal variances assumed	.484	209	.629	.03800	.07854	-.11684	.19283
	Equal variances not assumed	.484	94.763	.630	.03800	.07851	-.11787	.19386

Anexa 4. Calcule statistice în cercetarea experimentului formativ

Anexa A 4.1. Compararea statistică (testul Mann-Whitney U pentru eșantioane independente) a distanței sociale cu grupurile dezavantajate prin dizabilitate – rezultate test pentru grupurile experimental și de control

Test Statistics ^a			
	Familii copil cu dizabilitati	Persoana adulta cu dizabilitati	Copil cu dizabilitati
Mann-Whitney U	103.500	91.500	105.000
Z	-.505	-.891	-.359
Asymp. Sig. (2-tailed)	.614	.373	.720
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.713 ^b	.389 ^b	.775 ^b
a. Grouping Variable: Grup			
b. Not corrected for ties.			

Anexa A 4.2. Compararea statistică (testul Mann-Whitney U pentru eșantioane independente) a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a persoanelor adulte și copiilor cu dizabilități pentru grupurile experimental și de control

Test Statistics ^a								
	PAD calități social comunicative	PAD activism implicare sociale	PAD calități social afective	PAD autoprezentare	CD calități social comunicative	CD activism implicare sociale	CD calități social afective	CD autoprezentare
Mann-Whitney U	104.500	100.500	107.500	107.500	101.000	100.000	96.000	108.000
Z	-.333	-.500	-.208	-.208	-.478	-.521	-.686	-.187
Asymp. Sig. (2-tailed)	.739	.617	.835	.835	.633	.603	.493	.851
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.744 ^b	.624 ^b	.838 ^b	.838 ^b	.653 ^b	.624 ^b	.512 ^b	.870 ^b
a. Grouping Variable: Grup								
b. Not corrected for ties.								

Anexa A 4.3. Compararea statistică (testul Mann-Whitney U pentru eșantioane independente) a atitudinilor față de abilitățile care asigură participarea socială a taților și mamelor copiilor cu dizabilități pentru grupurile experimental și de control

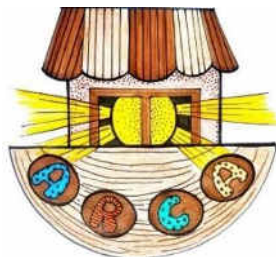
Test Statistics ^a								
	TCD calități social comunicative	TCD activism implicare sociale	TCD calități social afective	TCD autoprezentare	MCD calități social comunicative	MCD activism implicare sociale	MCD calități social afective	MCD autoprezentare
Mann-Whitney U	104.500	100.500	107.500	107.500	101.000	100.000	96.000	108.000
Z	-.333	-.500	-.208	-.208	-.478	-.521	-.686	-.187
Asymp. Sig. (2-tailed)	.739	.617	.835	.835	.633	.603	.493	.851
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.744 ^b	.624 ^b	.838 ^b	.838 ^b	.653 ^b	.624 ^b	.512 ^b	.870 ^b
a. Grouping Variable: Grup								
b. Not corrected for ties.								

Anexa A 4.4. Compararea statistică calculată (testul Mann-Whitney U pentru eșantioane independente) a emoțiilor autoreferențiale pentru grupurile experimental și de control

Test Statistics ^a						
	Culpabilitate	Rusine	Izolarea sociala	Detasare	Alfa- mandrie	Beta- mandrie
Mann-Whitney U	99.000	108.000	66.500	100.000	91.000	92.500
Z	-.568	-.187	-1.915	-.521	-.897	-.835
Asymp. Sig. (2-tailed)	.570	.852	.055	.602	.370	.404
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.595 ^b	.870 ^b	.056 ^b	.624 ^b	.389 ^b	.412 ^b
a. Grouping Variable: Grup						
b. Not corrected for ties.						

Anexa 5. Metodologia de prevenire a excluziunii (Programul ARCA -scurtă prezentare)

Anexa 5. A5.1. Programul ARCA - formarea Abilităților de Reziliență și Comunicare Asertivă la părinții care au în grija lor copii cu dizabilități (scurtă prezentare)



Metodologia de prevenire a excluziunii sociale a părinților copiilor cu dizabilități se bazează pe programul de dezvoltare a Abilităților de Reziliență și Comunicare Asertivă, numit în continuare programul ARCA. Originalitatea programului ARCA se regăsește în conceptul elaborat în baza *Modelului celor 4D* ajustat la nevoile de formare ale grupului cercetat și fundamentat de programele și modelele analizate.

Filosofia programului ARCA

Gândim și acționăm pozitiv în mediul social în care ne confruntăm cu adversități, prin echilibrul dintre emoțiile negative și cele pozitive (diminuarea tonalității negative a emoțiilor autoreferențiale) întru dezvoltarea comportamentelor active, reziliente și deschise spre schimbare.

Principiile programului ARCA

Principiul ascultării/dialogului și participării active.

Principiul flexibilității și abordării individuale.

Principiul bazat pe „interogare” și „explorare”.

Principiul acceptării opiniilor proprii și a felului de a fi diferit.

Principiul încurajării și împărtășirii propriilor „povești”.

Principiul focalizării pe aspectele pozitive și comportamentele constructive.

Principiul acțiunii și realizării.

Scopul Programului ARCA: dezvoltarea abilităților de participare socială (abilitățile social-comunicative, activismul și implicarea socială, abilitățile social-afective, autoprezentarea) ca premise ale incluziunii sociale prin diminuarea tonalităților afective a emoțiilor referențiale cu tendințe de autoexcluziune ale părinților copiilor cu dizabilități.

Obiectivele Programului ARCA:

- înțelegerea conceptului Modelului 4D și acceptarea nevoii de schimbare;
- înțelegerea și gestionarea emoțiilor autoreferențiale prin dezvoltarea emoțională;
- îmbunătățirea abilităților de comunicare asertivă și a conexiunilor cu sisteme de experiențe similare;
- dezvoltarea rezilienței prin aplicarea modelelor rezilienței familiei copilului cu dizabilități;
- conștientizarea importanței participării active sociale întru contribuirea la incluziunea socială;
- întărirea deciziei pentru schimbare prin designul scenariului propriu și de grup orientate spre incluziune și participare socială.

Metode și tehnici de lucru: modelul 4D ca metodă de bază transversală, metode și tehnici de lucru cu emoțiile autoreferențiale, lucrul în grupuri mici, lucrul în diade, storytelling, reflecții, joc de rol, exerciții exploratorii, tehnici interactive, carduri metaforice, studii de caz, simulare și modelare situații etc.

Structura generală a metodei 4D, sintetizată în „*modelul celor 4D*” (Discovery, Dream, Design, Destiny) se prezintă în felul următor:

V. În prima etapă (*Discovery*- ”descoperire apreciativă”) se identifică, împreună cu sistemul client, aspectele și experiențele pozitive ale acestuia, pe baza cărora se va proiecta schimbarea dorită. Se exploatează propria experiență pentru a descoperi „cele mai bune din...”. Aprecierea – cel mai bun din ce este și avem.

VI. În etapa a doua (*Dream*) se conturează o viziune asupra a ceea ce este de dorit, o imagine ideală spre care se tinde. În această etapă, participanții sunt rugați să-și imagineze grupul sau comunitatea în cel mai bun mod și se încearcă să identifice aspirațiile comune ale membrilor sistemului și să simbolizeze acest lucru într-un fel. Dream are adesea ca rezultat ceva mai simbolic, cum ar fi o reprezentare grafică. Ce ar putea fi dacă...?

VII. În etapa a treia (*Design*) se construiește noua structură posibilă, configurată în raport cu viziunea imaginată în etapa anterioară și cu experiența pozitivă deja probată. participanții analizează, discută oportunitățile și resursele, proiectează acțiunile necesare pentru realizarea visului/schimbării. Cum trebuie să arate situația ideală? Ce trebuie să fac și cum?

VIII. În etapa a patra (*Destiny*) se implementează obiectivele propuse prin acțiunile identificate și a resurselor necesare pentru obținerea rezultatelor. Cum realizez, învăț, improvizez, împuternicesc? Cum primesc și ofer susținere și sprijin?

Tabelul 1. Strategiile și conținuturile programului ARCA

Sesiunea	Tema sesiunii	Obiective specifice	Conținuturi	Metode și tehnici folosite	Materiale necesare/ resurse
Strategia preliminară. <i>Prezentarea Programului ARCA și a modelului 4D, stabilirea cadrului sigur de colaborare și participare activă</i>					
Sesiunea 1 preliminară	Întroducere	<ul style="list-style-type: none"> • Introducerea participanților în tema „educația adulților”, explicarea principiilor instruirii adulților; • Stabilirea cadrului regulilor de colaborare în grup; • Prezentarea a Programului ARCA 	<ul style="list-style-type: none"> • Principiile, metodele și tehnicile utilizate în instruirea adulților. • Stilurile de învățare la adulți. • Bariere în instruirea adulților. • Motivarea adulților pentru învățare. 	Brainstroming Discuții PPt	<i>Fișe resurse</i> (1); Suport pentru flipchart; Foi albe A4; Pixuri, markere. Proiector, laptop
	Spargerea gheții și cunoașterea participanților. Conținuturile și resursele învățării	<ul style="list-style-type: none"> • Cunoașterea participanților și crearea unui mediu favorabil pentru lucrul în grup; • Considerarea așteptărilor individuale și a resurselor grupului; • Prezentarea Programului ARCA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tehnici de comunicare interpersonală prin metode interactive de cunoaștere; • Programul ARCA: conținuturi, obiective finalități; • Contribuția proprie la realizarea obiectivelor și așteptărilor. 	1.Tehnica Acronimul numelui 2.Tehnica Caruselul 3.Exercițiu „Bingo uman” 4.Lucrul în diade și grup 5.Tabelul așteptărilor și a resurselor grupului Discuții în grup 6. Storytelling	<i>Fișe resurse</i> (2) Suport pentru flipchart; Foi albe A4; Pixuri, markere.
Strategia I. <i>Descoperirea apreciativă pozitivă a realității și înțelegerea emoțiilor autoreferențiale (etapa „Discovery”)</i>					
Sesiunea 2	Activitatea Recunoașterea și constientizarea Emoțiilor	<ul style="list-style-type: none"> • Înțelegerea efectelor acestora asupra comportamentului propriu; • Înțelegerea cum influențează emoțiile asupra comunicării/relaționării cu alte persoane; • Dezvoltarea abilității de înțelegere a trăirilor emoționale altor persoane 	<ul style="list-style-type: none"> • Tehnici de explorare a emoțiilor: Ce, Cum, Când, Unde, Cui? • Cum gestionarea corectă a propriilor emoții te ajută să ai relații mai bune cu ceilalți (Dezangajarea emoțională; Fixarea pe stările negative; Angajamentul adaptativ). 	1.Exercițiul „Bună ziua” 2. Paleta emoțiilor (recunoașterea emoțiilor) după Gerrod Parrott 3. Exercițiul Emoțiile mele 4.Exercițiul O istorie din viață 5. Exercițiul Lista sentimentelor	<i>Fișe resursă</i> (3) Suport pentru flipchart; Foi albe A4; Pixuri, markere.

Sesiunea 3	Comunicare a eficientă	<ul style="list-style-type: none"> • Definirea comunicării; • Înțelegerea unei comunicări eficiente; • Cunoașterea diferitor comportamente în comunicare; • Înțelegerea consecințelor diferitor tipuri de comportament în comunicarea interpersonală 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelul procesului de comunicare al lui Lasswell; • Trei tipuri principale de comportamente în comunicare (asertiv, pasiv, agresiv); 	<p>Mecanismele comunicării</p> <p>Modelul Laswell:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Cum comunicăm? (în felul potrivit) 2.De ce comunicăm? (intenția noastră) 3.Cui comunicăm? (intenția auditoriului) 4.Când comunicăm? (momentul potrivit) 5. Ce comunicăm (informația potrivită) <p>Consecințele celor trei tipuri de comportamente</p> <p>Lucru în grup.</p> <p>Transmite mesajul</p>	<p>Suport pentru flipchart;</p> <p>Foi albe A4;</p> <p>Pixuri, markere.</p>
Sesiunea 3	Ascultarea activă	<ul style="list-style-type: none"> • Conștientizarea existenței diferitor mecanisme de comunicare; • Observarea elementelor care favorizează și a celor care împiedică o comunicare eficientă. • Dezvoltarea abilității de aplicare a ascultării active în situații corespunzătoare (probleme, conflicte, situații dificile, pierderi, copii cu nevoi speciale etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ascultarea activă F.I.O.R.D. • Roluri sau funcții ale ascultării active • Tehnici de ascultare activă • Întrebări deschise 	<p>Exercițiul</p> <p>Întrebări deschise</p> <p>Exercițiul.</p> <p>Trei moduri de a (nu) comunica</p> <p>Joc de rol.</p> <p>Ascultarea activă</p> <p>Exercițiul</p> <p>Consultantul</p>	<p><i>Fișa resursă</i> (4, 5).</p> <p>Suport pentru flipchart;</p> <p>Foi albe A4;</p> <p>Pixuri, markere.</p> <p>Stikere</p>
Strategia II. Identificarea succeselor și a punctelor forte prin comunicarea asertivă și ascultarea activă (etapa „Dream” a modelului 4D). Conturarea imaginii dorite și posibile a realității spre care se tinde					
Sesiunea 4	Comunicare a și comportamentul asertiv	<p>Înțelegerea comportamentului asertiv</p> <p>Formularea unui mesaj asertiv</p>	<p>Elementele asertivității (după Lazarus);</p> <p>Exemple de stiluri de comunicare</p> <p>Exersarea mesajelor asertive</p>	<p>Exercițiu Eu - mesaj</p> <p>Exercițiul</p> <p>Formularea mesajelor asertive</p> <p>Exercițiul Pașii spre o comunicare asertivă</p>	<p><i>Fișa resursă</i> (6, 7, 8)</p> <p>Suport pentru flipchart;</p> <p>Foi albe A4;</p> <p>Pixuri, markere.</p>

Sesiunea 5	Exprimarea sentimentelor pozitive și negative în comunicare asertivă, spunând „nu”	Dezvoltarea abilității de a refuza (a spune „nu”) și primirea feedback-ului;	Etapele formulării refuzului Diferența între a spune Nu în moduri subasertive, agresive și asertive.	Exercițiul: Învăță să spui „nu” A spune „Nu” în diferite moduri	<i>Fișe resurse</i> (9) Suport pentru flipchart; Foi albe A4; Pixuri, markere. Eșarfe
Sesiunea 6	Bariere personale în folosirea comunicării asertive	Dezvoltarea strategiilor proprii de comunicare	Mecanisme de apărare Adaptarea la factorii externi și eficientizarea comunicării Ce poți face pentru a avea un comportament și o comunicare asertivă?	Exercițiul: De ce punem întrebarea „De ce?” Exercițiul: Oglinda	<i>Fișe resurse</i> (10) Suport pentru flipchart; Foi albe A4; Pixuri, markere.
Sesiunea 7	Optimizarea mesajul în funcție de interlocutori	Asumarea responsabilității pentru satisfacerea nevoilor noastre	Descrierea altei persoane comportamentul acesteia și ceea ce ai simțit ca reacție la acest comportament; Analiza diferențelor de percepție, cu scopul diminuării acestora.	Cum e probabil să ne simțim când nevoile noastre sunt satisfăcute Cum e probabil să ne simțim când nevoile noastre nu sunt satisfăcute Exercițiul Fereastra Johari	<i>Fișe resurse</i> (11, 12) Suport pentru flipchart; Foi albe A4; Pixuri, markere.

Srategia III. *Identificarea factorilor care ne permit să acționăm pozitiv într-un mediu aversiv. (etapa „Design” a modelului 4D). Abilități de dezvoltare a rezilienței și construirea unei noi structuri posibile, configurată cu experiența pozitivă deja probată, implementarea scenariilor elaborate, asigurarea transformării prin identificarea resurselor proprii și prioritizarea scopurilor, acțiunilor, prin asumarea responsabilității pentru schimbarea proprie și de grup.*

Sesiunea 8	Reziliența	Înțelegerea termenului „reziliență”; Înțelegerea și conștientizarea importanței cunoașterii de sine; Conștientizarea sentimentelor și gândurilor despre propria persoană.	Cunoașterea de sine în stabilirea relațiilor interpersonale. Inter cunoașterea; Cum să se securizeze fără să-și piardă identitatea.	Conceptul de sine Cine sunt eu	Suport pentru flipchart; Foi albe A4; Pixuri, markere.
Sesiunea 9	Reziliența - metacompetență	Dezvoltare abilității de a identifica factorii de risc și protecție; Dezvoltare abilității de a explica ce fel de probleme sânt legate de etichetare Dezvoltarea abilității de a evalua resursele proprii;	Etichetarea, gândirea stereotipică Analiza resurselor interne și externe, precum și a factorilor protectori ai persoanei; Consolidarea rezilienței	Turnul Babel Reziliența și resursele persoanei Factorii de protecție și de risc	<i>Fișe resursă</i> (13) Suport pentru flipchart; Foi albe A4; Pixuri, markere.

		Dezvoltarea aptitudinilor în consolidarea rezilienței			
Sesiunea 10	Imaginea de sine pozitivă	Abilitatea de a întreține o discuție pozitivă cu ei însuși;	Crearea imaginii de sine pozitivă	Despre cum să purtăm o discuție pozitivă cu noi înșine	Suport pentru flipchart; Foi albe A4; Pixuri, markere.
Sesiunea 11	Stima de sine	Abilitatea de a înfrunta frica socială; Abilitatea de a comunica în public; Abilitatea de a exprima păreri pozitive despre ei înșiși în fața celorlalți	Firicele sociale pe care le avem fiecare; Stima de sine prin autoîmputernicire	Probe pentru film	Suport pentru flipchart; Foi albe A4; Pixuri, markere. Scaun
Sesiunea 12	Scenarii pozitive	Proiectarea viitorului Dezvoltarea abilității de a planifica evenimente pozitive	Încrederea și respectul de sine; Dezvoltarea unor noi scenarii, pozitive; Evaluarea justă a resurselor proprii; Soluționarea problemelor/riscurilor posibile	Exercițiul „Harta viitorului” Exercițiul Lanțul evenimentelor pozitive	Suport pentru flipchart; Foi albe A4; Pixuri, markere.
Strategia de follow-up. Partajarea practicilor bune de către membrii grupului, identificarea practicilor bune și proiectarea diseminării acestora la nivel de grup, comunitate. Asigurarea aprecierii pozitive și încurajarea comportamentelor proactive, prosociale cu rezonanță și conectare la nivel de emoții autoreferențiale, recunoașterea și validarea emoțiilor, sentimentelor, abilităților, acțiunilor, reacțiilor comportamentale și a achizițiilor personale.					
	Îmbunătățire a Programului (evaluarea eficacității ARCA)	Desig-nul unor noi scenarii de viață; Verificarea utilității noilor cunoștințe și abilități	Care din aspectele programului au funcționat conform așteptărilor? Care din aspectele programului necesită modificare (v-au cauzat emoții negative, discomfort etc.)	Discuții, Lucrul individual,	Suport pentru flipchart; Foi albe A4; Pixuri, markere.

Modele sesiune

Sesiunea 2.

Tema: Reglarea emoțională

Obiective specifice:

- Recunoașterea și conștientizarea Emoțiilor;
- Înțelegerea efectelor acestora asupra comportamentului propriu;
- Înțelegerea cum influențează emoțiile asupra comunicării/relaționării cu alte persoane;
- Dezvoltarea abilității de înțelegere a trăirilor emoționale a altor persoane.

Conținuturi:

- Tehnici de explorare a emoțiilor: Ce exprimăm? Cum exprimăm? Când exprimăm? Unde exprimăm? Cui exprimăm?

• Cum gestionarea corectă a propriilor emoții te ajută să ai relații mai bune cu ceilalți (Dezangajarea emoțională; Fixarea pe stările negative; Angajamentul adaptativ).

Metode și tehnici folosite:

- 1) Exercițiul: Spune „Bună ziua” ;
- 2) Paleta emoțiilor (recunoașterea emoțiilor) după Gerrod Parrott;
- 3) Exercițiul: Emoțiile mele;
- 4) Exercițiul: O istorie din viață;
- 5) Exercițiul: Lista sentimentelor.

Materiale necesare/ resurse

- Fișe resursă;
- Suport pentru flipchart;
- Foi albe A4;
- Pixuri, markere.

Întroducere:

Pentru a face comunicarea mai eficientă, ea trebuie, mai întâi să fie globală, adică să cuprindă întregul corp: nu doar gura și urechile, dar și ochii, gesturile și mai ales inima. Să ne amintim de cele cinci verbe-cheie: a fi, a simți, a vedea, a vorbi și a asculta. Atenție. Mesajul real poate fi diferit de cel exprimat doar prin cuvinte. Astfel, în comunicare putem vorbi de 25% mesaj verbal și 75% mesaj nonverbal. Informația transmisă prin comportament și atitudine este, deseori, mai exactă decât cea exprimată doar prin cuvinte.

1) Exercițiul: Spune „Bună ziua” – este un exercițiu de intercunoaștere care facilitează comunicarea într-un grup.

Instrucțiunile formatorului: Aveți 3 minute pentru a spune „Bună ziua” personal celorlalți participanți. Fiecare participant trebuie să meargă prin sală și să dea mâna cu toți colegii, să-i salute rostindu-le și numele și să le facă o urare.

2) Tehnica: Emoțiile mele

Obiective:

- să descrie propoziții care încep cu „Eu”;
- să-și exprime în mod clar sentimentele, fără să acuze, cu ajutorul propozițiilor care încep cu „Eu”.

Instrucțiuni: Acest timp de competență este utilă pentru a învăța participanții cum să-și exprime emoțiile într-un mod în care evită situarea lor în defensivă. Accentuați faptul că unele cuvinte, ca „niciodată” sau „întotdeauna”, înrăutățesc uneori situațiile conflictuale. Ele devin cuvinte care învinovățesc și care blochează comunicarea în chestiunea propriu-zisă. Două exemple de propoziții de acest fel sunt: „Nu mă ascultați niciodată” și „Întotdeauna spui astfel de lucruri”.

Materiale: Fișa resursă „Mă simt...” (Fișa resursă).

Desfășurare:

- 1) Explicați participanților ce sunt propozițiile despre noi (care încep cu „Eu”) și când sunt acestea utile.
- 2) Distribuți participanților fișa de lucru și solicitați completarea acesteia.
- 3) Împărțiți participanții în perechi și cereți-le să se împărtășească cu răspunsurile lor.
- 4) Parcurgeți fișa și solicitați unor participanți, (care se oferă în mod voluntar), să introducă în dialog modificările pe care le cred de cuviință.
- 5) Împărțiți din nou participanții în perechi. Solicitați-le să interpreteze într-un joc de rol o situație obișnuită de conflict din viața lor, folosind propoziții despre ei pentru a determina diminuarea conflictului.

Evaluare:

- Ce este o propoziție despre noi (care începe cu „Eu”)?
- În ce fel sunt utile astfel de propoziții în situații de conflict?
- Cum v-ați simți când ați folosit astfel de propoziții în timpul jocului de rol?
- De ce ar trebui să evităm în timpul disputelor cuvintele „niciodată” și „întotdeauna”?

Sesiunea 3.

Tema: Comunicarea eficientă

Obiective specifice:

- Definirea comunicării;
- Înțelegerea unei comunicări eficiente;
- Cunoașterea diferitor comportamente în comunicare;

- Înțelegerea consecințelor diferitor tipuri de comportament în comunicarea interpersonală

Conținuturi:

- Modelul procesului de comunicare al lui Lasswell;
- Trei tipuri principale de comportamente în comunicare (asertiv, pasiv, agresiv).

Metode și tehnici folosite:

- 1) Mecanismele comunicării
- 2) Modelul Laswell:
 - a) Cum comunicăm? (în felul potrivit)
 - b) De ce comunicăm? (intenția noastră)
 - c) Cui comunicăm? (intenția auditoriului)
 - d) Când comunicăm? (momentul potrivit)
 - e) Ce comunicăm (informația potrivită)

Consecințele celor trei tipuri

Materiale necesare/ resurse

- Suport pentru flipchart;
- Foi albe A4;
- Pixuri, markere.

1) Modelul procesului de comunicare al lui Lasswell

Întroducere: După Harold D. Lasswell, o acțiune de comunicare se poate descrie răspunzând la întrebările următoare: CINE? SPUNE CE? PE CE CANAL? CUI? CU CE EFECT? CINE?, care corespund studiilor sociologice al organismelor emițătoare (motivația de a comunica).

SPUNE CE?: se raportează la mesaj, la analiza conținutului său.

PE CE CANAL?: diseminează ansamblul tehnicilor care, la un moment dat și pentru o societate determinată, difuzează în același timp informații și cultura,

CUI?: vizează audiența, publicul, prin analize în funcție de diferite variabile (vârsta, sex etc.).

CU CE EFECT?: presupune analiza problemelor influenței mesajului asupra auditoriului.

2) Exercițiul: Lista sentimentelor

Salutul: Participanții își găsesc unul la altul privirea și se salută spunându-și un compliment.

Scopul: exprimarea sentimentelor prin comunicare eficientă și valorificarea imaginii de sine

Obiective:

- să alcătuiască liste de cuvinte care exprimă sentimente;
- să descrie căi de exprimare a emoțiilor,
- să recunoască faptul că există o varietate de feluri în care oameni diferiți își exprimă aceeași emoție.

Materiale necesare:

Tablă, coală mare de hârtie, marker.

Desfășurare:

- a) Moderatorul scrie la mijlocul colii de hârtie cuvinte care exprimă sentimente.
- b) Solicitați participanților să ofere cât mai multe exemple de acest fel, spuneți-le că știți că sunt capabili să de-a mai mult de 25 de exemple;
- c) După ce participanții își vor epuiza ideile spuneți-le că vor juca acum un joc. Un voluntar alege un cuvânt din listă și interpretează sentimentul respectiv, ceilalți participanți încearcă să identifice sentimentul exprimat. Cel care ghicește corect preia jocul și continue cu interpretarea unui alt cuvânt care semnifică un sentiment.
- d) După interpretarea mai multor solicitați participanților să formeze un cerc. Cereți unui voluntar să rostescă tare unul din cuvintele care exprimă sentimente. Toți participanții trebuie să interpreteze acest sentiment. Cereți tuturor să observe expresiile celorlalți. Continuați cu încă câteva cuvinte rostite de voluntari și interpretate de toți participanții. De fiecare dată participanții interpretează sentimentele respective și îi observă pe ceilalți.

Evaluare:

- a) A fost ușor sau greu să vă gândiți la atâtea cuvinte care exprimă sentimente? De ce?
- b) La care dintre cuvinte v-a fost cel mai greu să vă gândiți? De ce?
- c) Care dintre sentimente a fost cel mai greu de interpretat? Au avut toți participanții aceleași expresii când au interpretat cu toții același sentiment?
- d) Se poate întâmpla ca doi oameni să aibă expresii complet diferite simțind totuși același lucru? Exemplificați!

- e) Un voluntar selectează toate cuvintele care se referă la sentimente pozitive.
- f) Moderatorul scoate în evidență importanța cunoașterii profunde atât a cuvintelor care exprimă stările noastre proaste cât și a celor care exprimă stări în care ne simțim bine.

3) Lucru în grup. Transmite mesajul (15 min.)

Împărțiți grupul în trei subgrupuri și cereți-le participanților să formeze, în fața dumneavoastră, trei coloane.

Pe o foaie de hârtie, scrieți o frază lungă pentru fiecare persoană care stă în fruntea coloanei. Condiția este ca aceste trei persoane să transmită verbal colegului din spate fraza respectivă, fără a-i arăta foaia. Observați ce strategii sunt puse în aplicare: participanții s-au inclus într-o competiție de viteză sau, din contra, își rezervă timp pentru a repeta fraza și a o reformula. Faceți un debriefing al jocului insistând asupra importanței reformulării. Apoi specificați, care strategie a funcționat mai bine și care nu a dat rezultate. De ce? Analizați strategiile de succes și cele de eșec. Puteți relua jocul, dacă este necesar, schimbând participanții între ei și frazele propuse.

4) Exercițiu. Întrebări deschise (15 min.)

Solicitați grupul să propună o întrebare deschisă și alta închisă. Observați care este diferența între informațiile obținute prin intermediul întrebării deschise (multe informații spontane) și a întrebării închise (da/nu). Când toți participanții au înțeles diferența, organizați grupuri mici a câte trei persoane: A, B și C. A va încerca să obțină cât mai multe informații privind obișnuințele și preferințele lui B (alimente, locul preferat, prima amintire, cea mai frumoasă vacanță etc.), fără ca B să răspundă prin da/nu. C observă și notează ori de câte ori A adresează o întrebare închisă sau atunci când B răspunde prin da/nu. Apoi rolurile se schimbă. Fiecare grup prezintă feedbackul la sfârșitul exercițiului: A fost dificilă formularea întrebărilor deschise? De ce? Ce a remarcat B despre modul în care a fost interogată etc.?

Tema: Ascultare activă

Întroducere:

Trei componente la ascultarea activă

1. **Înțelege.** Ascultătorul este atent la vorbitor, mesajele verbale și non-verbale, să înțeleagă pe deplin ceea ce ea încearcă să comunice.
2. **Păstrează.** Ascultătorul încearcă să-și amintească punctele cheie ale mesajului vorbitorului. Memoria pentru identificarea mesajelor.
3. **Răspunde.** Răspunde la vorbitor pentru a confirma înțelegerea mesajului lor și să continue discuția dumneavoastră la această temă. Acest lucru se întâmplă numai după analiza și amintindu-și ceea ce au spus (componentele unu și doi).

1) Exercițiul „Consultantul”

Materiale:

Durata: 20 min

Desfășurarea:

Formatorul: Ascultare atentă poate să-i ajute interlocutorului la depistarea soluțiilor, pe care de fapt le deține, dar refuză să le utilizeze. Asemenea ascultarea se numește *ascultare activă*. Pentru a o realiza este nevoie de respectarea unor reguli (Fisa reursa). Citiți regulile.

Mai apoi participanții se împart în perechi, unul asumându-și rolul de consultant. Participanții se așează unul în fața altuia pe rând (timp de 5 min. fiecare) povestesc despre dificultățile cu care se confruntă în realizarea scopurilor. Povestirea este ascultată atent, fără a se face interpretări și evaluări. După aceasta moderatorul le propune participanților să noteze opinia lor cu referință la conținuturile problemei interlocutorului. Observațiile și propunerile sunt expuse într-o scrisoare, care este înmănată interlocutorului. Scrisorile sunt citite și discutate în grup.

2) Joc de rol. Ascultare activă (30 min.)

Solicitați grupul să numească elementele importante pentru o bună recepționare a mesajului. Amintiți-vă împreună tehnicile de ascultare activă. Rugați grupurile formate din trei persoane să se gândească la o problemă, la o dificultate pe care o au și pe care ar dori să o rezolve în acest cadru. A își expune problema. B îl ascultă punând în aplicare tehnicile de recepționare activă. În acest timp C face notițe. Apoi rolurile se schimbă de două ori (2 x 5 min.). Feedbackul din partea fiecărui grup la sfârșitul exercițiului: Ce a simțit persoana care recepta? Cum a fost să ascuți în acest mod, ușor sau dificil etc.? Discutați despre ceea ce ajută la recepționarea mesajului și despre ceea ce împiedică recepționarea lui. Analizați strategiile de succes și cele de eșec.

Anexa A 5.2. Fișe resurse

Fișa resursă 1. Tabelul așteptărilor și resurselor

N - numele meu	A - așteptările mele	R- resursle mele

Fișa resursă 2. BINGO UMAN

1. Cunoaște mai mult de 3 limbi _____
2. Iubește muzica _____
3. Are 2 copii și mai mulți _____
4. A călătorit împreună cu copilul _____
5. Ușor stabilește contactul cu persoane străine _____
6. Iubește să gătească _____
7. Rezolvă conflictele prin comunicare _____
8. Poartă cu sine poza familiei sale _____
9. Cunoaște cel puțin 5 participanți ai seminarului _____
10. Îi place să lucreze în echipă _____

Fișa resursă 3. „Paleta emoțiilor (recunoașterea emoțiilor) după Gerrod Parrott

Emoție primară	Emoție secundară	Emoții terțiare
Dragoste	Afecțiune	Adorație, afecțiune, dragoste, atracție, grijă, tandrețe, compasiune, sentimentalism
	Dorință (sexuală)	Excitație, dorință, pasiune, infatuare
	Pasiune	Pasiune
Bucurie	Vesellie	Amuzament, extaz, jovialitate, plăcere, jubilar, satisfacție, euforie
	Entuziasm	Entuziasm, zel, înfiorare, euforie
	Satisfacție	Satisfacție, plăcere
	Mândrie	Mândrie, triumf
	Optimism	Speranță, optimism
	Încântare	Încântare
	Ușurare	Ușurare
Surpriză	Surpriză	Uimire, surprindere, stupefiere
Mânie	Iritare	Iritare, agitare, țâfnă
	Exasperare	Exasperare, frustrare
	Furie	Mânie, furie, ostilitate, ferocitate, batjocură, acreală, dispreț, resentiment, respingere
	Dezgust	Dezgust, repulsie, dispreț
	Invidie	Invidie, gelozie
	Tortură	Tortură
Tristețe	Suferință	Suferință, agonie, durere
	Tristețe	Depresie, disperare, neajutorare, nefericire, durere, melancolie
	Dezamăgire	Dezamăgire, anxietate
	Rușine	Rușine, vină, regret, remușcări
	Indiferență	Alienare, izolare, indiferență, singurătate, înfrângere, jenă, umilire, insultă
	Simpatie	Simpatie, milă
Frică	Oroare	Alarmă, șoc, frică, groază, teroare, panică, isterie
	Nervozitate	Anxietate, nervozitate, tensiune, neliniște, îngrijorare, tristețe

Fișa resursă 4. Mă simt...”

Structura unei propoziții despre noi este următoarea: „Eu mă simt / Eu sunt (o emoție) când (acțiune), deoarece (motivele)”

Indicații: În timp ce citiți povestirea, schimbați fiecare propoziție *înclinată* cu o propoziție despre voi (care începe cu „Eu”). Scrieți aceste propoziții în paranteze. Prima vă este data ca exemplu.

Olga și Elena sunt afară. Este o zi însorită.

„Hai să mergem astăzi la lac” spune Olga.

„Dar mergem mereu acolo și lacul e atât de murdar! Nu-mi place deloc” spune Elena.

(„Eu mă simt/Eu sunt”)

„Nu trebuie să fii atât de răutăcioasă. Cred că ești pur și simplu geloasă, pentru că eu mă distrez de minune la lac”, spune Olga.

(„Eu mă simt/Eu sunt”)

„Singurul motiv pentru care te distrezi atât de bine la lac este că îți place să te dai în spectacol în fața publicului. Nu-mi place deloc că toți îți zâmbesc doar ție și vorbesc doar cu tine. Nimeni nu-mi aruncă nici măcar o privire”, spune Elena.

(„Eu mă simt/Eu sunt”)

„Te urăsc că spui asta! Nu-i deloc adevărat! Am văzut eu câțiva bărbați uitându-se la tine. De fapt, cred că toți se uită la tine”, spune Olga.

(„Eu mă simt/Eu sunt”)

„Mă urăști când îți mărturisesc ce simt cu adevărat? Am crezut că suntem prietene, Olga, dar cred că m-am înșelat! La revedere!” strigă Elena

(„Eu mă simt/Eu sunt”)

Fișa resursă 5. Exemple de stiluri de comunicare

PASIV	ASERTIV	AGRESIV
Problema este evitată	Problema este discutată	Problema este atacată
Drepturile tale sunt neglijate, nesocotite	Drepturile tale sunt realizate	Drepturile tale sunt realizate fără a ține cont de drepturile altora
Îi lași pe ceilalți să aleagă soluția în locul tău	Îți alegi tu soluția	Alegi soluția ta și pe a celorlalți o ignori
Nu ai încredere în tine și în alții	Ai încredere în tine și în alții	Ești dușmănos, dezaprobi, acuzi
Crezi că drepturile celorlalți sunt mai importante decât ale tale	Recunoști și drepturile tale și ale celorlalți	Drepturile tale sunt mai importante decât ale celorlalți

Fișa resursă 6. Tehnici de ascultare activă

Ascultarea activă - presupune o serie de activități menite să asigure recepționarea corectă a mesajului și reținerea lui optimă; încurajarea vorbitorului să furnizeze cât mai multe date.

- **Precizarea** („Ce ai avut în vedere?”)
- **Parafrazarea** („Dacă am înțeles corect”, „După părerea ta”)
- **Reflectarea emoțiilor** („Te simți obijduit”, „Te simți furios”)
- **Rezumarea**

Regulile ascultării active

Privește-ți interlocutorul

Contactul vizual este un element important al comunicării. Dacă priviți în ochi interlocutorul, îi demonstrezi interesul față de ce vă vorbește.

Reacționează la cele spuse

Pentru a demonstra că-ți ascuți interlocutorul aprobă cele spuse cu mișcare a capului, cu cuvinte de felul „da”, „înțeleg”, „înțeleg ce vrei să-mi spui”. Aprobarea nu trebuie să întreească măsura – ea urmează să fie expusă în momente oportune.

Nu-l întrerupe și nu continua fraza, începută de interlocutor

Chiar dacă vă pare că dețineți informația de care are nevoie interlocutorul, nu-l întrerupeți, oferiți-i posibilitatea să-și expună până la sfârșit gândul.

Adresați întrebări, doar pentru a clarifica momentele neînțelese, confuze

Dacă nu înțelegeți ceva, întrebați. Întrebarea poate fi de tipul „Dacă am înțeles corect...”, „Spui că?...”, „Nu ai putea repeta gândul expus anterior? Nu l-am înțeles”.

Observă și remarcă stările afective

Frazele de felul „Înțeleg starea ta (sentimentele pe care le trăiești)”, „Văd cât îți este de greu să – mi vorbești despre aceasta” ilustrează atitudinea de înțelegere și compasiune. Aceste fraze, de fapt, par a parafraza sentimentele și trăirile clientului.

Repetă, parafrazând

În momentele când interlocutorul are nevoie de susținere activă, repetă cele spuse: „Am înțeles că ...”, „ Spuneai că...”, „După cum mi-ai spus anterior...”, Parafrazările indică la o ascultare atentă și înțelegere.

Fișa resursă 7. Formularea mesajului asertiv

Mesajele asertive, în care vorbitorul își asumă responsabilitatea pentru emoțiile și gândurile sale fără a învinui pe alții, se utilizează nu doar atunci când suntem deranjați de comportamentul cuiva sau de o situație, dar și atunci când vrem să arătăm mulțumirea în legătură cu ceva.

Pasul 1: EXPRESSIUNEA emoțiilor și a sentimentelor

„eu m-am simțit...”, „eu am crezut că...”, „eu m-am supărat...”

Pasul 2: DESCRIEREA comportamentului persoanei

„Atunci când tu ai promis...” „Atunci când tu ai întârziat...”

Pasul 3: EXPLICAREA intereselor, nevoilor, valorilor care au condus la așa sentimente sau idei, gânduri

„deoarece mi s-a părut că...”, „pentru că apreciez când...”,

„din cauză că ne-am înțeles să...” „deoarece am crezut că ai uitat de întâlnirea noastră.”

Pasul 4: OFERIREA unei soluții, descrierea situației dorite, pentru a evita problema în viitor

„Ți-aș fi recunoscător dacă...”, „te rog altă dată să...”, „m-aș simți mai bine dacă...”

„Te rog, altă dată să mă anunți dacă se întâmplă să întârzi.”

Exemple de mesaje asertive

Eu m-am bucurat foarte tare, când am primit felicitarea ta, pentru că te consider un prieten apropiat. Vreau să păstrăm această relație pentru mult timp.

Mă enervez, atunci când tu ascuți muzică tare, deoarece nu mă pot concentra să învăț pentru examen. Te rog să faci mai încet muzica sau să o ascuți în căști.

Mă simt umilit, când mi se fac observații în public. Aș dori să nu mai fiu pus în astfel de situații.

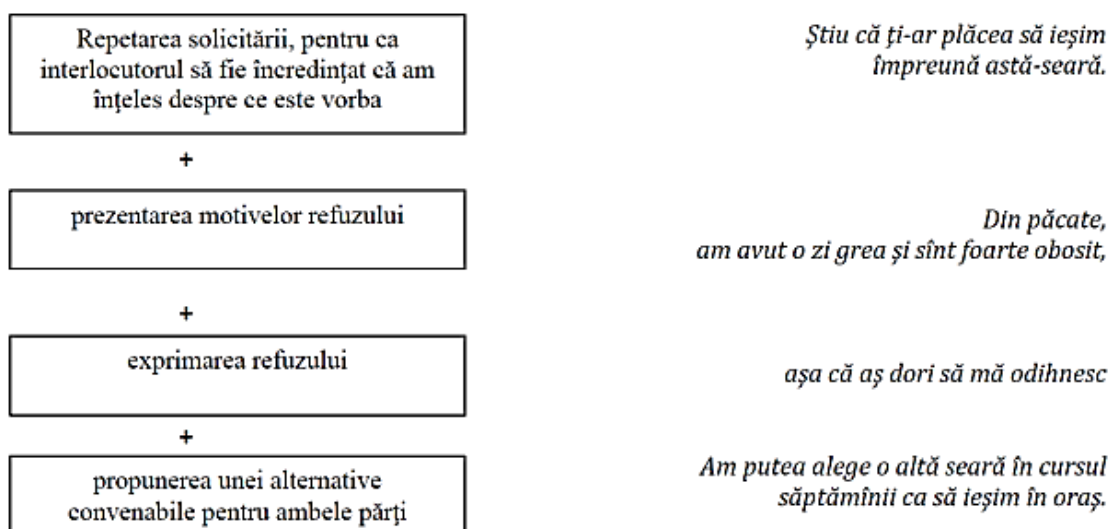
Sunt derutat, când mă întrerupeți, pentru că îmi pierd firul ideilor. Aș vrea să mă lăsați să vorbesc până la capăt (CIDDC)

Fișa resursă 8. Pașii spre o comunicare asertivă

Nr.	PAȘI	DESCRIERE	CUVINTE UTILE	AFIRMAȚIA
1.	Exprimați sentimentele pe care le aveți și care este problema	Spuneți ce simțiți în legătură cu un comportament / problemă. Descrieți comportamentul / problema care vă încalcă drepturile sau vă deranjează.	- <i>Eu m-am simțit...</i> - <i>Mă indispun când...</i> - <i>Simt că... atunci când...</i> - <i>Nu-mi place când...</i> - <i>Sunt descurajat când...</i>	Când dau cu împrumut bani și nu îi primesc înapoi la timp, mă simt utilizat. M-am supărat...
2.	Explicați interesele, nevoile, valorile care au condus la așa sentimente sau idei	Spuneți clar și deschis ce stă la baza emoțiilor pe care le trăiți - ce nevoi sau interese ale dvs. nu au fost realizate.	- <i>Deoarece am nevoie să știu că...</i> - <i>Pentru că apreciez când...</i> - <i>Din cauză că ne-am înțeles să...</i>	Vreau să pot avea încredere în oameni și am nevoie să dispun de banii mei așa cum decid eu. ... deoarece am crezut că ai uitat de întâlnirea noastră.
3.	Spuneți care este rugămintea /propunerea dvs.	Exprimați clar ce vă doriți.	- <i>Aș vrea să...</i> - <i>Aș vrea ca tu...</i> - <i>N-ai putea să...</i> - <i>Te rog, altă dată să...</i> - <i>Ți-aș fi recunoscător dacă...</i> - <i>M-aș simți mai bine dacă...</i>	Eu aș vrea ca tu să-mi dai banii înapoi în timpul pe care l-am stabilit. Te rog, altă dată să mă anunți dacă se întâmplă să întârzi.

4.	Întrebați persoana ce crede despre rugămintea dvs.	Invitați persoana să-și exprime opinia referitor la ceea ce îl rugați să facă.	- <i>Ce părere ai?</i> - <i>Ești de acord?</i> - <i>Tu cum vezi lucrurile?</i> - <i>Ce zici?</i>	Ești de acord?
5.	Răspuns	Persoana își spune părerea despre rugămintea pe care i-ați adresat-o.	Persoana răspunde.	Da, cred că ai dreptate. Eu nu-ți întorc întotdeauna banii la timp. Data viitoare voi face asta mai devreme. Nu am crezut că este atât de important pentru tine. Voi fi mai atent altă dată.
6.	Acceptați răspunsul cu recunoștință	Dacă persoana acceptă propunerea / rugămintea dvs., finalizați discuția mulțumindu-i.	- <i>Mulțumesc.</i> - <i>Mă bucur că ai acceptat.</i> - <i>Minunat!</i> - <i>Foarte bine, îți mulțumesc.</i>	Îți mulțumesc pentru înțelegere. Mă bucur că ne-am înțeles.

Fișa resursă 9. Etapele formulării refuzului



"Mi-am dat seama că ai dori să ne mai întâlnim. Cred că ești o persoană deosebită, dar mi se pare că nu avem multe puncte comune pentru a stabili o relație, astfel încât trebuie să te refuz".

Mc Kaz (1983) prezintă cîteva îndrumări pentru persoanele care au dificultăți în a spune "nu":

1. Acordați-vă un răgaz.

Dacă vă vine greu să spuneți "nu", acordați-vă un anumit timp pentru a clarifica cum anume doriți să răspundeți unei solicitări (ca de exemplu "O să vă comunic răspunsul meu la sfîrșitul săptămînii").

2. Nu vă scuzați în mod exagerat.

Scuzele excesive dau impresia că persoana în cauză nu este prea sigură dacă nevoile sale sînt cu adevărat mai importante decît acelea ale solicitantului. Ca atare, acesta va face presiuni și mai mari pentru a obține ceea ce dorește, conștient adesea pe culpabilizarea persoanei căreia îi adresează solicitarea.

3. Precizarea conținutului refuzului.

Subiectul trebuie să explice exact ce anume va face și ce nu va face pentru celălalt, ca în exemplul: "Sînt de acord să te duc cu mașina, dar numai dacă cobori în fața blocului la ora 7 și jumătate".

4. Utilizarea limbajului non-verbal de tip asertiv:

privirea interlocutorului drept în ochi, poziție față în față, ton calm și ferm, fără reacții emoționale.

5. Evitarea culpabilității inutile.

Unii oameni pot simți dorința spontană de a face altceva pentru persoanele pe care le-au refuzat. În asemenea cazuri, este bine ca ei să mai reflecteze, pentru a fi siguri că noua ofertă provine dintr-un sentiment sincer și nu este doar rezultatul culpabilității.

Fișa resursă 10. „Oglinda”

Terminați povestea. Aveți grijă ca Marcel să interpreteze tot timpul corect sentimentele și informațiile pe care le exprimă și le transmite Mihaela. Vi se oferă ca exemplu prima observație reflexivă a lui Marcel.

Mihaela: Sunt atât de furioasă pe tine, Marcel. Nu pot să cred că ai făcut așa ceva! Trebuia să ne vedem ieri.

Marcel: Da, se pare că esti foarte furioasă.

Mihaela: Da, sunt furioasă. Trebuia să ne vedem ieri, dar tu nu ai apărut. Am fost atât de tristă.

Marcel:.....

Mihaela:.....

Marcel:.....

Fișa resursă 11. Cum e probabil să ne simțim când *nevoile noastre SUNT satisfăcute*:

amuzat	degajat	interesat	îndrăzneț	optimist	senin	vioi
absorbit	dinamizat	inspirat	înflăcărat	pasionat	sensibil	voios
atins	dornic	intrigat	înviorat	plin de speranță	surprins	vrăjit
atras	drăgăstos	împăcat	jucăuș	poznaș	tandru
aventuros	emoționat	împlinit	liber	prietenos	tihnit	
bine dispus	energic	în largul meu	liniștit	pus pe glume	triumfător	
bucuros	entuziast	în siguranță	lipsit de griji	puternic	uimit	
calm	fascinat	în toane bune	mândru	radiant	uluit	
captivat	fericit	încântat	mirat	receptiv	ușurat	
confortabil	fermecat	încrezător	mulțumit	recunoscător	util	
cordial	implicat	încurajat	nerăbdător	relaxat	vesel	
curios	impresionat	îndatorat	odihnit	revigorat	victorios	

Fișa resursă 12. Cum e probabil să ne simțim când *nevoile noastre NU SUNT satisfăcute*:

abătut	cutremurat	ezitant	îngrozit	neliniștit	posac	șocat
agasat	demoralizat	fără chef/vlagă	însăimântat	nemulțumit	posomorât	șovăielnic
agitat	deprimat	frământat	înverșunat	nepăsător	preocupat	trist
alarmat	deranjat	frustrat	învins	neputincios	provocat	tulburat
amărât	descurajat	furios	jalnic	nerăbdător	rănit	ursuz
amorțit	detașat	gelos	jenat	nervos	răutăcios	vinovat
apatic	dezamăgit	incomod	jignit	nostalgic	răvășit	vulnerabil

chinuit	dezgustat	indiferent	mânios	obosit	răzbunător
confuz	disperat	indispus	neajutorat	oribil	resemnat	
contrariat	distant	iritat	necăjit	ostil	rezervat	
copleșit	distrus	îmbufnat	nedumerit	panicat	rușinat	
cu inima frântă	enervat	încordat	nefericit	perplex	scârbit	
cuprins de dor	epuizat	îndurerat	neîmpăcat	pesimist	singur	
cuprins de regrete/ remușcări	extenuat	îngrijorat	neîncrezător	plictisit	speriat	

Fișa resursă 13. Turnul Babel

<p><i>Zâmbește-mi; Ascultă tot ceea ce îți spun;</i></p>	<p><i>Încruntă -te la mine; Fă-mi mutre și spune-mi că nu știi nimic;</i></p>
<p>Nume _____</p>	
<p><i>Nu asculta nimic din ce spun; Continue să schimbi subiectul;</i></p>	<p><i>Fă tot ceea ce fac eu; Fă tot ceea ce îți spun; Vorbește cu mine de parcă aș avea șase ani.</i></p>

DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII


Subsemnata, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Haraz Svetlana

Semnătura

Data

CV EUROPASS

	INFORMAȚII GENERALE	
	Nume/ prenume	Haraz Svetlana
	Telefon	+ 373 79 678 21
	Adresă de serviciu	R.Moldova, mun.Chișinău, str. Vlaicu Pârcălab 52, b. 347, ULIM R.Moldova, mun.Chișinău, Moara Roșie 5E, ap.40
	E-mail	sharaz@ulim.md
	Cetățenia	MDA
EXPERIENȚĂ DE MUNCĂ		
Perioada (de la-până la)	01.09.2007-prezent – lector universitar	
Activități și responsabilități principale, numele angajatorului	Universitatea Liberă Internațională din Moldova, Chișinău, str. Vlaicu Pârcălab 52, et. 3, Facultatea Științe Sociale și ale Educației, Catedra Psihologie și Științe ale Educației, Decan dr. conf.univ. Rusnac S.	
Domeniul/ Sectorul de activitate	Educație	
Ocupația sau poziția deținută	Lector univ.	
Perioada (de la-până la)	04.03.2023- prezent	
Activități și responsabilități principale, numele angajatorului	Proiectul „University pre-service curriculum in MEL/data use”, Palladium International, LLC, Washington, D.C. Camelia Gheorghe, Chief of Party la Palladium/USAID Data for Impact Moldova	
Domeniul/ Sectorul de activitate	Educație	
Ocupația sau poziția deținută	Expert	
Perioada (de la-până la)	15.05.2023 - prezent	
Activități și responsabilități principale, numele angajatorului	Proiectul „Protejarea familiilor – Sprijinirea emancipării femeilor și a bunăstării copiilor în Moldova” (finanțat de War Child, implementat de A.O. „CCF Moldova-Copil, Comunitate, Familie”, director Liliana Rotaru	
Domeniul/ Sectorul de activitate	Protecție socială și formare	
Ocupația sau poziția deținută	Lider de echipă	
Perioada (de la-până la)	2009- prezent	
Activități și responsabilități principale, numele angajatorului	Proiectul „Medierea conflictelor: metode, rețea, perspective. coordonator Prof. Dr. Alexander Redlich, DAAD.	
Domeniul/ Sectorul de activitate	Medierea conflictelor	
Ocupația sau poziția deținută	Coordonator local	
Perioada (de la-până la)	2017-2018	
Activități și responsabilități principale, numele angajatorului	Proiectul „Consolidarea parteneriatului interdisciplinar pentru furnizarea serviciilor sociale familiilor în situații de risc”, pentru oferirea suportului metodologic și supervizare profesională a echipei de implementare din Chișinău, Orhei și Calarasi. APDI Humanitas, Chișinău, Butucului, 10	
Domeniul/ Sectorul de activitate	Asistența psiho-socială familiilor în situații de risc	
Ocupația sau poziția deținută	Supervizor	
Perioada (de la-până la)	2014-prezent	
Activități și responsabilități principale, numele angajatorului	Acreditarea prestatorilor de servicii sociale. Consiliul Național de acreditare a prestatorilor de servicii sociale (CNAPSS), Inspectoratul Social de Stat din 2023. Director Angela Chirilov.	
Domeniul/ Sectorul de activitate	Calitatea serviciilor sociale prin respectarea SMC	
Ocupația sau poziția deținută	Expert național	
Perioada (de la-până la)	2010-2012	
Activități și responsabilități principale, numele angajatorului	Promovarea activităților în contextul implementării Strategiei Naționale și a Planului de Acțiuni privind Reforma sistemului rezidențial de îngrijire a copilului 2007 - 2012, AO LUMOS, str.Bănulescu Bodoni 14/1 mun. Chișinău. Director Malanciuc Irina.	
Domeniul/ Sectorul de activitate	Asistența psiho-socială a familiei copilului cu dizabilități în procesul reintegrării	
Ocupația sau poziția deținută	Manager de proiect, mun. Chișinău	
EDUCAȚIE ȘI FORMARE/ STUDII		
Perioada (de la-până la)	01.10.2011- 01.10.2015	
Numele și tipul organizației de educație și formare	Universitatea Liberă Internațională din Moldova(ULIM)	
Tematica de bază/competențe acumulate	Ciclul III al studiilor universitare – doctorat - Psihologie socială	
Perioada (de la-până la)	01.09.2013- 14.06.15	
Numele și tipul organizației de educație și formare	Universitatea Liberă Internațională din Moldova(ULIM) din Chișinău	
Tematica de bază/competențe acumulate	Ciclul II al studiilor universitare – masterat - Studii avansate în Asistența Socială și Expertiza Socială	
Perioada (de la-până la)	01.09. 2005 – 12.06.2006	

Numele și tipul organizației de educație și formare	Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”
Tematica de bază/competențe acumulate	Ciclul II al studiilor universitare – masterat – Psihologie generală
Perioada (de la-până la)	2000 - 2005
Numele și tipul organizației de educație și formare	Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”
Tematica de bază/competențe acumulate	Ciclul I – studii superioare de licență -Psihopedagogie specială și logopedie
EDUCAȚIE SI FORMARE/ INSTRUIRI	
Perioada (de la-până la)	19.08.2022-prezent
Numele și tipul organizației de educație și formare	Training on integrative supervision. Formare și mentorat din partea Institutului Ceh de Supervizare și Asociația Europeană pentru Supervizare și Mentorat.
Tematica de bază/competențe acumulate	Formare internațională în supervizare
Perioada (de la-până la)	septembrie 2022 – octombrie 2023
Numele și tipul organizației de educație și formare	Training ”Trauma -focused cognitive behaviour therapy,, professional credits. Trainer: PhD Bert BILLET, Psychologist, Orthopedagog, Psychotherapist, Hon. University Teacher, Gent city, Belgium
Tematica de bază/competențe acumulate	Asistența psihosocială
Perioada (de la-până la)	august 2016
Numele și tipul organizației de educație și formare	Competențe în comunicarea asertivă și lucrul cu fobia socială Bert Biliet, , Psychologist at University College of Gent, Belgium
Tematica de bază/competențe acumulate	Trainer in comunicare asertivă
ABILITĂȚI SI COMPETENȚE PERSONALE	
Limba maternă	română, rusă
ALTE LIMBI	Engleza
• Citit	[Indicați nivelul: foarte bine, bine, <u>satisfăcător</u>]
• Scris	[Indicați nivelul: foarte bine, <u>bine</u> , satisfăcător]
• Vorbit	[Indicați nivelul: foarte bine, bine, <u>satisfăcător</u>]
ABILITĂȚI ȘI COMPETENȚE SOCIALE	
<i>Abilitatea de a lucra și coabita împreună cu alte persoane, în medii multiculturale, în situații în care comunicarea și munca în echipă sunt elemente esențiale (ex: în activități culturale, sport) etc</i>	Comunicare eficientă. Conduită etică bună. Flexibilitate la schimbări. Spirit de echipă. Toleranță etnică și religioasă.
ABILITĂȚI ȘI COMPETENȚE TEHNICE	
<i>În lucrul cu computerul, cu diferite tipuri de echipamente, utilaje etc</i>	Operare PC (Word, Office,PowerPoint, Excel, Internet, e-mail), <i>copiator, scanner, fax.</i>
PARTICIPĂRI LA CONFERINȚE NAȚIONALE ȘI IBTERNAȚIONALE (SELECTIV)	Conferința internațională „Societatea civilă. Consolidăm Capacități și Parteneriate pentru a transforma viața Copiilor, Familiilor și Comunităților”. Chișinău, Republica Moldova, 9-10 noiembrie, 2017; Conferința națională „Consolidarea parteneriatului interdisciplinar pentru furnizarea serviciilor sociale familiilor în situații de risc”. Chișinău, Republica Moldova, 6 aprilie, 2018; Conferința științifico-practică internațională dedicată zilei internaționale a familiei „Consolidarea Familiei - premisă fundamentală a promovării drepturilor copilului”. DGPDC, Chișinău, 14-15 mai 2021. International Scientific Conference "The Contemporary Issues of the Socio-Humanistic Sciences", 13th Edition, Chisinau, December 1st-2nd 2022